



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DKI 430.3.2026

Nr ewid. 106/2025/P/25/061/LKI

Informacja o wynikach kontroli

## OPIEKA OKOŁOPORODOWA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Świętokrzyskiej Delegatury  
NIK w Kielcach

Grzegorz Walendzik  
*/podpisano elektronicznie/*

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Katarzyna Budnikowska  
*/podpisano elektronicznie/*

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Mariusz Haładyj  
*/podpisano elektronicznie/*

Warszawa, kwiecień 2026

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>Wykaz skrótów, skrótowców i pojęć .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Wprowadzenie .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Ocena ogólna .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Synteza.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Wnioski .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Ważniejsze wyniki kontroli .....</b>	<b>36</b>
5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej .....	36
5.2. Opieka okołoporodowa w podmiotach leczniczych prowadzących oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne .....	56
5.3. Opieka okołoporodowa w podmiotach udzielających świadczeń w ramach poradni ginekologiczno-położniczych i położnych POZ .....	94
<b>6. Załączniki.....</b>	<b>117</b>
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	117
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych .....	121
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności .....	128
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	129

## WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

---

<b>amniotomia</b>	przebicie pęcherza płodowego w celu przyspieszenia porodu
<b>episiotomia</b>	nacięcie krocza w czasie porodu przebiegającego siłami natury w celu poszerzenia kanału rodnego; jest to zabieg chirurgiczny wykonywany w II fazie porodu dla ułatwienia narodzin dziecka czy zapobiegania niekontrolowanemu pęknięciu krocza; obecnie powinien być stosowany jedynie w przypadku ścisłych wskazań medycznych (np. zagrożenie życia rodzącego się dziecka, nieprawidłowe ułożenie płodu, czy konieczność wsparcia porodu z użyciem instrumentów)
<b>kontakt „skóra do skóry”</b>	polega na ułożeniu noworodka bezpośrednio po narodzinach, jeszcze przed przecięciem pępowiny, na ciele matki. W potocznym znaczeniu zwany również „kangurowaniem”, przy czym częściej pojęcie to stosowane jest w odniesieniu do zapewnienia kontaktu „skóra do skóry” przez inną osobę niż matka noworodka (np. ojca)
<b>Ministerstwo, MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>Mapy potrzeb zdrowotnych</b>	opracowywane przez Ministra Zdrowia dokumenty określające potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju. Zebrano w nich dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządza się prognozę przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania <sup>1</sup>
<b>rozporządzenie w sprawie OWU</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2</sup>
<b>rozporządzenie w sprawie personelu POZ</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. poz. 2335.

<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej <sup>4</sup>
<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej <sup>5</sup>
<b>rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego <sup>6</sup>
<b>rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urzędzeń</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą <sup>7</sup>
<b>ustawa o działalności leczniczej</b>	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej <sup>8</sup>
<b>ustawa o NIK</b>	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>9</sup>
<b>ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej</b>	ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej <sup>10</sup>
<b>ustawa o prawach pacjenta</b>	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta <sup>11</sup>
<b>ustawa o świadczeniach</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>12</sup>
<b>uzpp</b>	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej <sup>13</sup>
<b>Standard opieki okołoporodowej</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej <sup>14</sup>

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 515.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581, ze zm.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1461, ze zm.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2026 r. poz. 15.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, ze zm.

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy prawidłowo i rzetelnie sprawowano opiekę okołoporodową?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy działania dotyczące zapewnienia warunków organizacyjnych dla realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki okołoporodowej były prawidłowe i rzetelne?

2. Czy kontrolowane podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej prawidłowo i rzetelnie realizowały zadania dotyczące opieki okołoporodowej określone w obowiązujących uregulowaniach (w tym standardach)?

3. Czy w Ministerstwie Zdrowia prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania dotyczące opieki okołoporodowej w celu poprawy jakości i dostępności tych świadczeń?

Opieka okołoporodowa jest bardzo ważnym elementem świadczeń zdrowotnych. Prawo do właściwej opieki okołoporodowej oraz godnego porodu stanowi realizację podstawowych praw pacjenta oraz świadczy o poszanowaniu fundamentalnych praw człowieka. Doświadczenie porodowe ma znaczący wpływ na dalsze decyzje kobiety co do rodzenia kolejnych dzieci i dlatego powinno być ważnym obszarem troski zdrowia publicznego<sup>15</sup>. Jest to tym bardziej ważne w kontekście kryzysu demograficznego. Stan depresji urodzeniowej trwa w Polsce już prawie 30 lat – od 1990 r. wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Z roku na rok zmniejsza się liczba urodzeń, a od 1998 r. nie osiąga ona 400 tys. (z wyjątkiem lat 2008–2010 oraz 2017 r. kiedy liczba ta wzrosła). W 2022 r. zarejestrowano 305 tys. urodzeń żywych, natomiast w 2023 r. liczba ta była mniejsza w stosunku do poprzedniego roku o ok. 33 tys. i wyniosła 272 tys. Jest to najniższa liczba urodzeń odnotowana w całym okresie powojennym<sup>16</sup>.

Kobiety w Polsce rodzą swoje pierwsze dziecko w coraz późniejszym wieku. Od 1990 obserwuje się przesunięcie wieku kobiety rodzącej swoje pierwsze dziecko z grupy wiekowej 20–24 lata do grupy wiekowej 25–29 lat, a obecnie nawet do grupy 30–34 lata. Znacząco wzrosła również liczba urodzeń w najstarszej grupie kobiet. W latach 1990–2023 podwoił się udział kobiet rodzących pierwsze dziecko w wieku 30 lat i więcej i stanowią one obecnie 57% kobiet, które urodziły dziecko w 2023 r. W konsekwencji wzrostu liczby kobiet, które później rodzą dzieci, wzrosła mediana wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2023 r. wyniosła 31 lat, wobec ok. 26 lat w latach 1990–2000. W tym okresie zwiększył się także o 6 lat średni wiek urodzenia pierwszego dziecka – w 2023 r. wyniósł 29 lat.

Właściwe rozwiązania organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej mogą wpłynąć na jej jakość. Organizacja opieki okołoporodowej jest jednym z czynników, który ma wpływ na stan zdrowia noworodka czy współczynnik umieralności noworodków. Wraz z postępem medycyny i poprawą opieki okołoporodowej spada liczba zgonów wśród noworodków i niemowląt.

<sup>15</sup> Badania ankietowe przeprowadzone przez fundację Rodzić po Ludzku [https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2021/12/RAPORT\\_FRpL\\_2018.pdf](https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2021/12/RAPORT_FRpL_2018.pdf) (dostęp w dniu 3 marca 2025 r.).

<sup>16</sup> [Sytuacja demograficzna Polski do 2023.](#)

**Jednostki kontrolowane**

Ministerstwo Zdrowia, 14 podmiotów leczniczych prowadzących oddział ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny oraz dziewięć podmiotów udzielających świadczeń w ramach poradni ginekologiczno-położniczych i położnych POZ.

**Okres objęty kontrolą**

Lata 2022–2025 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych<sup>17</sup>, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem)

Opieka okołoporodowa dotyczy nie tylko okresu samego porodu, lecz także okresu ciąży, porodu, położu, który obejmuje 6 tygodni po porodzie oraz opieki nad noworodkiem.

Ciąża

Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej*, osobą sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży może być lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położna. Położna może prowadzić tylko ciążę przebiegającą prawidłowo, tzw. ciążę fizjologiczną. Natomiast, gdy pojawiają się jakiegokolwiek komplikacje, nieprawidłowe objawy położna musi przekazać taką pacjentkę pod opiekę lekarza położnika. Do głównych zadań osoby sprawującej opiekę nad kobietą ciężarną należą: (1) ocena stanu zdrowia ciężarnej, płodu oraz noworodka, (2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka wystąpienia patologii, (3) kontrola wyników badań pacjentki w tym oznaczenia grupy krwi, (4) prowadzenie porodu z ukierunkowaniem na poród naturalny, (5) sprawowanie opieki nad ciężarną, położnicą i noworodkiem, (6) w przypadku pojawienia się wskazań, zapewnienie kobiecie opieki specjalistycznej, (7) wsparcie rodzącej i jej bliskich w trakcie porodu i położu, (8) w razie potrzeby zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym.

*Standard opieki okołoporodowej* określa również zakres świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych, konsultacji medycznych i edukacji zdrowotnej.

Ważnym elementem opieki okołoporodowej nad kobietą w ciąży jest edukacja przedporodowa. Może to być edukacja indywidualna bądź grupowa, która powinna obejmować zarówno okres ciąży, porodu, jak i położu. W trakcie ciąży pacjentka powinna dowiedzieć się jak przebiega okres ciąży i rozwój płodu, ustalić plan opieki przedporodowej i plan porodu. Położna lub lekarz powinni poinformować ciężarną jakie dolegliwości mogą się u niej pojawić i jak może sobie z nimi radzić. Należy również przeprowadzić z ciężarną rozmowę na temat problemów psychologicznych mogących pojawić się w okresie ciąży i położu. Położna powinna również poruszyć temat przepisów prawnych, praw pacjenta, prawa rodzinnego, czy ochrony prawnej kobiet ciężarnych i matek. Plan opieki przedporodowej powinien zostać dołączony do dokumentacji medycznej ciężarnej. Następnie należy z pacjentką przeprowadzić rozmowy dotyczące przygotowania do porodu i planu porodu, omówić pierwsze objawy porodu oraz stany nagłe wymagające natychmiastowej wizyty w szpitalu. Ciężarnej należy przedstawić możliwości wyboru rodzaju porodu i jego warunków, jak: aktywny poród, poród rodzinny, pozycje porodowe, możliwości niefarmakologicznego oraz farmakologicznego

<sup>17</sup> 26 listopada 2025 r.

łagodzenia bólu porodowego, sprzęt jaki będzie mogła wykorzystać podczas porodu. Położna powinna poruszyć temat cięcia cesarskiego, omówić korzyści i zagrożenia zarówno dla matki jak i dziecka. Ciężarnej należy również przedstawić zalety i wady miejsca porodu (czy ma to być szpital, czy tzw. poród domowy). Prowadzący ciążę powinien omówić wskazania i przeciwwskazania do obu miejsc. Jeśli to możliwe, podmiot realizujący działalność leczniczą z zakresu opieki okołoporodowej, może umożliwić pacjentce obejrzenie miejsca, w którym może/chce odbyć poród. Kolejnym krokiem w opiece przedporodowej jest omówienie z pacjentką okresu poporodowego, jak przebiega połóg, powrót do płodności oraz psychologiczne aspekty połogu. Należy poruszyć również zagadnienia związane z karmieniem piersią oraz opieką nad noworodkiem i niemowlęciem. Opowiedzieć jak powinna zachować się po wyjściu ze szpitala (np. powinna zgłosić dziecko do wybranej przez siebie placówki POZ), jakie działania profilaktyczne będą podejmowane wobec jej dziecka, jak powinna postępować z dzieckiem po wyjściu ze szpitala<sup>18</sup>.

### Poród

Poród to ostatni etap ciąży, będący momentem przyjścia dziecka na świat. Moment porodu w przypadku ciąży fizjologicznej przypada na 9. miesiąc ciąży, a więc na około 40. tydzień ciąży. Może przebiegać siłami natury, jak również, w uzasadnionych sytuacjach, może odbyć się poprzez cięcie cesarskie.

Polska nadal ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników porodów zakończonych cesarskim cięciem. W 2023 r. odsetek ten wyniósł 48% (127 991 cięć cesarskich<sup>19</sup>). Natomiast w 2024 r. było 116 969 cięć cesarskich, co stanowiło 47,8%<sup>20</sup>. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), odsetek „cesarek” powinien wynosić max. 15%.

Jak wynika z danych zawartych w raporcie NFZ, w ponad połowie porodówek w kraju, w 2022 r. w trakcie porodów siłami natury nie wykonano ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego. W kolejnych kilkudziesięciu placówkach wykonano po kilka znieczuleń. W 2023 r. 17% porodów siłami natury odbyło się ze znieczuleniem zewnątrzoponowym, które jest refundowane przez NFZ. W 2024 r. znieczulenie zewnątrzoponowe

---

<sup>18</sup> Puszczalska-Lizis E., Mokrzycka K., Jandziś S., *Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo* [w:] Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, Tom 22, Nr 4.

<sup>19</sup> Dane ze strony NFZ – porody i opieka okołoporodowa: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjllNzcwYzE2LWwWzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjI9> (dostęp w dniu 10 kwietnia 2025 r.).

<sup>20</sup> Na podstawie danych NFZ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/porody-opieka-okoloporodowa> (dostęp w dniu 3 czerwca 2025 r.).

było stosowane w przypadku 22,7% porodów siłami natury. Na problem dostępności do znieczulenia podczas porodu zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich, który w piśmie do Ministra Zdrowia wskazał, że w niektórych województwach takie znieczulenie jest praktycznie niedostępne, w innych można z niego skorzystać tylko w największych miastach. Według RPO, dane NFZ wskazują, iż prawne zagwarantowanie możliwości skorzystania z określonego świadczenia może być pozorne z racji na niewykonywanie różnych świadczeń w wielu szpitalach<sup>21</sup>.

Sposób opieki nad kobietą rodzącą został szeroko przedstawiony w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Regulacje te dotyczą nie tylko zagadnień medycznych, ale też sposobu zachowania personelu.

#### Położ i opieka nad noworodkiem

Opieka pielęgnacyjna zarówno nad dzieckiem jak i matką należy przede wszystkim do zadań położnej. Położna powinna założyć dziecku opaskę z oznakowaniem, przeciąć pępowinę, ocenić noworodka w skali Apgar, jeśli jest taka możliwość, to ocenę należy przeprowadzić na brzuchu matki. Następnie położna nadzoruje pierwsze karmienie piersią oraz wykonuje wszelkie procedury profilaktyczne. Ważnym aspektem jest również umożliwienie matce nieprzerwanego kontaktu z dzieckiem – „skóra do skóry” – przez dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcić kobietę do rozpoczęcia karmienia piersią. Wszelkie procedury podejmowane wobec dziecka powinny być wykonywane w obecności i po uzyskaniu zgody matki. W ciągu 12 godzin od porodu dziecko powinien zbadać neonatolog (w obecności jednego z rodziców). Przed wypisem matki i dziecka ze szpitala należy przygotować zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, która będzie zawierała między innymi zalecenia dotyczące żywienia dziecka, instruktaż w zakresie przystawiania dziecka do piersi oraz informację o konieczności wyboru położnej POZ która wykona wizyty patronażowe.

Od 2018 r. obowiązuje dokument pt. „Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej”, wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia 16 sierpnia 2018 r. Podczas kontroli NIK zakończono pracę nad zmianą tego dokumentu. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>22</sup> zostało ogłoszone 6 listopada 2025 r. i wejdzie w życie 7 maja 2026 r.

---

<sup>21</sup> Pismo nr V.7010.100.2023.ETP z 21 sierpnia 2023 r., [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202308/Do\\_MZ\\_dostep\\_do\\_znieczulenia\\_porod\\_21.08.2023.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202308/Do_MZ_dostep_do_znieczulenia_porod_21.08.2023.pdf) (dostęp: 4 lutego 2026 r.).

<sup>22</sup> Dz. U. poz. 1525.

Z niemedycznych publikacji wynika, że pacjentki w wielu placówkach położniczych nie mogą w pełni korzystać z należących im praw. Mają np. utrudniony dostęp do kompleksowej opieki i badań w trakcie ciąży, nie mają zapewnionej edukacji przedporodowej, a w trakcie samego porodu, przebiegającego prawidłowo siłami natury, doświadczają nierzadko interwencji medycznej. Z badań ankietowych wynika, że aż 54,3% badanych kobiet w czasie porodu doświadczyło przemocy lub nadużyć związanych z zachowaniem personelu czy niedopełnienia wszystkich procedur<sup>23</sup>.

Przed rozpoczęciem kontroli w kwietniu 2025 r. z inicjatywy NIK zorganizowano panel ekspertów dotyczący opieki okołoporodowej, w którym udział wzięli m.in. Rzecznik Praw Pacjenta, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii, konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego oraz klinicyści, przedstawiciele świadczeniodawców i organizacji zajmujących się problematyką opieki okołoporodowej. Podczas debaty omówiono bieżące problemy w sprawowaniu opieki okołoporodowej. Paneliści zwracali uwagę na zagadnienia dotyczące dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego, wyceny świadczeń, zasadności funkcjonowania oddziałów o niskiej liczbie porodów, prawidłowego karmienia noworodka i wsparcia laktacyjnego.

---

<sup>23</sup> Informacje ze stron internetowych Fundacji rodzic po ludzku (<https://rodzicpoludzku.pl>) i Fundacji Matecznik (<https://fundacjamatecznik.pl>); dostęp w dniu 7 stycznia 2026 r.

## 2. OCENA OGÓLNA

Nie zawsze  
prawidłowa i rzetelna  
opieka okołoporodowa

**We wszystkich objętych kontrolą podmiotach leczniczych stwierdzono przypadki nieprawidłowo i nierzetelnie realizowanej opieki okołoporodowej, które nie miały jednak istotnego wpływu na bezpieczeństwo kobiet w okresie ciąży, porodu, połogu oraz ich nowonarodzonych dzieci. Skontrolowane oddziały szpitalne, poradnie ginekologiczno-położnicze i poradnie położnych POZ spełniały, poza nielicznymi wyjątkami, wymagane warunki dla realizacji tej opieki, jednak niektóre świadczenia w skontrolowanych podmiotach nie były udzielane zgodnie z obowiązującymi przepisami, co nie zapewniało kompleksowego wsparcia określonego w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Minister Zdrowia podejmował wiele działań dotyczących opieki okołoporodowej, ale część z nich zainicjował zbyt późno, by do zakończenia kontroli NIK mogły znacząco wpłynąć na poprawę jej jakości, a dwa zadania związane z edukacją i przekazywaniem informacji w sprawie opieki okołoporodowej zrealizował nierzetelnie.**

W skontrolowanych szpitalach – w różnej skali – nie przestrzegano *Standardu opieki okołoporodowej*. Dotyczyło to przede wszystkim przypadków niezapewnienia dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego (sześć podmiotów) oraz nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” (sześć podmiotów), a także nieuzasadnionego podawania noworodkom preparatów początkowego żywienia, wykonywania zabiegów episiotomii bez wskazywania przyczyn (osiem podmiotów) oraz nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej (wszystkie 14 podmiotów).

Naruszenia *Standardu* stwierdzono również w poradniach ginekologiczno-położniczych i poradniach położnej POZ. We wszystkich tych placówkach nie zapewniono pacjentkom w ciąży niektórych z wymaganych badań i procedur, w tym np. pomiaru ciśnienia tętniczego krwi czy badania ultrasonograficznego płodu. Położne w czasie wizyt patronażowych nie wykonywały niektórych z wymaganych elementów opieki, jak np. oceny czynności serca noworodka lub oceny stanu psychicznego położnicy. Ponadto sprawowanie opieki nad kobietami w ciąży, podczas porodu i w okresie połogu często odbywało się bez wymaganych i dostosowanych do potrzeb pacjentki planów, tj. planu opieki przedporodowej, planu porodu i planu opieki nad położnicą, co może świadczyć o braku zindywidualizowanego podejścia do pacjentek.

Na oddziałach ginekologiczno-położniczych oraz w poradniach przestrzegano wymogów dotyczących wyposażenia i sposobu urządzenia pomieszczeń, w których świadczone usługi opieki okołoporodowej, zapewniając pacjentkom prawo do intymności

i godności. Wyjątek stanowiły przypadki m.in. przeznaczenia pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” dla więcej niż dwóch matek i dwóch noworodków czy też zorganizowania stanowisk porodowych w wielostanowiskowej sali porodowej w sposób niezapewniający rodzącym kobietom warunków intymności.

Pacjentkom w ciąży i po porodzie umożliwiono dostęp do porad laktacyjnych i szkół rodzenia. Przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia, za wyjątkiem dwóch szpitali i jednej przychodni POZ. W dwóch skontrolowanych szpitalach świadczone odpłatną usługę indywidualnej opieki położnej nad pacjentką, co mogło naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres świadczeń udzielanych odpłatnie przez personel medyczny w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej był tożsamy z usługą oferowaną przez szpital w ramach „standardowej” opieki nad pacjentkami, co wskazuje na potrzebę doprecyzowania zakresu tej opieki nad pacjentkami.

Minister Zdrowia dopiero pięć lat po wejściu w życie *Standardu opieki okołoporodowej* podjął działania mające służyć poprawie dostępności do zewnątrzoponowego znieczulenia w czasie naturalnego porodu oraz wprowadzeniu zmian finansowania tej formy znieczulenia. Jednak w dalszym ciągu odsetek porodów, w których zastosowano ten rodzaj znieczulenia wykazuje duże regionalne zróżnicowanie i w wielu województwach nie przekracza 10%.

Pomimo podejmowanych w Ministerstwie działań mających na celu uzupełnienie sieci banków mleka kobiecego, takich jednostek nadal nie uruchomiono w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. Nie ogłoszono również konkursu dotyczącego wymiany łóżek szpitalnych (w tym porodowych i na oddziałach ginekologiczno-położniczych), pomimo że harmonogram Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych przewidywał uruchomienie środków na ten cel już w 2023 r.

W Ministerstwie podejmowano różne zadania, które miały na celu prowadzenie edukacji i przekazywanie informacji dotyczących opieki okołoporodowej. Jednak w dwóch realizowanych zadaniach, w trakcie ich trwania, znacznie obniżono docelowe wartości ich oczekiwanych rezultatów, a tym samym zmniejszono oczekiwaną grupę adresatów tych zadań. Nie sfinalizowano również prac nad ogólnopolską ankietą, dotyczącą jakości opieki okołoporodowej, przez co Minister pozbawił się informacji od samych pacjentek o aktualnych problemach opieki okołoporodowej.

### 3. SYNTEZA

**Opieka okołoporodowa w dokumentach planistycznych i strategicznych Ministra Zdrowia**

Minister Zdrowia przy opracowywaniu dokumentów strategicznych i planistycznych, uwzględnił zagadnienia dotyczące opieki okołoporodowej, mające na celu poprawę jej jakości i dostępności. Zagadnienia te obejmowały np.: upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, także w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej, poprawę dostępu do zewnątrzoponowego znieczulenia w czasie porodu przebiegającego drogami natury, do powszechnych badań prenatalnych, poprawę dostępności do wewnątrzmacicznego leczenia płodu, które ma prowadzić do poprawy stanu zdrowia noworodków oraz zapewnienie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. [str. 36–37]

**Opracowanie zmian w Standardzie opieki okołoporodowej**

W kwietniu 2024 r. rozpoczęto prace nad zmianą obowiązującego *Standardu opieki okołoporodowej*. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>24</sup> zostało ogłoszone 6 listopada 2025 r. i wejdzie w życie 7 maja 2026 r. W tym rozporządzeniu m.in.: rozszerzono zakres świadczeń profilaktycznych i promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży. Wprowadzono także obowiązek umożliwienia ciężarnej zapoznania się z wybranym miejscem do porodu, określono obowiązkowe elementy planu porodu, doprecyzowano obowiązki personelu dotyczące wspierania laktacji, a także wprowadzono obowiązek zapewnienia osobom ze szczególnymi potrzebami ułatwień architektonicznych, cyfrowych, informacyjno-komunikacyjnych i sprzętowych w podmiotach udzielających świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej. [str. 40–41]

**Problem z dostępnością do opieki okołoporodowej**

W 2025 r. w Polsce, w 132 powiatach nie funkcjonowały oddziały położnicze<sup>25</sup>, w tym m.in. w: 15 z terenu woj. mazowieckiego, 14 z woj. dolnośląskiego, po 10 z woj. kujawsko-pomorskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego, dziewięciu z woj. podkarpackiego, po osiem z woj. łódzkiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego, po siedem z woj. pomorskiego i świętokrzyskiego. W latach 2022–2024 zakończyło działalność łącznie 26 oddziałów ginekologiczno-położniczych, w tym

<sup>24</sup> Dz. U. poz. 1525.

<sup>25</sup> Stan na 30 czerwca 2025 r. Jako osobny oddział położniczy przyjęto każdą lokalizację oddziału szpitalnego, w którym, w danym okresie, odbył się przynajmniej jeden poród (hospitalizacja).

w 2022 r. – 10<sup>26</sup>, w 2023 r. – siedem<sup>27</sup>, w 2024 r. – dziewięć<sup>28</sup>. Natomiast w 2025 r. zamknięto 27<sup>29</sup> takich oddziałów, co spowodowało, że do 136 wzrosła liczba powiatów, w których od 1 stycznia 2026 r. nie funkcjonowały oddziały położnicze.

W Ministerstwie przygotowano projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, mający na celu rozszerzenie dostępności opieki okołoporodowej, w szczególności na obszarach powiatów, w których obecnie nie funkcjonują oddziały położniczo-ginekologiczne, a odległość do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii, w trybie hospitalizacji przekracza 25 km. Powyższe rozporządzenie zmieniające zostało ogłoszone w Dzienniku Ustaw<sup>30</sup> 16 stycznia 2026 r. i weszło w życie 31 stycznia 2026 r.

Dostrzegając problem spadku liczby porodów w poszczególnych regionach kraju oraz uwzględniając warunki ekonomiczne funkcjonowania oddziałów położniczych i neonatologicznych, NIK zwraca uwagę, że organizacja opieki okołoporodowej powinna uwzględniać przede wszystkim bezpieczeństwo rodzących i noworodków. [str. 42–45]

**Brak konkursów  
w inwestycyjnym  
Programie  
Modernizacji  
Podmiotów  
Lecznicych**

Minister Zdrowia nie ogłosił żadnego konkursu obejmującego wymianę łóżek szpitalnych, wynikającego z części VI Programu Modernizacji Podmiotów Lecznicych (dalej również: program MPL)<sup>31</sup>, pomimo że zgodnie z harmonogramem tego programu konkursy takie miały być ogłaszane począwszy od 2023 r., a wsparcie finansowe tego działania do końca 2025 r. miało osiągnąć poziom 516 mln zł (49,7%) z 1039 mln zł zaplanowanych w całym okresie obowiązywania programu.

Potrzeba wsparcia finansowego w tym obszarze wynikała z przeprowadzonej diagnozy potrzeb niezbędnych interwencji w infrastrukturze ochrony zdrowia, aby zapewnić m.in. poprawę jakości opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczonych usług. Dotyczyło

<sup>26</sup> Trzy w woj. warmińsko-mazurskim, po dwa – w woj. mazowieckim i śląskim, po jednym – w woj. dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim).

<sup>27</sup> Dwa w woj. dolnośląskim, po jednym – w woj. małopolskim, pomorskim, śląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim.

<sup>28</sup> Po dwa – w woj. kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim, po jednym – w woj. lubuskim, mazowieckim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim.

<sup>29</sup> Po cztery w woj. wielkopolskim i małopolskim, po trzy – w woj. lubelskim, mazowieckim, podkarpackim i śląskim, dwa – w woj. świętokrzyskim oraz po jednym – w woj. kujawsko-pomorskim, łódzkim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim.

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 51).

<sup>31</sup> Do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK w Ministerstwie Zdrowia, tj. do 3 listopada 2025 r.

to także wymiany łóżek szpitalnych. W diagnozie wskazano również, że blisko 45% łóżek szpitalnych kwalifikuje się do pilnej wymiany, a w perspektywie kilku najbliższych lat niezbędna będzie wymiana kolejnych 14% łóżek w tych placówkach.

Na potrzebę uruchomienia środków na wymianę łóżek zwracali uwagę dyrektorzy szpitali objętych niniejszą kontrolą. Uzależniali bowiem decyzje o wydatkach na sprzęt i wyposażenie od harmonogramów ogłaszania konkursów, przedstawionych przez Ministerstwo w programie MPL. Dyrektorzy sześciu szpitali<sup>32</sup>, spośród 14 skontrolowanych, wskazali na potrzebę wymiany łącznie 378 łóżek w oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych. [str. 38–39]

**Brak refundacji  
szczepionki przeciwko  
wirusowi RSV  
dla hospitalizowanych  
pacjentek**

Pomimo objęcia refundacją od 1 kwietnia 2025 r.<sup>33</sup> szczepionki przeciwko wirusowi RSV<sup>34</sup>, przeznaczonej m.in. dla kobiet w ciąży, w wymogach art. 43b ust. 3 ustawy o świadczeniach, nie zostały uwzględnione przypadki pacjentek, które z uwagi na zagrożenie ciąży są hospitalizowane w szpitalach po 32. tygodniu ciąży i pozostają w tych placówkach do jej zakończenia. Hospitalizowanym pacjentkom nie ma jak wystawić recepty będącej podstawą do bezpłatnego wydania szczepionki w aptece, a szpital nie otrzymywał refundacji za podanie takiej szczepionki ciężarnej pacjentce przebywającej w oddziale. Należy podkreślić, że stosownie do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie *Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025*<sup>35</sup>, szczepionka ta jest przeznaczona dla kobiet w ciąży, w celu biernej ochrony dzieci od urodzenia do szóstego miesiąca życia, przed chorobami dolnych dróg oddechowych wywoływanymi przez RSV. Zgodnie ze schematem szczepienia, ciężarna powinna być poddana szczepieniu między 32 a 36 tygodniem ciąży. NIK zwraca uwagę, że w związku z koniecznością ponoszenia pełnej odpłatności za preparat, szpitale mogą nie być zainteresowane podawaniem go pacjentkom, co spowoduje brak ochrony niemowlęcia przed RSV. W Ministerstwie, w trakcie kontroli NIK podjęto działania zmierzające do wprowadzenia do wykazu świadczeń

<sup>32</sup> Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie (dalej również: Szpital Kliniczny w Warszawie), Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy (dalej również: Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy), Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Krapkowicach (dalej również: KCZ w Krapkowicach), Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o. (dalej również: PCM w Grójcu) oraz Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich (dalej również: ZOZ w Końskich).

<sup>33</sup> Na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2025 r. poz. 23).

<sup>34</sup> RSV (ang. Respiratory Syncytial Virus) – syncytialny wirus oddechowy – powszechny, bardzo zaraźliwy wirus, dający w niektórych przypadkach ciężki przebieg choroby i powikłania (np. u małych dzieci, kobiet w ciąży, osób starszych, schorowanych).

<sup>35</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 93.

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego możliwości zakupu przez szpitale tej szczepionki. [str. 37–38]

#### Niepełna sieć banków mleka

W latach 2022–2025 (I półrocze), w Polsce funkcjonowało 16 banków mleka kobiecego. Natomiast do dnia zakończenia kontroli NIK nie utworzono takich placówek w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

W Ministerstwie podejmowano działania w celu uzupełnienia sieci banków mleka. W ramach *Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026*, w działaniu 2.2.<sup>36</sup> zaplanowano środki finansowe na utworzenie banków mleka w podmiotach leczniczych w województwach, w których placówki takie nie zostały dotychczas uruchomione. Jednak działania te nie przyniosły oczekiwanego rezultatu. Mając na uwadze osiągnięcie wskaźnika docelowego realizacji tego Programu (wzrost do 19 liczby banków mleka kobiecego do 2026 r., przy założeniu funkcjonowania co najmniej jednego banku w każdym województwie), po kontroli w Ministerstwie Zdrowia NIK wskazała na konieczność zintensyfikowania podejmowanych działań, w tym rozważenie wprowadzenia dodatkowych form wsparcia podmiotów leczniczych (także finansowego) zachęcających do tworzenia banków mleka kobiecego.

Zdaniem NIK, podjęcie takich działań jest tym bardziej istotne, że w związku z regulacjami wynikającymi z unijnego rozporządzenia 2024/1938/UE z 13 czerwca 2024 r. w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi<sup>37</sup> (tzw. rozporządzenie SoHO), do 7 sierpnia 2027 r. państwa członkowskie są zobowiązane do uchwalenia krajowych przepisów regulujących m.in. – wskazane w tym rozporządzeniu – zasady donacji i przechowywania mleka kobiecego.

Należy podkreślić, że przyjęcie nowych regulacji, z uwagi na bardziej rygorystyczne wymogi sanitarne i higieniczne, a także standardy ochrony dawców (w tym przypadku dawczyń mleka), może skutkować koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów przez banki mleka na sprzęt, wyposażenie i personel, co może negatywnie wpłynąć na podejmowanie decyzji o prowadzeniu takich jednostek. [str. 45–47]

---

<sup>36</sup> Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

<sup>37</sup> Dz. U. UE L 1938 z 17.07.2024, ze zm.

**Dostępność opieki  
okołoporodowej  
dla pacjentek  
ze szczególnymi  
potrzebami**

W okresie objętym kontrolą, w Ministerstwie Zdrowia uruchomiono i realizowano szereg programów ukierunkowanych na poprawę dostępności do opieki okołoporodowej dla pacjentek ze szczególnymi potrzebami. Programy te dotyczyły m.in. finansowania prac mających na celu poprawę dostępności placówek POZ oraz szpitali dla osób ze szczególnymi potrzebami (w tym remont pomieszczeń i zakup niezbędnego sprzętu). W ramach projektu pilotażowego opracowano i przetestowano telemedyczny model kompleksowego monitorowania kobiet w ciąży, w ramach opieki perinatalnej, skierowany do kobiet mieszkających na obszarach znacznie oddalonych od dużych miast. Przeprowadzono weryfikację aktualnego stanu dostępności do świadczeń ginekologiczno-położniczych (w AOS) dla kobiet z niepełnosprawnościami oraz opracowano rekomendacje dotyczące dalszego postępowania, obejmującego wypracowanie standardów świadczeń ginekologicznych oraz położniczych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

[str. 47–48]

**Opóźnione rozwiązania  
zwiększające dostęp  
do zewnątrzoponowego  
znieczulenia w czasie  
naturalnego porodu**

Zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem<sup>38</sup> wprowadzono dopiero w 2024 r. jako efekt prac resortu zdrowia nad poprawą dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie porodu przebiegającego drogami natury. Wprowadzono system premiowania mający na celu zwiększenie odsetka porodów drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym, polegający na korygowaniu rozliczenia ustalonym współczynnikiem zależnym od udziału porodów drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w uzasadnionych medycznie przypadkach w znieczuleniu podpajęczynówkowym do wszystkich porodów drogami natury. Dla świadczeniodawców, u których udział takich porodów wynosi powyżej 10% ustalono współczynnik korygujący na poziomie 1,12; powyżej 20% – 1,19; a powyżej 35% – 1,21. Poza tym dla świadczeniodawców, którzy nie stosują znieczulenia do porodu lub u których odsetek porodów ze znieczuleniem jest niższy niż 5% w kwartale, ustalono współczynnik korygujący na poziomie 0,95.

Zwiększający się odsetek porodów, w których zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe, wskazuje na trafność tych rozwiązań. Na koniec 2024 r. odsetek takich porodów w Polsce wyniósł 22,72%, natomiast na koniec pierwszego półrocza 2025 r. już 26,16%.

NIK zwraca jednak uwagę na duże regionalne zróżnicowanie w dostępie do tego rodzaju znieczulenia. Podczas gdy w województwie mazowieckim

<sup>38</sup> Zmiany wprowadzone Zarządzeniem Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne.

w ponad połowie porodów naturalnych (50,47%) stosowano znieczulenie zewnątrzoponowe, to w województwie kujawsko-pomorskim i lubelskim odsetek ten nie przekroczył 10% (wyniósł odpowiednio 5,47% oraz 8,78%).

[str. 51–53]

**Przerwane prace nad ankietą dotyczącą jakości świadczeń zdrowotnych w opiece okołoporodowej**

W Ministerstwie zaniechano – rozpoczętych w 2022 r. – prac nad wdrożeniem ankiety dotyczącej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej. Niezakończenie tych prac spowodowało, że Minister pozbawiony został istotnego narzędzia informującego o aktualnych problemach opieki okołoporodowej zgłaszanych przez pacjentki, a także mogącego przedstawić bieżącą ocenę wprowadzanych rozwiązań dotyczących opieki okołoporodowej.

[str. 50–51]

**Wykorzystywanie wiedzy organizacji pozarządowych i powoływanie zespołów**

W Ministerstwie w toku prowadzonych prac obejmujących zagadnienia poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej powoływano zespoły doradcze oraz korzystano z wiedzy i doświadczenia organizacji pozarządowych. Zadania powołanych zespołów obejmowały takie zagadnienia jak: przeprowadzenie analizy obecnej sytuacji oraz przygotowanie rozwiązań systemowych dotyczących poprawy jakości poradnictwa laktacyjnego i wskaźników karmienia piersią, a także opracowywanie propozycji działań dotyczących poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej. W pracach zespołów uczestniczyli również przedstawiciele organizacji pozarządowych. Brali oni także udział w organizowanych przez Ministerstwo spotkaniach oraz posiedzeniach działającej przy Ministrze Zdrowia Rady Organizacji Pacjentów.

[str. 48–51]

**Nieprawidłowości w działaniach edukacyjnych i informacyjnych**

W Ministerstwie podejmowano różne zadania, które miały na celu prowadzenie edukacji i przekazywanie informacji dotyczących opieki okołoporodowej. Na przykład, na stronie Ministerstwa uruchomiono zakładkę *Świadoma, bezpieczna ja*<sup>39</sup>, w której zamieszczano informacje dotyczące tematyki opieki okołoporodowej, w latach 2024–2025 wyemitowano serię edukacyjnych audycji telewizyjnych pt. *ZdroWy Plan* (obejmującą zagadnienia dotyczące badań prenatalnych, standardów opieki okołoporodowej i przygotowania do ciąży) oraz pt. *Moje Zdrowie*, w ramach których poruszano również problematykę ciąży i opieki okołoporodowej.

Działania takie realizowano również w ramach zadań wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025. Obejmowały one zagadnienia dotyczące promocji karmienia piersią oraz upowszechniania

<sup>39</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczna-swiadoma-ja> (dostęp 5 stycznia 2026 r.).

rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej.

Jednak nie wszystkie z tych zadań zrealizowano w sposób rzetelny, co spowodowało znaczne obniżenie docelowych wartości ich oczekiwanych rezultatów, a tym samym zmniejszyło zaplanowaną grupę adresatów tych zadań. I tak błędy pojawiły się:

a. W zadaniu *Promocja karmienia piersią*, (Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, cel operacyjny 1 *Profilaktyka nadwagi i otyłości*), polegającym na:

- przeprowadzeniu w latach 2023–2025 kursu specjalistycznego dla co najmniej 2800 położnych pn. *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji*,
- dodruku i systematycznej dystrybucji w latach 2023–2025 poradnika *Karmienie piersią*,
- prowadzeniu działań promujących karmienie piersią z okazji Światowego Tygodnia Karmienia Piersią w latach 2023–2025.

W przypadku promocji karmienia piersią nie zachowano terminów realizacji i zakresu zaplanowanych zadań, np. w 2023 r. nie zrealizowano zadań dotyczących przeprowadzenia promocji karmienia piersią podczas Światowego Tygodnia Karmienia Piersią, a z opóźnieniem uruchomiono zadanie, którego celem było przeprowadzenia kursu specjalistycznego w tym zakresie (w części dotyczącej rekrutacji chętnych na szkolenia, ich zorganizowania, przedstawienia harmonogramu i przeprowadzenia części egzaminów).

Ponadto Minister Zdrowia<sup>40</sup> 10 czerwca 2025 r. zawarł z realizatorem tego zadania aneks nr 2 do umowy, w którym zezwolił na zmniejszenie liczby położnych do przeszkolenia, z minimum 3301 do minimum 2328, dopuszczając tym samym do zmiany przedmiotu konkursu oraz stwarzając realne ryzyko niezrealizowania jednego z trzech celów głównych ogłoszonego konkursu (realizacja kursu specjalistycznego *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji* dla co najmniej 2800 położnych).

b. W zadaniu polegającym na upowszechnianiu rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej (zadanie 2 cel operacyjny 5 *Wyzwania demograficzne*) wybrany w konkursie realizator tego zadania:

- w 2023 r. nie zakończył działania polegającego na opracowaniu informatora skierowanego do kobiet w okresie ciąży, a w związku

---

<sup>40</sup> Reprezentowany przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego koordynującego pracę Departamentu Równości w Zdrowiu.

z powyższym nie zrealizował działania polegającego na wydruku i dystrybucji 160 tys. szt. tego opracowania;

- w 2024 r. opracowywał informator, przeprowadził kampanię promocyjną oraz rozpoczął dystrybucję tego opracowania; jednak spośród 160 tys. egzemplarzy, które miały być przekazane do wskazanych w umowie podmiotów, już w 2023 r. i do końca 2024 r. przekazano jedynie 131 479 szt.

Ponadto postanowienia zawartej z wykonawcą umowy były w trakcie jej realizacji zmieniane dwukrotnie. Zmiany dotyczyły m.in. korekty wartości docelowej planowanego poziomu osiągnięcia wskaźnika rezultatu dotyczącego liczby rozdyskrebowanych egzemplarzy informatora początkowo z 530 tys. szt. do 370 tys. szt. (aneks nr 1), a następnie – aneksem nr 2 – z 370 tys. szt. do 260 tys. szt. Zmniejszono tym samym wartość tego wskaźnika w porównaniu do pierwotnych założeń wskazanych w ogłoszeniu o konkursie o 49%. [str. 53–56]

**Nieprawidłowości  
w opracowaniu  
i wdrożeniu trybu  
postępowania  
w łagodzeniu bólu  
porodowego**

Stosownie do części VII ust. 4 *Standardu opieki okołoporodowej*, podmioty lecznicze realizujące opiekę nad rodzącą, zostały zobowiązane do opracowania, w formie pisemnej, trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniającego dostępne w szpitalu metody łagodzenia bólu porodowego. W jednym Szpitalu<sup>41</sup>, spośród 14 skontrolowanych, dokument ten zaczął obowiązywać dopiero od 21 czerwca 2024 r., pomimo że obowiązek ten miał zostać spełniony od 1 stycznia 2019 r. W kolejnych ośmiu placówkach (54%)<sup>42</sup>, obowiązujący tryb łagodzenia bólu porodowego nie uwzględniał niektórych wskazań określonych w *Standardzie*. W czterech szpitalach (29%)<sup>43</sup> dokument ten podpisały osoby nieuprawnione, a w dziewięciu jednostkach (64%)<sup>44</sup> z jego postanowieniami nie zapoznał się cały personel medyczny udzielający świadczeń opieki okołoporodowej. [str. 59–60]

<sup>41</sup> Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach (dalej również: PZOZ w Starachowicach).

<sup>42</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy s.a. w Tarnowskich Górach (dalej również: Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach), Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu (dalej również: BCM w Brzegu) oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>43</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie (dalej: ZOZ w Chełmnie), Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu (dalej również: Regionalny Szpital w Grudziądzu) oraz BCM w Brzegu.

<sup>44</sup> ZOZ w Końskich, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie (dalej również: ZOZ w Oleśnie), BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

**Nieprawidłowości  
w ustaleniu  
i monitorowaniu  
wskaźników opieki  
okołoporodowej**

W jednym szpitalu<sup>45</sup>, spośród 14 skontrolowanych, wbrew obowiązkowi wynikającemu z części I ust. 2 *Standardu opieki okołoporodowej*, nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej. W kolejnych dwóch szpitalach wskaźniki takie ustalono dopiero w styczniu 2024 r.<sup>46</sup> oraz w lipcu 2025 r.<sup>47</sup> Ponadto w regulaminach organizacyjnych pięciu placówek<sup>48</sup> nie zamieszczono wymaganych postanowień określających sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników. W kolejnych trzech szpitalach wprowadzono wprawdzie takie zapisy, ale nie obowiązywały one w całym okresie objętym kontrolą (dwa szpitale<sup>49</sup>) lub nie określono sposobu dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej (jeden szpital<sup>50</sup>). W dwóch szpitalach<sup>51</sup> w żaden sposób nie dokumentowano analizy poziomu realizacji przyjętych wskaźników, a w jednej z placówek (PZOZ w Starachowicach) monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej nie było dokonywane w ustalonym terminie. [str. 60–61]

**Zapewnienie  
personelu medycznego**

W większości oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych skontrolowanych szpitali zapewniono personel medyczny wymagany dla poziomu referencyjnego tych jednostek<sup>52</sup>, w wymiarze i o kwalifikacjach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia lekarzy neonatologów<sup>53</sup> i pielęgniarek lub położnych<sup>54</sup> oraz niedysponowania w szpitalu dokumentami potwierdzającymi uprawnienia do realizacji świadczeń zdrowotnych przez jedenastu lekarzy udzielających świadczeń na Oddziale Noworodkowym<sup>55</sup>.

<sup>45</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy.

<sup>46</sup> PCM w Grójcu.

<sup>47</sup> BCM w Brzegu.

<sup>48</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

<sup>49</sup> W ZOZ w Końskich sposób dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej został określony dopiero 4 czerwca 2024 r. W PZOZ w Starachowicach w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. regulamin organizacyjny nie zawierał ww. zapisów.

<sup>50</sup> Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach.

<sup>51</sup> Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej.

<sup>52</sup> Ustaleń dokonano na podstawie próby kontrolnej personelu medycznego udzielającego świadczeń w kontrolowanych jednostkach w lutym i sierpniu w latach 2022/2024 (łącznie sześć miesięcy).

<sup>53</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>54</sup> ZOZ w Oleśnie.

<sup>55</sup> Dotyczy lekarzy udzielających świadczeń w Oddziale Noworodkowym w ZOZ w Chełmnie na podstawie umowy zawartej 27 grudnia 2021 r. ze spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bydgoszczy.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach zatrudniano co najmniej jednego psychologa, który był dostępny dla pacjentów, jak również personelu medycznego. Również we wszystkich skontrolowanych szpitalach pacjentkom zapewniono dostęp do porad laktacyjnych udzielanych przez położne. Jednak jedynie w ośmiu<sup>56</sup> z nich świadczenia te były realizowane przez certyfikowanych doradców laktacyjnych, legitymujących się certyfikatami międzynarodowymi<sup>57</sup>. W pozostałych szpitalach porad takich udzielały położne, które ukończyły inne kursy specjalistyczne i szkolenia. [str. 61–63]

**Zbyt długi czas pracy  
lekarzy oraz przypadki  
braku wymaganego  
odpoczynku**

W dwóch szpitalach<sup>58</sup> nie zapewniono lekarzom co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego, co było niezgodne z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Natomiast w kolejnym szpitalu, w 18 przypadkach lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę na Oddziale Neonatologicznym świadczyli pracę bez zachowania 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu. Było to niezgodne z art. 97 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Analogiczne przepisy, dotyczące nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, zawierają art. 133 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>59</sup>.

We wszystkich 14 skontrolowanych podmiotach leczniczych dopuszczano do sytuacji, w której lekarze zatrudnieni na podstawie zawartych ze szpitalem umów cywilnoprawnych, wykonywali swoje obowiązki nieprzerwanie przez ponad 24 godziny<sup>60</sup> (łącznie w 719 przypadkach), a w skrajnych przypadkach nawet przez 96 godzin. Przy czym największą liczbę takich przypadków (142) stwierdzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, w Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie<sup>61</sup> (94) oraz w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu (80). Pomimo że przepisy ustawy o działalności leczniczej dotyczące czasu pracy nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów

<sup>56</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>57</sup> IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) lub krajowymi CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny).

<sup>58</sup> BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

<sup>59</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 277, ze zm.

<sup>60</sup> Ustalenia na podstawie próby kontrolnej obejmującej lekarzy udzielających świadczeń medycznych w lutym i sierpniu w latach 2022–2024 (łącznie sześć miesięcy).

<sup>61</sup> Dalej również: CM „Żelazna” w Warszawie.

cywilnoprawnych, to skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wymiarze ponad 24 godzin bez przerwy, mogła wskazywać na niewłaściwą organizację pracy i budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości świadczonych usług, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentek. Niezapewnienie lekarzom odpowiedniego czasu na odpoczynek mogło powodować ich przemęczenie i stanowić zagrożenie także dla ich zdrowia. [str. 63–64]

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz problemy z terminowym wykonywaniem przeglądów technicznych**

Tylko w jednym szpitalu<sup>62</sup>, z 14 skontrolowanych, nie zapewniono sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. W większości skontrolowanych oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych znajdował się sprzęt dostosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30, w tym m.in. odpowiednie łóżka porodowe, fotele ginekologiczne, wózki oraz wagi. Tylko oddział położniczo-ginekologiczny PZOZ w Starachowicach nie był wyposażony w taki sprzęt, a w BCM w Brzegu nie zapewniono wagi dla osób ze specjalnymi potrzebami.

W pięciu skontrolowanych szpitalach (36%) przestrzegano zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej. W pozostałych dziewięciu podmiotach stwierdzono odstępstwa od tego obowiązku, przy czym opóźnienie w jego wypełnieniu wynosiło od trzech do 1415 dni, a w jednym z nich<sup>63</sup> sprzęt (aparat usg oraz zestaw do histeroskopii i laparoskopii), pomimo braku potwierdzenia jego sprawności technicznej, nie został wycofany z użytkowania do czasu przeprowadzenia przeglądu technicznego. [str. 65–66]

**Na ogół prawidłowe warunki lokalowe**

W siedmiu szpitalach, spośród 14 skontrolowanych, zapewniono pacjentkom i noworodkom warunki zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń. W pozostałych siedmiu jednostkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na: [1] przeznaczeniu pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” dla więcej niż dwóch matek i dwóch noworodków<sup>64</sup>, [2] braku wyposażenia niektórych pokoi w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka<sup>65</sup>, [3] braku w sali porodowej do cięć cesarskich stanowiska do resuscytacji noworodka<sup>66</sup>, [4] braku pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych<sup>67</sup>,

<sup>62</sup> ZOZ w Oleśnie.

<sup>63</sup> Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej.

<sup>64</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Szpital Kliniczny w Warszawie oraz BCM w Brzegu.

<sup>65</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy.

<sup>66</sup> Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach.

<sup>67</sup> PZOZ w Starachowicach oraz PCM w Grójcu.

[5] niewyodrębnieniu pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy<sup>68</sup>, [6] braku śluzu umywalkowo-fartuchowej przed wejściem na salę intensywnej opieki noworodka<sup>69</sup>.

Należy podkreślić, że we wszystkich szpitalach, sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poszanowanie prawa godności i intymności, przede wszystkim poprzez wyposażenie sal pacjentek w parawany i zasłony, a gabinetów zabiegowych/pokoi badań dodatkowo poprzez umieszczenie informacji o trwającym badaniu. Wyjątek stanowił jeden ze szpitali<sup>70</sup>, w którym sposób urządzenia stanowisk porodowych w wielostanowiskowej sali porodowej nie zapewniał rodzącym kobietom warunków pełnej intymności i godności. [str. 67–68]

**Nieliczne przypadki  
nieprzestrzegania  
zakazu reklamy  
preparatów  
początkowego  
żywienia niemowląt**

W 12 szpitalach, spośród 14 skontrolowanych, przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W dwóch skontrolowanych szpitalach stwierdzono, że: [1] w epikryzach przekazanych matkom przy wypisie dzieci ze szpitala podano informacje zawierające nazwy konkretnych marek preparatów do początkowego żywienia dzieci<sup>71</sup>, [2] w działającej w szpitalu szkole rodzenia rozdawano ich uczestniczkom, smoczki i butelki do karmienia oraz ulotki reklamujące smoczek, a Książeczkę Zdrowia Dziecka uzupełniano wkładką (ulotką) zawierającą informację o produktach żywienia niemowląt<sup>72</sup>.

We wszystkich skontrolowanych oddziałach położniczych i neonatologicznych preparaty początkowego żywienia niemowląt były oznaczone nazwą handlową producenta. [str. 68–69]

**Dostęp do szkół  
rodzenia**

We wszystkich 14 skontrolowanych szpitalach pacjentkom w ciąży oferowano udział w zajęciach szkoły rodzenia. W dwóch<sup>73</sup> placówkach jej prowadzeniem zajmował się podmiot zewnętrzny, a w pozostałych 12 – szkoła funkcjonowała w ramach struktury organizacyjnej szpitala. W sześciu szkołach rodzenia<sup>74</sup> udział w zajęciach był bezpłatny,

<sup>68</sup> ZOZ w Końskich.

<sup>69</sup> PCM w Grójcu.

<sup>70</sup> ZOZ w Końskich.

<sup>71</sup> PCM w Grójcu.

<sup>72</sup> Regionalny Szpital w Grudziądzu.

<sup>73</sup> KCZ w Krapkowicach oraz Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>74</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, ZOZ w Oleśnie oraz BCM w Brzegu.

w kolejnych sześciu<sup>75</sup> niezbędne było uiszczenie opłaty, a w dwóch szpitalach<sup>76</sup> uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia było bezpłatne jedynie dla kobiet zamieszkałych w Warszawie. Koszt udziału w zajęciach szkoły rodzenia był zróżnicowany i wynosił od 200 zł<sup>77</sup> do 649 zł<sup>78</sup>. W programach zajęć większości szkół uwzględniono zagadnienia związane z porodem (m.in. metody łagodzenia bólu, przygotowanie do porodu), położeniem, karmieniem piersią oraz pielęgnacją noworodka. Omawiano również sprawy organizacyjne, w tym wskazywano jak przygotować się do przyjęcia i pobytu w szpitalu. Podczas zorganizowanego zwiedzania oferowano zapoznanie się z personelem medycznym oddziałów położniczych i neonatologicznych oraz warunkami zapewnianymi przez szpital na tych oddziałach. [str. 70–72]

**Pobieranie dodatkowych opłat w ramach opieki okołoporodowej**

W trzech skontrolowanych szpitalach<sup>79</sup> pacjentki ponosiły dodatkowe opłaty za opiekę położniczą podczas porodu, która była udzielana w formie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej lub indywidualnej opieki położniczej. Opiekę tę świadczyły położne zatrudnione w tych szpitalach.

W dwóch szpitalach<sup>80</sup>, z 14 objętych kontrolą, położne udzielały dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która jest dopuszczalna na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Świadczone przez położne usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej były realizowane wg potrzeb zgłaszanych przez pacjentki i obejmowały przede wszystkim takie czynności jak: pielęgnacja noworodka, higiena rany pooperacyjnej, pomoc w przystawianiu do piersi, edukacja pacjentki obejmująca karmienie piersią, postępowanie w położeniu, odżywianie kobiety karmiącej. Jednak w jednym z tych szpitali, oprócz opieki pielęgnacyjnej, położne udzielały również świadczeń zdrowotnych polegających m.in. na przyjęciu porodu, monitorowaniu częstotliwości skurczów porodowych, prowadzeniu partogramu porodu. Było to niezgodne z art. 34 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, który określa, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

NIK zwraca uwagę, że katalog wykonywanych odpłatnie czynności pielęgnacyjnych w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej był tożsamy z czynnościami pielęgnacyjnymi, które powinny być zapewnione przez personel medyczny w ramach zawartej umowy na świadczenie usług

<sup>75</sup> KCZ w Krapkowicach, Katowickie Centrum Onkologii, PZOZ w Starachowicach, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, ZOZ w Końskich oraz PCM w Grójcu.

<sup>76</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>77</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>78</sup> Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>79</sup> W CM „Żelazna” w Warszawie – opłaty za opiekę pielęgnacyjną, w Katowickie Centrum Onkologii – za indywidualną opiekę położniczą, w Szpitalu Klinicznym w Warszawie – za opiekę pielęgnacyjną i indywidualną opiekę położniczą.

<sup>80</sup> CM „Żelazna” w Warszawie, Szpital Kliniczny w Warszawie.

medycznych z NFZ. W związku z powyższym, w ocenie NIK, konieczne jest doprecyzowanie czynności jakie mogą być wykonywane przez personel medyczny w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

W dwóch placówkach<sup>81</sup> oferowano i realizowano usługę odpłatnej indywidualnej opieki położnej nad pacjentką<sup>82</sup>. Zakres udzielanych przez położne świadczeń w ramach usługi indywidualnej opieki obejmował również świadczenia medyczne polegające m.in. na: prowadzeniu partogramu porodu, przyjęciu porodu, ocenie stanu pacjentki, częstotliwości skurczów porodowych, rozwarcia i stanu płynu owodniowego, prowadzeniu KTG, realizacji zaleceń lekarskich (w tym podawaniu leków), pielęgnacji rany, założeniu i obserwacji wkłucia.

W Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, usługa ta była świadczona podczas dodatkowych dyżurów medycznych realizowanych przez położne, bez zawierania z pacjentkami pisemnych umów. Odpłatność za wykonaną usługę pacjentki uiszczają w formie darowizny przekazywanej na konto szpitala. Jej ustalona wysokość w okresie styczeń–czerwiec 2022 r. wynosiła 1200 zł, natomiast od lipca 2022 r. – 1800 zł.

W Katowickim Centrum Onkologii usługa indywidualnej opieki położniczej była sprawowana na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawieranej pomiędzy pacjentką a Szpitalem. Położne świadczyły indywidualną opiekę za dodatkową opłatą w wysokości 1 tys. zł – do maja 2022 r. oraz 1,4 tys. zł – od czerwca 2022 r.

NIK zwraca uwagę, że świadczenie odpłatnej usługi polegającej na sprawowaniu indywidualnej opieki położnej może naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazywać na podwójne finansowane udzielanej przez położne opieki w przypadkach, w których opieka położnej jest rozliczana w ramach zawartej przez szpital umowy z NFZ.

W ośmiu szpitalach<sup>83</sup>, spośród 14 skontrolowanych, nie pobierano od pacjentek dodatkowych opłat w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej. W kolejnych trzech placówkach<sup>84</sup> opłaty były pobierane w przypadku:

---

<sup>81</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>82</sup> Oprócz dwóch wymienionych szpitali, wykupienie odpłatnej usługi obejmującej indywidualną opiekę położnej nad pacjentką było możliwe w Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach. Jednak w okresie objętym kontrolą żadna z hospitalizowanych pacjentek nie skorzystała z tej usługi.

<sup>83</sup> Nie dotyczy opłat pobieranych przez szpitale w związku ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

<sup>84</sup> ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

- pobytu osoby bliskiej z pacjentką w oddziale ginekologiczno-położniczym (Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich);
- wynajmu odrębnego pokoju z możliwością noclegu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce na drugim łóżku lub na dostawce (Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach);
- porodu w wodzie (Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach);
- korzystania z sali rodzinnej oraz udziału osoby bliskiej w planowym cięciu cesarskim (do 15 listopada 2024 r.) – Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie. [str. 72–78]

**Brak planów porodu,  
zapewnienie badań  
przed porodem**

W skontrolowanych szpitalach na ogół przestrzegano wymogów dotyczących przyjęcia pacjentek do porodu. W szczególności weryfikowano, czy kobiety mają wymagane badania, a w przypadku ich braku – zapewniano ich wykonanie. Pacjentkom zgłaszającym się bez planu porodu, w pięciu szpitalach ich nie oferowano, przez co personel medyczny nie mógł poznać oczekiwań i preferencji kobiet co do przebiegu porodu. [str. 79–80]

**Wysoki odsetek cięć  
cesarskich**

W skontrolowanych podmiotach odnotowano wysoki odsetek porodów w drodze cięcia cesarskiego. W pięciu skontrolowanych szpitalach, w latach 2022–2025 (I półrocze), powyżej 50% porodów odbyło się poprzez cięcie cesarskie, a w jednym z nich odsetek ten wyniósł 61,8 %. NIK wskazuje na potrzebę poprawy edukacji kobiet ciężarnych dotyczącą zagrożeń wynikających z rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie. [str. 57–58]

**Wykonywanie  
zabiegów  
okołoporodowych  
bez uzyskania zgody  
pacjentki**

Zabieg amniotomii w skontrolowanych szpitalach nie był wykonywany rutynowo. Natomiast w badanej próbie dokumentacji szpitalnej stwierdzono, że w sześciu skontrolowanych szpitalach takie zabiegi miały miejsce. W dwóch z nich nie uzyskiwano pisemnej zgody pacjentek na wykonanie tego zabiegu, a w jednym – nie od wszystkich pacjentek uzyskano takie zgody.

Zabieg episiotomii były wykonywany ze wszystkich skontrolowanych szpitalach. W latach 2022–2025 (I półrocze) najmniejszy odsetek wykonywania tego zabiegu wynosił 18,8% a największy – 59,3%. W ośmiu szpitalach stwierdzono przypadki niewskazywania w dokumentacjach medycznych przyczyn wykonania tego zabiegu. Również w ośmiu skontrolowanych szpitalach stwierdzono przypadki nieuzyskiwania od pacjentek pisemnych zgód na wykonanie zabiegu episiotomii. Należy podkreślić, że zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (cz. X) nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach, a osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do udokumentowania wykonywanych zadań. [str. 80–81]

**Wsparcie  
podczas porodu**

Podczas porodu pacjentkom zapewniano możliwość korzystania ze wsparcia osoby bliskiej. Zapewniano im również możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Istotnym problemem okazało się zapewnienie dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego, ponieważ aż w sześciu skontrolowanych szpitalach pacjentki nie miały możliwości skorzystania z takiej formy łagodzenia bólu, a w jednym – oferowano go dopiero od 2024 r. [str. 80]

**Liczne  
nieprawidłowości  
w prowadzeniu  
dokumentacji  
medycznej**

W wszystkich skontrolowanych szpitalach dokumentacja medyczna rodzących lub ich dzieci prowadzona była z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów. Nieprawidłowości związane z prowadzeniem tak kluczowego dla rodzących dokumentu jak karta obserwacji porodu stwierdzono w pięciu skontrolowanych szpitalach. [str. 83–84]

**Przypadki  
niezapewnienia  
kontaktu „skóra  
do skóry”**

W skontrolowanych szpitalach stosowano różne praktyki dotyczące kontaktu nowonarodzonego dziecka z matką tzw. „skóra do skóry”, w różny sposób także dokumentowano jego przebieg. W sześciu skontrolowanych jednostkach stwierdzono nieprawidłowości związane z zapewnieniem po porodach drogami natury kontaktu „skóra do skóry”, zgodnie ze wskazaniami *Standardu opieki okołoporodowej* (tj. nieprzerwany, trwający co najmniej dwie godziny, bezpośrednio po porodzie). W dwóch szpitalach stwierdzono także przypadki nieodnotowania w dokumentacji czasu trwania tego kontaktu. Po narodzinach dziecka w drodze cięcia cesarskiego, jeżeli stan zdrowia matki i dziecka na to pozwalał, na ogół zapewniano kontakt „skóry do skóry” z matką lub ojcem (tzw. kangurowanie). Nie zawsze jednak odnotowywano czas trwania tego kontaktu. Mając na uwadze wskazania *Standardu* oraz korzyści jakie daje zapewnienie kontaktu „skóra do skóry” dla matki i dziecka, należy podkreślić, że przebieg kontaktu „skóra do skóry”, bez względu na rodzaj porodu, powinien być rzetelnie odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentów, z uwzględnieniem czasu jego trwania, a w przypadku jego przerwania – ze wskazaniem przyczyn oraz długości przerwania kontaktu w tym ewentualnego późniejszego jego kontynuowania. [str. 85–86]

**Zrealizowanie  
wymaganych badań  
i procedur opieki  
nad noworodkami  
tuż po urodzeniu**

Wszystkie noworodki po urodzeniu miały założone opaski z oznakowaniem oraz dokonano oceny ich stanu według skali Apgar. Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej*, zapewniano im także: badanie kliniczne, profilaktyczną diagnostykę zakażenia przedniego odcinka oka oraz krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K; wykonanie testu pulsoksymetrem, przesiewowe badanie słuchu oraz

**Niewystarczające  
wsparcie dotyczące  
laktacji**

przesiewowe badania w kierunku niektórych chorób wrodzonych, wykonywane na specjalnej bibule; wykonanie wymaganych szczepień, po uzyskaniu zgody matki. [str. 86–87]

Kobiety po urodzeniu dziecka otrzymywały wsparcie dotyczące laktacji, które polegało w szczególności na informowaniu o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia, udzielaniu instruktaży prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Pacjentkom przekazywano także broszury i poradniki dotyczące karmienia mlekiem matki. We wszystkich skontrolowanych szpitalach pacjentki miały możliwość korzystania z laktatorów oraz lodówek do przechowywania mleka kobiecego. Skala podawania preparatów początkowego żywienia jest jednak ciągle duża. W dwóch skontrolowanych szpitalach takie preparaty otrzymało 80% noworodków, w siedmiu odsetek noworodków, którym je podano wynosił od 60 % do 77 %, w trzech – od 43 % do 47 %, w jednym 13 % oraz w jednym – 3 %.

Spośród skontrolowanych szpitali, tylko sześć nawiązało współpracę z bankami mleka kobiecego. W trzech z nich, w okresie objętym kontrolą, skorzystano z mleka z banku, przy czym w dwóch szpitalach były to pojedyncze przypadki. [str. 87–90]

**Zróżnicowane  
zaopatrzenie szpitali  
w preparaty  
początkowego  
żywienia**

Skontrolowane Szpitale, w okresie objętym kontrolą dysponowały różną liczbą preparatów przeznaczonych do początkowego żywienia niemowląt. Koszty zakupu tych produktów również były zróżnicowane i wynosiły od poniżej jednego grosza<sup>85</sup> do 16 zł<sup>86</sup> za sztukę.

Zwracają uwagę duże dysproporcje pomiędzy liczbą zakupionych preparatów do początkowego żywienia niemowląt, a liczbą dzieci urodzonych w poszczególnych szpitalach<sup>87</sup>:

- a) w ZOZ w Końskich (II stopień referencyjności) w okresie objętym kontrolą urodziło się 1227 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła 254 szt. preparatów początkowego żywienia;
- b) w KCZ w Krapkowicach w okresie objętym kontrolą urodziło się 2256 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła oraz otrzymała w formie darowizny łącznie 34944 szt. preparatów początkowego żywienia;
- c) w Regionalnym Szpitalu w Grudziądzu (II stopień referencyjności) w okresie objętym kontrolą urodziło się 2514 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła oraz otrzymała w formie darowizny łącznie 148162 szt. preparatów początkowego żywienia.

<sup>85</sup> Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>86</sup> ZOZ w Końskich.

<sup>87</sup> Dotyczy noworodków żywuorodzonych.

W sześciu szpitalach<sup>88</sup>, spośród 14 skontrolowanych, uzupełnieniem zakupionych przez jednostki preparatów początkowego żywienia były produkty przekazane w formie darowizn od producentów tych preparatów. Liczba uzyskanych w taki sposób preparatów wahała się od 1440 szt.<sup>89</sup> do 5728 szt.<sup>90</sup>. W okresie objętym kontrolą, w niektórych szpitalach darowizny te stanowiły nawet 54%<sup>91</sup> oraz 59%<sup>92</sup> wszystkich preparatów przeznaczonych dla niemowląt (wraz z zakupionymi przez placówki). [str. 69–70]

**Nieprawidłowości  
w opiece  
nad pacjentkami  
po stracie dziecka**

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi szczególnych sytuacji położniczych nie była zawsze prawidłowa. Nieprawidłowości związane z jej sprawowaniem stwierdzono bowiem w ośmiu szpitalach, z 14 skontrolowanych. Do najważniejszych z nich należą: niezapewnienie wsparcia psychologa (w jednym szpitalu), nieprawidłowe przekazanie pacjentkom informacji o potrzebie dalszej opieki psychologicznej (w jednym szpitalu), nieprawidłowe postępowanie z ciałami dzieci martwo urodzonych (w trzech szpitalach). [str. 90–92]

**Wykwalifikowany  
personel w poradniach**

W skontrolowanych poradniach ginekologiczno-położniczych i poradniach położnej POZ spełniano wymogi co do liczby i wykształcenia lekarzy i położnych. Personel medyczny uczestniczył w różnych formach podnoszenia kwalifikacji o tematyce dotyczącej opieki okołoporodowej. [str. 95–96]

**Wyposażenie poradni  
w niezbędny sprzęt**

Poradnie objęte kontrolą NIK na ogół dysponowały sprzętem umożliwiającym przeprowadzenie badań, o których mowa w *Standardzie opieki okołoporodowej*<sup>93</sup>, tj.: do pomiaru wzrostu, ciężaru ciała, ciśnienia, badania cytologicznego, USG i KTG. W tych podmiotach zapewniono większość sprzętu i aparatury. Przypadki braku niektórych sprzętów (np. aparatu do elektrokoagulacji, pełnego wyposażenia neseseru położnej, zestawu do porodu nagłego) wystąpiły w pięciu skontrolowanych podmiotach.

W dwóch podmiotach nie przestrzegano zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej.

<sup>88</sup> PCM w Grójcu, BCM w Brzegu, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, KCZ w Krapkowicach, ZOZ w Oleśnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu.

<sup>89</sup> PCM w Grójcu.

<sup>90</sup> BCM w Brzegu.

<sup>91</sup> BCM w Brzegu.

<sup>92</sup> PCM w Grójcu.

<sup>93</sup> Część II – Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzenia)

	<p>Tylko trzy spośród skontrolowanych poradni były wyposażone w sprzęt dostosowany do przeprowadzenia badań u osób z niepełnosprawnościami (np. wagi krzesłkowe, łóżkowe lub najazdowe). W dwóch z nich, które były tzw. przychodniami przyszpitalnymi, sprzęt ten był dostępny w lokalizacji, a w czterech – go nie było. [str. 96–97]</p>
<p><b>Dostęp do badań w poradniach</b></p>	<p>Pacjentkom sześciu skontrolowanych poradni ginekologiczno-położniczych zapewniano dostęp do badań, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS, tj. badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych; USG; RTG; mammografii; kolposkopii; krioterapii; elektrokoagulacji. W dwóch poradniach nie zapewniono dostępu do mammografii, a w dwóch – do elektrokoagulacji. [str. 98]</p>
<p><b>Prawidłowe urządzenie pomieszczeń poradni</b></p>	<p>Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń w ramach poradni położniczo-ginekologicznych oraz położnej POZ, urządzono zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności. [str. 98–99]</p>
<p><b>Sporadyczne nieprzestrzeganie zakazu reklamowania w poradniach preparatów początkowego żywienia niemowląt</b></p>	<p>W jednej z poradni nie przestrzegano zakazu reklamowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt i karmienia. W dwóch skontrolowanych poradniach<sup>94</sup> stwierdzono materiały opatrzone logo producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Nie zawierały one, co prawda, treści promujących preparaty do początkowego żywienia niemowląt, ale poprzez umieszczenie samego logo czy nazwy producenta, mogły stanowić formę pośredniej reklamy. [str. 99–100]</p>
<p><b>Nieprawidłowości w prowadzeniu edukacji przedporodowej</b></p>	<p>Sposób prowadzenia edukacji przedporodowej dla pacjentek w ciąży nie zawsze był prawidłowy. W sześciu poradniach, z dziewięciu skontrolowanych, lekarze nie odnotowywali w dokumentacji medycznej pacjentek faktu ich skierowania do położnej POZ, pomimo takiego obowiązku określonego w części II <i>Standardu opieki okołoporodowej</i>. Efektem skutecznej edukacji przedporodowej powinno być przygotowanie pacjentki do porodu i opieki nad noworodkiem znajdujące odzwierciedlenie w przygotowanych razem z nią dokumentach, tj. planem opieki przedporodowej oraz planem porodu. Spośród skontrolowanych poradni tylko w dwóch opracowywano plany opieki przedporodowej i plany porodu, które załączano do dokumentacji pacjentek. [str. 100–109]</p>

<sup>94</sup> Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu (dalej także: MGP w Świeciu), Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej (dalej także SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej).

**Niezapewnienie  
kobietom w ciąży  
niektórych  
z wymaganych badań**

W każdej ze skontrolowanych poradni stwierdzono nieprawidłowości związane z niezapewnieniem pacjentkom w ciąży niektórych z wymaganych *Standardem opieki okołoporodowej* badań i procedur. Najczęściej nie zapewniano: badania gruczołów sutkowych, oceny wymiarów miednicy, zebrania danych dotyczących zdrowego trybu życia; zalecanie kontroli stomatologicznej, oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji. Część z pacjentek podczas wizyt nie miała wykonywanych podstawowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, określenia wzrostu i wskaźnika BMI. Nie wszystkim pacjentkom zapewniono także wykonanie kluczowego dla oceny rozwoju płodu badania ultrasonograficznego zgodnie z rekomendacjami PTGiP<sup>95</sup>. [str. 109–110]

**Błędy w prowadzeniu  
kart przebiegu ciąży**

Przebieg ciąży powinien być udokumentowany w karcie przebiegu ciąży. Elementy, które powinna zawierać karta zostały określone § 39 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Pomimo to w trzech poradniach stosowane formularze kart przebiegu ciąży nie zawierały niektórych wymaganych elementów. Ponadto stosowane formularze nie przewidywały miejsca do odzwierciedlenia wszystkich badań, procedur i świadczeń profilaktycznych. W związku z czym istnieje uzasadniona potrzeba wprowadzenia wzoru karty przebiegu ciąży, który będzie zawierał zapis badań i świadczeń wskazanych w *Standardach opieki okołoporodowej*. Tak przygotowany formularz karty będzie stanowił źródło informacji dla pacjentek o tym, które badania i świadczenia im przysługują i powinny być im proponowane. Dla personelu medycznego formularz ten powinien stanowić kompleksowe kompendium wiedzy o przebiegu ciąży, co jest szczególnie istotne w momencie ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki lub jej dziecka, a także w przypadku zmiany personelu opiekującego się daną pacjentką. [str. 111–113]

**Nieprecyzyjne  
uregulowania  
dotyczące terminu  
pierwszej wizyty  
patronażowej**

Opieka nad kobietą i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania, w ramach tzw. wizyt patronażowych była realizowana nie w pełni prawidłowo. Położne ze skontrolowanych jednostek najczęściej odbywały od czterech do sześciu wizyt patronażowych u pacjentek po porodzie. Większość wizyt, stosownie do wymogów, na ogół miało miejsce w ciągu dwóch dni od otrzymania zgłoszenia. W pięciu jednostkach stwierdzono przypadki odbywania pierwszych wizyt patronażowych później niż 48 godzin od otrzymania zgłoszenia – ze względu na dni wolne od pracy<sup>96</sup>. Minister Zdrowia doprecyzował takie sytuacje w swoim rozporządzeniu z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Należy zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ, (załącznik nr 3, część II) pierwsza wizyta patronażowa odbywa się nie

<sup>95</sup> Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników.

<sup>96</sup> Np. położna otrzymała zgłoszenie w piątek, a w sobotę i w niedzielę nie świadczyła pracy.

później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Natomiast zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (część XIV ust. 8) pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka. Na gruncie rozporządzenia z dnia 23 października 2025 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej: pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin (z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki ze szpitala po urodzeniu dziecka. Mając na uwadze powyższe rozbieżności, NIK wskazuje na potrzebę doprecyzowania uregulowań w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. [str. 113–115]

**Brak planów indywidualnej opieki nad położnicą oraz niekompletna dokumentacja wizyt patronażowych**

Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej*, opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki. Brak takich planów opieki w dokumentacji kobiet, u których przeprowadzono wizyty patronażowe stwierdzono we wszystkich skontrolowanych jednostkach. W ośmiu z nich sposób prowadzenia przez położne dokumentacji z wizyt patronażowych nie pozwalał na dokonanie oceny, czy zrealizowały wszystkie czynności wskazane w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Wykonywanie niektórych z nich nie znalazło bowiem odzwierciedlenia w dokumentacji dotyczącej wizyt patronażowych w ośmiu poradniach, z dziewięciu skontrolowanych. Najczęściej stwierdzono brak odnotowania i/lub wykonania następujących elementów opieki nad położnicą: oceny czynności pęcherza moczowego i jelit; oceny higieny ciała; oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej; oceny laktacji. W przypadku opieki położnych nad dziećmi najczęściej stwierdzano brak odnotowania i/lub wykonania następujących wskazanych w *Standardzie* elementów opieki: oceny czynności serca, oceny czynności oddechowej; oceny poziomu bilirubiny u noworodka w oparciu o topografię żażółceni według schematu Kramera; oceny temperatury ciała noworodka; oceny obecności odruchów noworodkowych. [str. 115]

## 4. WNIOSKI

<b>Wnioski de lege ferenda</b>	<p>Mając na uwadze wyniki przeprowadzonej kontroli, wskazujące na potrzebę poprawy jakości opieki okołoporodowej, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o zmianę:</p>
<b>Minister Zdrowia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej poprzez wprowadzenie wzoru karty przebiegu ciąży zawierającej informacje wymagane § 39 ust. 3–5 tego rozporządzenia oraz zapewniającej możliwość dokumentowania realizacji świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży, wymaganych <i>Standardem opieki okołoporodowej</i>. Dotychczas stosowane formularze karty przebiegu ciąży nie przewidywały miejsca do odzwierciedlenia wszystkich badań, procedur i świadczeń profilaktycznych określonych w <i>Standardach opieki okołoporodowej</i>. W związku z tym istnieje uzasadniona potrzeba wprowadzenia wzoru tego dokumentu, który będzie stanowił źródło informacji dla pacjentek o tym, które badania i świadczenia im przysługują i powinny być im proponowane. Dla personelu medycznego formularz ten będzie stanowił kompleksowe kompendium wiedzy o przebiegu ciąży, co jest szczególnie istotne w momencie ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki lub jej dziecka, a także w przypadku zmiany personelu opiekującego się daną pacjentką.</li> <li>2. Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (załącznik nr 3, część II) w celu zapewnienia zgodności przepisów tego rozporządzenia, dotyczących terminu pierwszej wizyty patronażowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej z przepisem ust. 7 części XV <i>Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej</i> w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, wprowadzanego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (które wejdzie w życie 7 maja 2026 r.). Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (załącznik nr 3, część II), pierwsza wizyta patronażowa powinna się odbyć nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Natomiast ze <i>Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej</i> (część XV ust. 7), który będzie obowiązywał od 7 maja 2026 r., wynika, że taka wizyta powinna zostać przeprowadzona nie później niż w ciągu 48 godzin (z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki ze szpitala po urodzeniu dziecka. Zmiana ta ma celu wyeliminowanie niespójności pomiędzy przepisami tych rozporządzeń.</li> </ol>

**Prezes NFZ** Ponadto Najwyższa Izba Kontroli wnosi o wyeliminowanie podwójnego finansowania świadczeń, gdy w placówce działającej na podstawie umowy zawartej z NFZ pacjentki mogą skorzystać z dodatkowej, odpłatnej indywidualnej opieki położnej lub dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w zakresie podobnym/takim samym jak widnieje w umowie z NFZ.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

---

### 5.1. DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA NA RZECZ POPRAWY JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

---

**Uwzględnianie zagadnień opieki okołoporodowej w dokumentach planistycznych i strategicznych**

Minister Zdrowia podczas opracowywania dokumentów strategicznych i planistycznych, uwzględniał zagadnienia dotyczące opieki okołoporodowej, mające na celu poprawę jej jakości i dostępności. Problematyka tej opieki znalazła odzwierciedlenie w takich dokumentach, jak:

- a. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025*<sup>97</sup>, w którym w ramach celu operacyjnego 5: *Wyzwania demograficzne*, wskazano zadanie dotyczące opieki okołoporodowej obejmujące upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej.
- b. Aktualizacja Krajowego Planu Transformacji na lata 2022–2026 (KPT)<sup>98</sup>. W dokumencie tym wprowadzono działanie 2.13.1.1. pn. *Wdrożenie pakietu zmian dotyczących różnych obszarów zdrowia kobiet – Świadoma, bezpieczna ja*, w którym zapowiedziano wdrożenie procedur dotyczących obszaru opieki okołoporodowej, z uwzględnieniem dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodzie siłami natury (analghezji regionalnej) oraz powszechnych badań prenatalnych.
- c. *Rządowy Program Badań Przesiewowych Noworodków na lata 2019–2026*<sup>99</sup>, w którym założono wykonanie badań przesiewowych noworodków umożliwiających wykrywanie chorób wrodzonych, zdiagnozowanie chorób poprzez przeprowadzenie dodatkowych testów biochemicznych i genetycznych, wdrożenie właściwego leczenia oraz w przypadku niektórych chorób monitorowanie leczenia w pierwszym roku życia (wrodzone wady metabolizmu) lub do 18 roku życia (fenyloketonuria). Jako cel programu określono obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu chorób wrodzonych oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych chorób.

---

<sup>97</sup> Ustanowionym rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642).

<sup>98</sup> Wprowadzona 31 grudnia 2024 r. obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (Dz. Urz. Min Zdrow. poz. 146).

<sup>99</sup> Programy polityk zdrowotnych są opracowane i realizowane przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- d. *Program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej<sup>100</sup> w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego*, skierowany do kobiet ciężarnych, u których wykryto patologie ciąży i wady rozwojowe płodu. W programie zaplanowano poprawę dostępności do leczenia wewnątrzmacicznego oraz zastosowanie wewnątrzmacicznej terapii płodu, która może prowadzić do poprawy stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie lub zredukowanie powikłań występujących w okresie noworodkowym.
- e. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026*, który zakłada wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin<sup>101</sup>, poprzez zapewnienie dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, a także na zwiększeniu efektywności i dostępności do rehabilitacji tych dzieci.

**Problem z refundacją  
szczepionki przeciwko  
wirusowi RSV**

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych<sup>102</sup>, szczepionka przeciwko wirusowi RSV<sup>103</sup>, przeznaczona m.in. dla kobiet w ciąży, została objęta refundacją od 1 kwietnia 2025 r. Stosownie do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie *Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025*<sup>104</sup>, szczepionka ta przeznaczona jest dla kobiet w ciąży w celu biernej ochrony przed chorobami dolnych dróg oddechowych wywoływanymi przez RSV u dzieci od urodzenia do szóstego miesiąca życia. Zgodnie ze schematem szczepienia, ciężarna powinna być poddana szczepieniu między 32 a 36 tygodniem ciąży.

Stosownie do art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kobietom w okresie ciąży albo

<sup>100</sup> Wewnątrzmaciczna terapia płodu oznacza interwencję medyczną stosowaną wobec dziecka znajdującego się w łonie matki, w przypadku stwierdzenia wad rozwojowych i chorób płodu.

<sup>101</sup> Ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

<sup>102</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2025 r. poz. 23.

<sup>103</sup> RSV (ang. Respiratory Syncytial Virus) – syncytialny wirus oddechowy – powszechny, bardzo zaraźliwy wirus, dający w niektórych przypadkach ciężki przebieg choroby i powikłania (np. u małych dzieci, kobiet w ciąży, osób starszych, schorowanych).

<sup>104</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 93.

połogu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki lub wyroby medyczne. Zgodnie z art. 43b ust. 3 tej ustawy, podstawą bezpłatnego wydania leku lub wyrobu medycznego z apteki, lub punktu aptecznego jest recepta wystawiona przez lekarza lub położną. W tych wymogach nie uwzględniono jednak pacjentek, które z uwagi na zagrożenie ciąży były hospitalizowane w szpitalach po 32. tygodniu ciąży i pozostawały w tych placówkach do zakończenia ciąży. Takim pacjentkom nie wystawiano recept uprawniających do skorzystania z refundowanego zakupu tej szczepionki, a szpital nie otrzymywał refundacji za podanie takiej szczepionki ciężarnej pacjentce przebywającej w oddziale, uprawnionej do refundacji.

Na powyższy problem zwracali uwagę, w trakcie kontroli NIK, dyrektorzy dwóch skontrolowanych szpitali<sup>105</sup>. NIK wskazuje, że w przypadkach ponoszenia pełnej odpłatności za preparat, szpitale mogą nie być zainteresowane podawaniem go pacjentkom, co spowoduje brak ochrony niemowlęcia przed RSV.

W Ministerstwie, w trakcie prowadzonej kontroli NIK, podjęto działania zmierzające do wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, możliwość zakupu szczepionki dla hospitalizowanych kobiet w ciąży.

**Niezrealizowanie  
harmonogramu  
Programu – brak  
konkursów  
dotyczących inwestycji  
(wymiany łóżek)**

Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym<sup>106</sup>, Rada Ministrów ustanowiła program inwestycyjny pod nazwą *Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych* w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych<sup>107</sup>. Zgodnie z tym Programem, celem utworzenia subfunduszu było zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości opieki zdrowotnej i dostępności do niej oraz poprawa bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Planowany budżet Programu określono na 6767 mln zł, natomiast okres realizacji na lata 2022–2029.

Wśród zaplanowanych w tym Programie działań była wymiana łóżek szpitalnych. Na realizację tego zadania zaplanowano wsparcie w wysokości 1039 mln zł. W Programie określono również, że wymianie będą podlegać zużyte i przestarzałe łóżka szpitalne dla pacjentów, dostosowane do specyfiki działalności danego oddziału, w tym łóżka

<sup>105</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>106</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 889, ze zm.

<sup>107</sup> Uchwała nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pn. *Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych* (M.P. poz. 908).

intensywnej opieki medycznej. Wśród łóżek przeznaczonych do wymiany wskazano także łóżka specjalistyczne, również łóżka porodowe.

W ramach prac nad opracowaniem tego Programu przeprowadzono diagnozę potrzeb, która pokazała co pilnie trzeba zrobić w infrastrukturze ochrony zdrowia. Na podstawie tej diagnozy wskazano obszary wymagające interwencji, których naprawa ma zapewnić m.in. poprawę jakości opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczonych usług. Dotyczyło to również analizy potrzeb dotyczących wymiany łóżek szpitalnych. W tym zakresie stwierdzono m.in., że: *łóżka w podmiotach leczniczych są w znacznej części mocno wyeksploatowane, w rezultacie czego nie zapewniają swoich funkcji w procesie leczenia i rekonwalescencji.* W diagnozie wskazano również, że blisko 45% łóżek szpitalnych kwalifikuje się do pilnej wymiany, a w perspektywie kilku najbliższych lat niezbędna będzie wymiana kolejnych 14% łóżek.

Do dnia zakończenia czynności kontrolnych NIK w Ministerstwie Zdrowia<sup>108</sup>, Minister Zdrowia nie ogłosił żadnego konkursu obejmującego wymianę łóżek szpitalnych, wynikającego z części VI Programu MPL, pomimo że zgodnie z harmonogramem tego Programu konkursy takie miały być ogłaszane począwszy od 2023 r.

NIK zwraca uwagę, że od wejścia w życie uchwały w sprawie Programu MPL, tj. we wrześniu 2022 r., Minister miał ponad trzy lata, by ogłosić zaplanowane konkursy dotyczące wymiany łóżek szpitalnych. Należy podkreślić, że zgodnie z przyjętym harmonogramem, wsparcie finansowe tego działania do końca 2025 r. miało osiągnąć poziom 516 mln zł (49,7%) z 1039 mln zł zaplanowanych w całym okresie obowiązywania Programu, co stwarza ryzyko niezrealizowania założonego wskaźnika (90 tys. łóżek przewidzianych do wymiany). Już po kontroli P/24/001<sup>109</sup> NIK wskazała, że zaledwie po kilku miesiącach od wejścia w życie uchwały w sprawie programu MPL, Program ten nie był realizowany zgodnie z założeniami.

NIK podkreśla, że realizacja zadań związanych z modernizacją infrastruktury szpitali jest niezbędna w celu zapewnienia pacjentom dostępnych i bezpiecznych świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości. Na problem braku uruchomienia środków na wymianę łóżek zwracali uwagę dyrektorzy szpitali objętych kontrolą NIK. Uzależniali oni bowiem swoje decyzje o wydatkach na sprzęt i wyposażenie od harmonogramów ogłaszania konkursów, przedstawionych przez Ministerstwo w Programie MPL.

---

<sup>108</sup> Tj. do 3 listopada 2025 r.

<sup>109</sup> Kontrola P/24/001 Wykonanie budżetu państwa w 2023 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Medycznego.

**Prace nad zmianą  
obowiązującego  
Standardu opieki  
okołoporodowej**

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia podjął działania mające na celu zmianę obowiązującego *Standardu opieki okołoporodowej*. Prace nad zmianą tego dokumentu formalnie rozpoczęły się w kwietniu 2024 r.<sup>110</sup> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>111</sup>, został opublikowany na stronach BIP Rządowego Centrum Legislacji 17 grudnia 2024 r.<sup>112</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone 6 listopada 2025 r. i wejdzie w życie 7 maja 2026 r.

Rozporządzenie po nowelizacji określa m.in.:

- 1) rozszerzanie zakresu świadczeń profilaktycznych i działań dotyczących promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży (wraz z okresami ich przeprowadzania), tj. badania w kierunku wykrycia HBV<sup>113</sup>, badania w kierunku zakażenia wirusem cytomegalii do 10. tygodnia ciąży, badanie w kierunku toksoplazmozy w 33–37 tygodniu ciąży, konieczność informowania kobiet w terminie do 10. tygodnia ciąży o szczepieniach zalecanych w ciąży;
- 2) zmianę terminu wykonania badania stężenia glukozy we krwi<sup>114</sup>;
- 3) usunięcie dolnej granicy rozpoczęcia edukacji przedporodowej<sup>115</sup>;
- 4) wprowadzenie możliwości zlecenia badania ultrasonograficznego piersi;
- 5) konieczność identyfikacji u kobiet w ciąży wrodzonych wad metabolizmu;
- 6) obowiązek zapewnienia możliwości zapoznania się ciężarnej z wybranym miejscem do porodu oraz wcześniejszą konsultację z anesteziologiem w celu przekazania informacji o analgezji regionalnej;
- 7) obowiązkowe elementów planu porodu;
- 8) obowiązek dla osób sprawujących opiekę, do wszczęcia, w wymaganych przypadkach, procedury *Niebieskiej karty*;
- 9) wprowadzenie możliwości spożywania lekkich posiłków podczas porodu;
- 10) wprowadzenie zmian organizacyjnych mających na celu poprawę dostępności metod łagodzenia bólu porodowego, w tym do znieczulenia zewnątrzoponowego;

<sup>110</sup> Akceptacja przez Sekretarza Stanu w MZ Wojciecha Koniecznego prośby Dyrektora DRZ o rozpoczęcie prac nad zmianą dotychczasowego Standardu.

<sup>111</sup> MZ 1728.

<sup>112</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12392662/katalog/13101768#13101768>

<sup>113</sup> Wirusowe zapalenie wątroby typu B.

<sup>114</sup> Nowy termin to 24–28 tydzień ciąży, na gruncie obecnego Standardu – 21–26 tydzień ciąży.

<sup>115</sup> Na gruncie obecnego Standardu – 21–26 tydzień ciąży.

- 11) doprecyzowanie, że mierzenie i ważenie noworodka powinno się odbyć po zapewnieniu kontaktu „skóra do skóry”;
- 12) doprecyzowanie obowiązków personelu dotyczących wspierania laktacji;
- 13) umożliwienie wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych;
- 14) wprowadzenie bezwzględnego zakazu przebywania w jednej sali kobiet znajdujących się w szczególnych sytuacjach położniczych z kobietami, które urodziły zdrowe dziecko lub w ciąży oraz możliwość skorzystania przez kobiety w sytuacji szczególnej z opieki położnej w miejscu zamieszkania;
- 15) zapewnienie przez podmioty udzielające świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej dostępu (architektonicznego, cyfrowego, informacyjno-komunikacyjnego i sprzętowego) osobom ze szczególnymi potrzebami.

**Monitorowanie  
wskaźników opieki  
okołoporodowej**

W MZ dysponowano informacjami o niewywiązywaniu się przez podmioty lecznicze ze wskazań określonych w części I ust. 2 *Standardu opieki okołoporodowej*. Zgodnie z tym standardem, w podmiotach prowadzących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, powinny być ustalone i monitorowane wskaźniki tej opieki. Monitorowanie powinno być prowadzone co najmniej raz w roku i powinno dotyczyć zwłaszcza ograniczania interwencji medycznych wskazanych w ust. 1<sup>116</sup> oraz oceny satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z cz. I ust. 3 *Standardu* – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**Mapa Potrzeb  
Zdrowotnych**

W okresie objętym kontrolą, stosownie do art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, Minister Zdrowia opracował i ustalił Mapę Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026<sup>117</sup> (dalej również: MPZ 2022–2026).

Jednym z problemów wymagających poprawy w systemie opieki zdrowotnej, zidentyfikowanych w tym dokumencie, była dostępność i organizacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS). W MPZ 2022–2026 wskazano, że: *AOS pełni ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne, ale*

<sup>116</sup> Tj.: amniotomii (przebiecie pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi preparatów początkowego żywienia.

<sup>117</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 69).

*niewiążące się z dużymi nakładami finansowymi, jakie towarzyszą leczeniu szpitalnemu. Wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest od lat wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pomimo tego od kilku lat następuje spadek wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (z 8,6% w 2014 r. do 5,7% w 2018 r. i 2019 r.) przy jednoczesnym wzroście wydatków na leczenie szpitalne (z 31,1% w 2014 r. do 47,4% w 2019 r.). Zmniejsza się również liczba porad udzielanych w AOS, a także liczba pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki medycznej w ramach NFZ: pomiędzy 2015 r. a 2019 r. liczba wizyt w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zmniejszyła się o 4,9%.*

Prowadzone analizy obejmowały problematykę dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) w gminach, w których nie było przychodni POZ. Jak wskazano w MPZ 2022–2026: *nie dowiedziono zależności pomiędzy brakiem lekarza POZ w danej gminie a liczbą wizyt w POZ, AOS, szpitalu oraz liczbą hospitalizacji (z dopuszczalnym błędem I rodzaju 5%). Można więc domniemywać, że taka zależność nie występuje.*

W MPZ 2022–2026 wskazano, że w 2019 r. poradnie ginekologiczno-położnicze<sup>118</sup> funkcjonowały w każdym z 378 powiatów (co najmniej jedna).

Analizie poddano również skalę korzystania z płatnych usług medycznych poza NFZ. W 2019 r. odsetek porad udzielonych w zakresie ginekologii i położnictwa w sektorze prywatnym wyniósł 30% wszystkich porad w tej specjalności. Wśród możliwych przyczyn tak wysokiego odsetka porad prywatnych wskazano na problem z dostępem do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej, ale również dostępność i atrakcyjność opieki prywatnej w danej specjalności oraz poziom zamożności obywateli i ich skłonność do wydatków na cele zdrowotne (lub możliwość pokrycia kosztów prywatnej opieki medycznej przez pracodawcę).

Wśród rekomendowanych kierunków działań, dotyczących poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, w MPZ 2022–2026 wskazano na wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki i położnej POZ, poprzez przekazywanie niektórych kompetencji lekarza POZ personelowi pomocniczemu, w tym również zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym pn. *Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych.*

#### **Dostępność do świadczeń opieki okołoporodowej**

W Ministerstwie dysponowano danymi dotyczącymi dostępności do świadczeń opieki okołoporodowej (np. liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki okołoporodowej, dane dotyczące wizyt

<sup>118</sup> W tym ginekologiczno-położnicze dla dziewcząt, ginekologii onkologicznej, patologii ciąży, okresu przekwitania, profilaktyki chorób piersi oraz planowania rodziny.

patronażowych położnych, dane dotyczące wizyt w ramach edukacji przedporodowej, średni czas oczekiwania do poradni neonatologicznej i położniczo-ginekologicznej w poszczególnych województwach i powiatach). Dane te uzyskiwano z NFZ, w którym opracowano raport interaktywny<sup>119</sup>, prezentujący informacje dotyczące opieki okołoporodowej. Zgodnie z tymi danymi, w Polsce, w latach 2022–2025 (I półrocze), zmniejszyła się liczba oddziałów położniczo-ginekologicznych, w których odbył się przynajmniej jeden poród<sup>120</sup>, z 348 (na koniec 2021 r.) do 305 (na koniec czerwca 2025 r.).

Z danych MZ wynika, że w 2025 r.<sup>121</sup> oddziały położnicze nie funkcjonowały w 132 powiatach, w tym w: 15 z terenu woj. mazowieckiego, 14 z woj. dolnośląskiego, po 10 z woj. kujawsko-pomorskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego, dziewięciu z woj. podkarpackiego, po osiem z woj. łódzkiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego, po siedem z woj. pomorskiego i świętokrzyskiego, sześć z woj. podlaskiego, śląskiego, pięciu z woj. małopolskiego, lubuskiego, czterech z woj. opolskiego. Problem dostępności do oddziałów położniczych jest szczególnie dobrze widoczny w województwie świętokrzyskim, co przedstawia infografika nr 1.

MZ dysponowało danymi dotyczącymi liczby oddziałów położniczo-ginekologicznych, które w latach 2022–2025 (I półrocze) zostały zamknięte lub zawieszono ich działalność. W 2022 r. zamknięto 10 takich oddziałów<sup>122</sup>, w 2023 r. – siedem<sup>123</sup>, w 2024 r. – dziewięć<sup>124</sup>, w 2025 r. – 27<sup>125</sup>.

Liczba zawieszonych oddziałów położniczo-ginekologicznych kształtowała się następująco: 31 w 2022 r., 16 w 2023 r., 20 w 2024 r., 14 w 2025 r. (I półrocze). Lokalizację oddziałów ginekologiczno-położniczych w dwóch wybranych województwach przedstawiają poniższe infografiki.

<sup>119</sup> [Porody i opieka okołoporodowa – ezdrowie.gov.pl](https://ezdrowie.gov.pl) (dostęp 5 stycznia 2026 r.).

<sup>120</sup> Jako osobny oddział położniczy przyjęto każdą lokalizację oddziału szpitalnego, w którym, w danym okresie, odbył się przynajmniej jeden poród (hospitalizacja).

<sup>121</sup> Stan na 30 czerwca 2025 r. Jako osobny oddział położniczy przyjęto każdą lokalizację oddziału szpitalnego, w którym, w danym okresie, odbył się przynajmniej jeden poród (hospitalizacja).

<sup>122</sup> Trzy w woj. warmińsko-mazurskim, po dwa – w woj. mazowieckim i śląskim, po jednym – w woj. dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim).

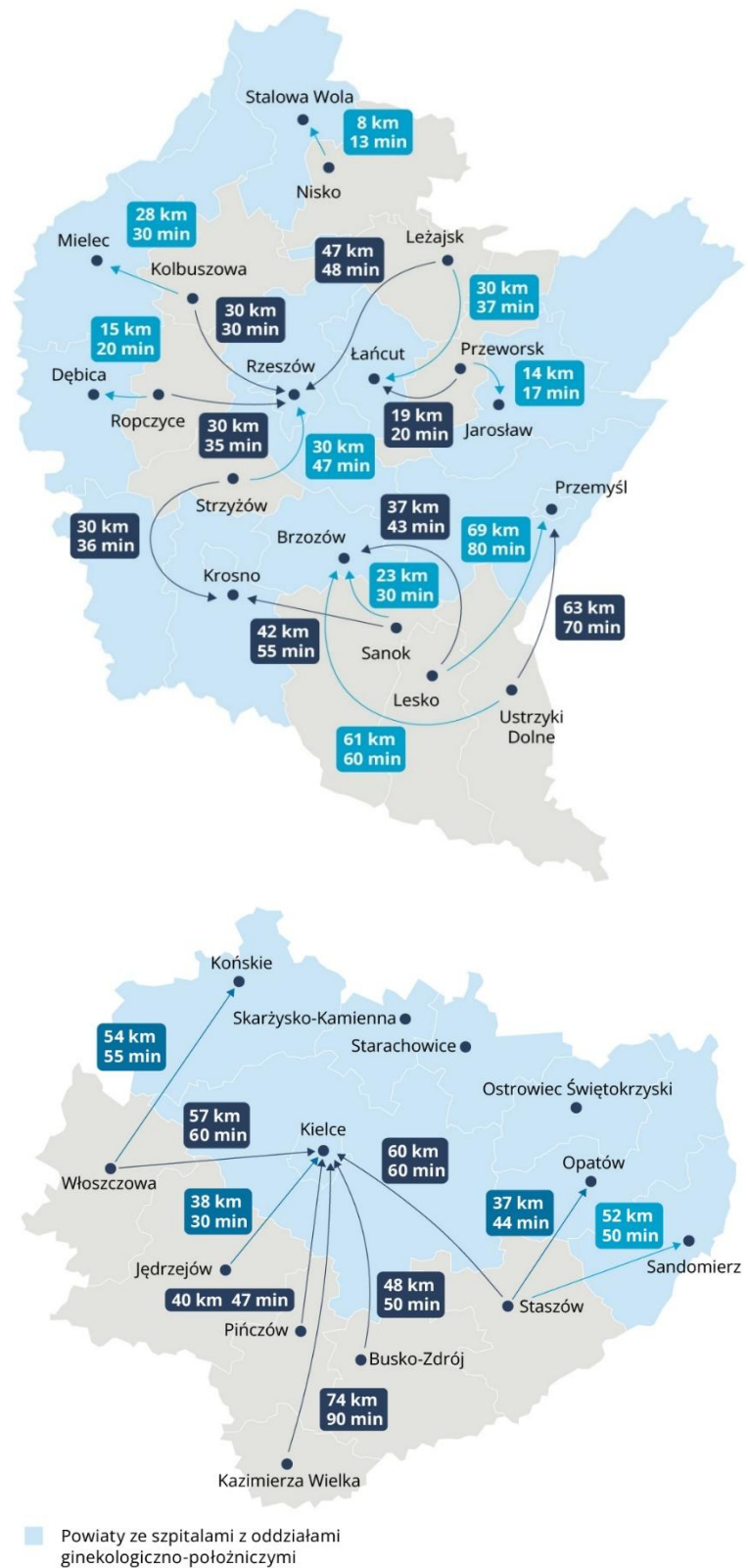
<sup>123</sup> Dwa w woj. dolnośląskim, po jednym – w woj. małopolskim, pomorskim, śląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim.

<sup>124</sup> Po dwa – w woj. kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim, po jednym – w woj. lubuskim, mazowieckim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim.

<sup>125</sup> Po cztery w woj. wielkopolskim i małopolskim, po trzy – w woj. lubelskim, mazowieckim, podkarpackim i śląskim, dwa – w woj. świętokrzyskim oraz po jednym – w woj. kujawsko-pomorskim, łódzkim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim. Dane uzyskane z Centrali NFZ po zakończeniu czynności kontrolnych w MZ.

## Infografika nr 1

Rozmieszczenie powiatów w województwie podkarpackim i świętokrzyskim, w których nie funkcjonowały oddziały ginekologiczno-położnicze (kolor szary), wraz ze wskazaniem odległości i średniego czasu dojazdu do najbliższej miejscowości, w której taki oddział był wyodrębniony w strukturze szpitala



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Przygotowany w Ministerstwie projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zakłada zorganizowanie opieki położnych u świadczeniodawców, których placówka ma izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, zabezpieczenie transportowe – w tym całodobowy dostęp do środka transportu z odpowiednim wyposażeniem i udziałem położnej i dwóch ratowników medycznych. W dokumencie tym określono również warunki organizacyjne świadczenia opieki zdrowotnej, w tym dostępności personelu, godzin pracy poradni położniczo-ginekologicznej oraz procedurę transportu do właściwego oddziału szpitalnego kobiety w ciąży, kobiety rodzącej albo kobiety w połogu lub noworodka.

Jak wskazano w uzasadnieniu do tego projektu, ma on na celu rozszerzenie dostępności opieki okołoporodowej, w szczególności na obszarach powiatów, w których obecnie nie funkcjonują oddziały położniczo-ginekologiczne, a odległość do najbliższego świadczeniodawcy (szpitala) udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii w trybie hospitalizacji przekracza 25 km.

Powyższe rozporządzenie zmieniające zostało ogłoszone w Dzienniku Ustaw 16 stycznia 2026 r. i weszło w życie 31 stycznia 2026 r.

**Brak banków mleka  
w dwóch  
województwach**

W latach 2022–2025 (I półrocze), w Polsce funkcjonowało 16 banków mleka kobiecego. W 2023 r. utworzono bank mleka kobiecego w województwie podlaskim, natomiast zaprzestał działalności bank mleka kobiecego funkcjonujący w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. Do dnia zakończenia kontroli NIK nie utworzono banków mleka w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

W Ministerstwie podejmowano działania w celu uzupełnienia sieci banków mleka kobiecego o kolejne placówki. W *Programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026*, w działaniu 2.2.<sup>126</sup> zaplanowano finansowanie utworzenia banków mleka kobiecego w podmiotach leczniczych w tych województwach, w których placówki takie nie zostały dotychczas uruchomione, jak również dofinansowanie do zakupu sprzętu stanowiącego wyposażenie wszystkich funkcjonujących banków mleka kobiecego. W *Programie* przyjęto jako wskaźnik docelowy jego realizacji, wzrost do 19 liczby banków mleka kobiecego do 2026 r. (przy założeniu funkcjonowania co najmniej jednego banku w każdym województwie).

<sup>126</sup> Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.

Począwszy od 2023 r. w Ministerstwie corocznie ogłaszano konkursy na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026*, dla zadania: *Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego o województwa, w których banki mleka nie funkcjonują*. W wyniku przeprowadzonego w 2023 r. konkursu utworzono bank mleka w województwie podlaskim, natomiast w 2024 r., pomimo ogłoszenia dwóch kolejnych postępowań konkursowych, w żadnym z nich nie było zainteresowanych.

W związku z planowanym na 2025 r. ogłoszeniem kolejnego konkursu dot. utworzenia banków mleka kobiecego, Minister wystąpił 1 lipca 2024 r. do podmiotów leczniczych z województw świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego o przekazanie informacji na temat potencjalnego zainteresowania oraz możliwości utworzenia w 2025 r. banku mleka kobiecego<sup>127</sup>. Przedstawiciele jedyne go zainteresowanego podmiotu (szpital z województwa warmińsko-mazurskiego) na spotkaniu w Ministerstwie poinformowali o braku możliwości spełnienia wymagań niezbędnych dla utworzenia banku mleka kobiecego. W związku z tym odstąpiono od realizacji zadania.

Mając na uwadze brak zainteresowania podmiotów leczniczych z obszaru województw świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego utworzeniem i prowadzeniem banków mleka kobiecego NIK zauważa, że istnieje ryzyko nieosiągnięcia do końca 2026 r. – określonego w Programie – wskaźnika uzupełnienia sieci banków mleka do 19. W związku z powyższym NIK wskazuje również na potrzebę zintensyfikowania tych działań, w tym rozważenia możliwości wprowadzenia dodatkowych form wsparcia (także finansowego), zachęcających podmioty lecznicze do tworzenia banków mleka kobiecego.

NIK zwraca również uwagę, że w związku z regulacjami wynikającymi z unijnego rozporządzenia 2024/1938/UE z 13 czerwca 2024 r. w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi (tzw. rozporządzenie SoHO), do 7 sierpnia 2027 r. państwa członkowskie są zobowiązane do uchwalenia krajowych przepisów regulujących m.in. – wskazane w tym rozporządzeniu – zasady donacji i przechowywania mleka kobiecego. Wdrożenie tych zasad ma skutecznie zapobiegać przenoszeniu chorób oraz zapewnić jakość i bezpieczeństwo stosowanego produktu.

---

<sup>127</sup> Pismo kierowane do 13 świadczeniodawców prowadzących oddziały neonatologiczne o II lub III poziomie referencyjnym oraz prowadzących koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym.

**Pacjentki  
ze szczególnymi  
potrzebami  
- dostępność  
do świadczeń opieki  
okołoporodowej**

Przyjęcie nowych regulacji, z uwagi na rygorystyczne wymogi sanitarne i higieniczne, a także standardy ochrony dawców (w tym dawczyń mleka), może skutkować koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów przez banki mleka na sprzęt, wyposażenie i personel, co może tym bardziej zniechęcić podmioty lecznicze do prowadzenia banków mleka.

W latach 2022–2025 w Ministerstwie podejmowano działania służące poprawie dostępności opieki okołoporodowej dla pacjentek ze szczególnymi potrzebami (m.in. z niepełnosprawnościami i otyłością). Zagadnienia te znalazły odzwierciedlenie w realizowanych w Ministerstwie projektach i zadaniach, w tym:

- a. w Projekcie pn. *Dostępność Plus dla zdrowia* – realizowanym w latach 2019–2023. W ramach projektu opracowano *Standardy dostępności dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej* oraz przyznawano takim podmiotom granty na poprawę ich dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Wsparcie z tego Projektu otrzymały 272 placówki POZ oraz 78 szpitali. Środki były przeznaczane przede wszystkim na dostosowanie placówek do takich potrzeb (remont pomieszczeń i zakup niezbędnego sprzętu, w tym foteli ginekologicznych).
- b. w Projekcie telemedycznym pn. *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia*<sup>128</sup> – realizowanym w latach 2020–2024. Głównym zadaniem zrealizowanym w ramach projektu było opracowanie modeli telemedycznych w sześciu obszarach, m.in. w położnictwie. Rozwiązanie to zostało następnie przetestowane w ramach projektów pilotażowych. Model dla położnictwa był kierowany do kobiet będących w ciąży, mieszkających na obszarach położonych w znacznym oddaleniu od dużych miast i polegał na kompleksowym telemonitoringu w ramach opieki perinatalnej.
- c. w Projekcie pn. *Dostępność Plus dla AOS*<sup>129</sup>, który zakłada udzielenie wsparcia grantowego co najmniej 387 placówkom AOS. W ramach tego Projektu opracowano *Standardy Dostępności dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej*, które określały m.in. wytyczne dotyczące udzielania świadczeń dotyczących ginekologii i położnictwa pacjentkom z niepełnosprawnością wzroku, słuchu, niepełnosprawnością ruchową, niepełnosprawnością intelektualną lub w kryzysie zdrowia psychicznego. Pierwszy nabór wniosków dla placówek AOS ogłoszono w lipcu 2025 r.

<sup>128</sup> Projekt realizowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021.

<sup>129</sup> Projekt stanowi element wpisany w Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS).

d. w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, obejmującej realizację działania VI. 2.4. *Wypracowanie systemowych rozwiązań w zakresie zapewnienia dostępności usług ginekologiczno-położniczych dla kobiet z niepełnosprawnościami* – zadanie realizowane od września 2023 r. do listopada 2023 r. W ramach tego działania, w 2023 r. Minister zlecił agencji badawczej przeprowadzenie analizy potrzeb oraz dostępności do świadczeń ginekologiczno-położniczych dla kobiet z niepełnosprawnościami. Wyniki badania zawarto w opracowaniu *Analiza potrzeb oraz dostępności do świadczeń ginekologicznych i położniczych*. Celem tego badania była weryfikacja aktualnego stanu dostępności do tych świadczeń oraz opracowanie rekomendacji dotyczących dalszego postępowania, obejmującego wypracowanie standardów świadczeń ginekologicznych oraz położniczych dla kobiet z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Badanie przeprowadzono wśród świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie położnictwa i ginekologii.

Problem dostępności opieki okołoporodowej został również uwzględniony w nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W części XVII, dotyczącej zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, wskazano na konieczność zapewnienia przez podmioty lecznicze, udzielające świadczeń zdrowotnych, które obejmują opiekę okołoporodową, dostępu do świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami, w ramach wykonywanych przez nie świadczeń zdrowotnych (w tym na dostępność architektoniczną, cyfrową, informacyjno-komunikacyjną i sprzęt dostosowany do osób ze szczególnymi potrzebami).

**Powoływanie zespołów  
pomocniczych  
w sprawach opieki  
okołoporodowej**

W ramach prac nad zagadnieniami opieki okołoporodowej Minister Zdrowia, stosownie do art. 7 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów<sup>130</sup>, powoływał zespoły jako organy pomocnicze w sprawach należących do zakresu jego działania.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r.<sup>131</sup> powołany został Zespół do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego. Jego zadaniem było przeprowadzenie analizy obecnej sytuacji i przygotowanie rozwiązań systemowych dotyczących poprawy jakości poradnictwa laktacyjnego i wskaźników karmienia piersią. W czasie 17 spotkań Zespołu, które odbyły się w latach 2023–2024

<sup>130</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 780.

<sup>131</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 2).

(ostatnie posiedzenie odbyło się 27 marca 2024 r.) wypracowano propozycje systemowych rozwiązań poprawy jakości poradnictwa laktacyjnego, m.in.:

- wprowadzenie specjalistycznej porady laktacyjnej lekarza i położnej do świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – zgodnie z przygotowanym przez Zespół projektem karty świadczenia opieki zdrowotnej;
- zmiany w systemie monitorowania sposobu żywienia noworodków i niemowląt, prowadzonym w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej (zmiany w druku MZ/Szp-11 karta statystyczna szpitalna ogólna i zmiana w druku MZ-11 sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej polegające na raportowaniu informacji dotyczących pierwszego pokarmu, który otrzymał noworodek oraz informacji o sposobie żywienia noworodków podczas hospitalizacji).

Propozycje te zostały przekazane 28 marca 2024 r. Ministrowi Zdrowia wraz z rekomendacjami wypracowanymi przez stronę społeczną zespołu, które obejmowały m.in.:

- zmiany w standardach kształcenia kadry medycznej dotyczących laktacji,
- rozszerzenie uprawnień położnych,
- zmiany w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia szpitalnego,
- wzmocnienie praw kobiet karmiących piersią,
- wzmocnienie obostrzeń dotyczących zakazu reklamy preparatów początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego,
- wdrożenie działań promujących karmienie piersią.

Zarządzeniem z dnia 6 maja 2024 r.<sup>132</sup> Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Do zadań Zespołu należało opracowywanie propozycji działań dotyczących poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej.

Pierwsze posiedzenie Zespołu odbyło się 21 maja 2024 r., a do końca czerwca 2025 r. odbyło się łącznie osiem posiedzeń. W trakcie posiedzeń Zespół wypracował propozycje dotyczące m.in.:

- a) podstawy programowej edukacji zdrowotnej, które zostały przekazane do Międzyresortowego Zespołu ds. Edukacji Zdrowotnej celem

---

<sup>132</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 35, ze zm.).

rozważenia ich uwzględnienia w podstawie programowej przedmiotu edukacja zdrowotna,

b) ograniczenia liczby porodów rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego. W ramach proponowanych rozwiązań Zespół wskazał m.in. na potrzebę:

- podnoszenia świadomości o wskazaniach i ryzyku związanym z takimi porodami, poprzez uwzględnienie tej tematyki w ramach edukacji zdrowotnej w szkole, opieki przedkoncepcyjnej, edukacji przedporodowej kobiet w ciąży i osób bliskich oraz prowadzenia kampanii edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, dających jasny przekaz, że najlepszy dla kobiety i dziecka jest poród drogami natury;
- edukacji personelu medycznego na temat wskazań i różnych rodzajów ryzyka związanego z cesarskim cięciem, w tym o konieczności przekazywania kobietom pełnej informacji o tym zabiegu;
- ograniczenia liczby cesarskich cięć do przypadków wynikających ze wskazań medycznych;
- zwiększenia dostępu rodzących do znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie naturalnego porodu (analgezji regionalnej);
- zwrócenia szczególnej uwagi na kwalifikację pacjentek do przeprowadzenia pierwszego cięcia cesarskiego;
- promowanie porodów prowadzonych przez położne.

Do udziału w pracach tych zespołów zapraszani byli również przedstawiciele organizacji pozarządowych. Brali oni także udział w organizowanych przez Ministerstwo spotkaniach oraz posiedzeniach działającej przy Ministrze Zdrowia Rady Organizacji Pacjentów. Rada ta w latach 2022–2025 (do końca I półrocza) w ramach tematyki dotyczącej opieki okołoporodowej zajmowała się m.in. problematyką:

- zasiłku macierzyńskiego dla rodziców, którzy utracili dziecko w wyniku poronienia;
- zasiłków dla matek po niepowodzeniach położniczych niezależnie od możliwości ustalenia płci dziecka.

Jednym z efektów spotkania z organizacjami pozarządowymi było podjęcie w 2022 r. prac nad opracowaniem ogólnopolskiej ankiety dotyczącej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej. Projekt ankiety został przekazany do Centrum e-Zdrowia w celu zamieszczenia jej w Internetowym Koncie Pacjenta, jednak prace nad jej wdrożeniem zostały przerwane w 2023 r. i do dnia zakończenia kontroli NIK (listopad 2025 r.) nie zostały wznowione.

**Prace nad poprawą  
dostępności  
do znieczulenia  
zewnętrzno-ponowego  
w naturalnych porodach**

NIK wskazywała, że zaniechanie prac nad wdrożeniem ankiety dotyczącej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej, pozbawiło Ministra istotnego narzędzia informującego o aktualnych problemach opieki okołoporodowej zgłaszanych przez pacjentki, a także mogącego przedstawić bieżącą ocenę wprowadzanych rozwiązań dotyczących opieki okołoporodowej.

Stosownie do art. 20a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, każdy pacjent ma prawo do leczenia bólu. Szczegółowe regulacje obejmujące łagodzenie bólu porodowego wprowadzono w *Standardach opieki okołoporodowej* (Standard VII. *Łagodzenie bólu porodowego*). Ich celem było zapewnienie dostępności każdej rodzącej kobiecie do realizacji jej prawa do łagodzenia bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zachowaniem standardów należytej staranności opieki medycznej oraz dostępnych w danym podmiocie leczniczym metod łagodzenia tego bólu.

Dostęp do znieczulenia zewnętrzo-ponowego w poszczególnych województwach był zróżnicowany. W 2019 r.<sup>133</sup>, w skali kraju odsetek ten wyniósł 13,02%<sup>134</sup> (przy czym w województwie wielkopolskim – 0,65%, a w województwie łódzkim – 31,33%). Na koniec 2022 r. w kraju odsetek porodów ze znieczuleniem zewnętrzo-ponowym wyniósł 14,93% (najmniejszy w województwie wielkopolskim – 0,39%, największy w województwie mazowieckim – 37,73%). W 2023 r. krajowy odsetek porodów ze znieczuleniem zewnętrzo-ponowym wyniósł 17,9% (najmniejszy w województwie wielkopolskim – 0,71%, największy w województwie mazowieckim – 41,23%).

Na problem dostępności do tego rodzaju znieczulenia podczas porodów zwracał uwagę m.in. Rzecznik Praw Obywatelskich już w 2017 r.<sup>135</sup> oraz ponownie w 2023 r. wskazując w swoim wystąpieniu do Ministra Zdrowia<sup>136</sup>, że w 2022 r., w ponad połowie szpitali nie wykonano ani jednego znieczulenia zewnętrzo-ponowego w trakcie porodów, a w kolejnych kilkudziesięciu placówkach wykonano ich mniej niż 10. Ponadto analiza danych wojewódzkich wskazuje na znaczące terytorialne zróżnicowanie dostępu do omawianego świadczenia.

W efekcie prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac nad poprawą dostępności do znieczulenia zewnętrzo-ponowego, w 2024 r. wprowadzono zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych

---

<sup>133</sup> Pierwszy rok obowiązywania aktualnego Standardu opieki okołoporodowej. Stan na 31 grudnia 2019 r.

<sup>134</sup> Liczba wykonanych porodów drogami natury ze znieczuleniem w stosunku do liczby porodów drogami natury.

<sup>135</sup> Pismo z dnia 25.04.2017 r., V.7010.70.2016.EO.

<sup>136</sup> Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich znak V.7010.100.2023.ETP z dnia 21 sierpnia 2023 r.

z porodem zakończonym drogami natury<sup>137</sup>. Wprowadzono system premiowania mający na celu zwiększenie odsetka porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym, polegający na korygowaniu rozliczenia ustalonym współczynnikiem zależnym od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub, w uzasadnionych medycznie przypadkach, w znieczuleniu podpajęczynówkowym – w relacji do wszystkich porodów zakończonych drogami natury. Dla świadczeniodawców, u których udział takich porodów wynosi powyżej 10% ustalono współczynnik korygujący na poziomie 1,12; powyżej 20% – 1,19; a powyżej 35% – 1,21. Poza tym dla świadczeniodawców, którzy nie stosują znieczulenia do porodu lub u których odsetek porodów ze znieczuleniem jest niższy niż 5% w kwartale, ustalono współczynnik korygujący na poziomie 0,95.

Jednocześnie od 1 stycznia 2025 r. środki rozliczane z wykorzystaniem współczynnika dotyczącego porodów drogami natury z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego/podpajęczynówkowego (analgezji regionalnej) wypłacane są wyłącznie świadczeniodawcom, którzy w kwartale stanowiącym podstawę do wyliczenia współczynnika osiągnęli co najmniej 2% przyrost odsetka znieczuleń do porodów drogami natury, w stosunku do odsetka znieczuleń do porodów drogami natury, osiągniętego w kwartale poprzedzającym kwartał stanowiący podstawę do wyliczenia współczynnika (za wyjątkiem świadczeniodawców, którzy osiągnęli pułap 40% (tj. średni udział europejski porodów ze znieczuleniem) porodów drogami natury z zastosowaniem znieczulenia w kwartale poprzedzającym kwartał stanowiący podstawę do wyliczenia współczynnika).

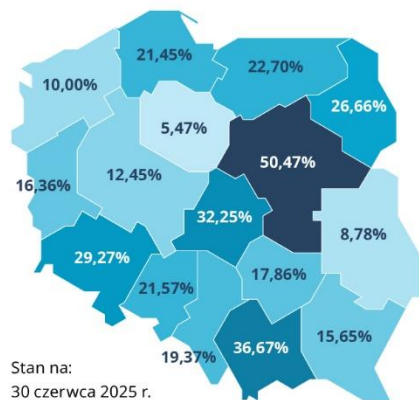
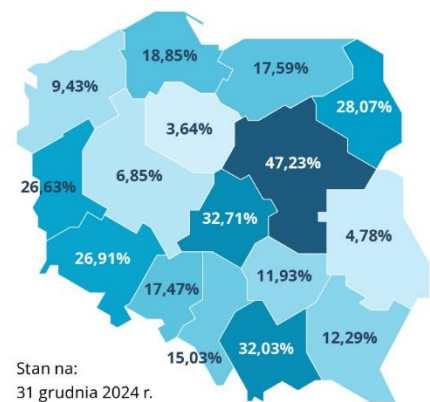
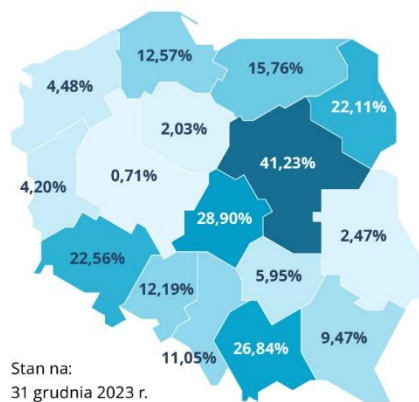
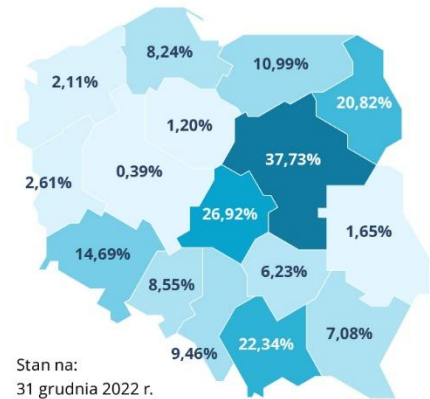
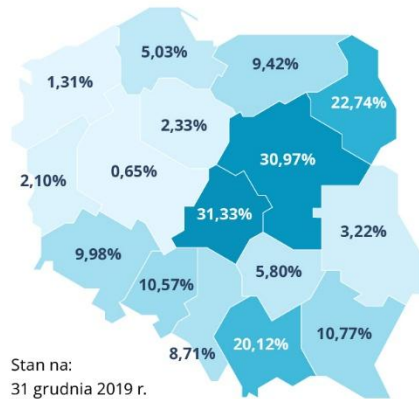
Po wprowadzeniu tych regulacji zwiększyła się liczba porodów, w których takie znieczulenie zostało zastosowane. Na koniec 2024 r. odsetek porodów ze znieczuleniem zewnątrzoponowym w Polsce wyniósł 22,72%, a na koniec pierwszego półrocza 2025 r. – 26,16%. Jednak w dalszym ciągu widoczne jest duże regionalne zróżnicowanie w tym zakresie. Podczas gdy w województwie mazowieckim w ponad połowie porodów naturalnych (50,47%) stosowano znieczulenie, to w województwie kujawsko-pomorskim i lubelskim odsetek ten nie przekroczył 10% (wyniósł odpowiednio 5,47% oraz 8,78%).

---

<sup>137</sup> Zmiany wprowadzone Zarządzeniem Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Infografika nr 2

Odsetek porodów naturalnych, w których w latach 2022–2025 (I półrocze) zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

NIK zwraca uwagę, że wcześniejsze wprowadzenie rozwiązań promujących znieczulenie zewnątrzoponowe mogło przynieść większy odsetek takich porodów już w I połowie roku 2025.

**Nieprawidłowości  
w edukacji  
i przekazywaniu  
informacji**

W Ministerstwie, w okresie objętym kontrolą, podejmowano różne zadania, które miały na celu prowadzenie edukacji i przekazywanie informacji dotyczących opieki okołoporodowej. W ramach tych zadań, m.in.:

- zamieszczano na stronie podmiotowej informacje obejmujące tematykę opieki okołoporodowej, w tym w zakładce *Świadoma, bezpieczna ja*<sup>138</sup>;
- w latach 2024–2025 wyemitowano na antenie TVP S.A. serię edukacyjnych audycji telewizyjnych pt. *ZdroWy Plan* (obejmującą zagadnienia dotyczące badań prenatalnych, standardów opieki okołoporodowej i przygotowania do ciąży) oraz pt. *Moje Zdrowie*, w ramach których poruszano również problematykę ciąży i opieki okołoporodowej;
- zorganizowano 22 listopada 2024 r., wspólnie z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, konferencję poświęconą realizacji i wdrażaniu nowych standardów opieki okołoporodowej.

Działania informacyjne i edukacyjne były realizowane również w ramach zadań wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025. Obejmowały one takie zagadnienia, jak promocja karmienia piersią oraz upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej.

W ramach realizacji zadania 5. *Promocja karmienia piersią*, celu operacyjnego 1 *Profilaktyka nadwagi i otyłości*, określonego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025, na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym<sup>139</sup>, w Ministerstwie Zdrowia ogłoszono konkurs na realizację zadania polegającego na:

- przeprowadzeniu kursu specjalistycznego dla położnych pn. *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji*, opracowanego w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w latach 2023–2025 dla co najmniej 2800 osób, na terenie co najmniej sześciu województw;
- dodruku i systematycznej dystrybucji w latach 2023–2025 poradnika *Karmienie piersią*, zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia do szpitali, w których funkcjonowały oddziały położniczo-ginekologiczne;
- prowadzeniu działań promujących karmienie piersią z okazji Światowego Tygodnia Karmienia Piersią w latach 2023–2025.

Umowa na realizację zadania została podpisana 22 sierpnia 2023 r.<sup>140</sup>, pomimo że konkurs został rozstrzygnięty 9 maja 2023 r.<sup>141</sup> Opóźnienie to

---

<sup>138</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczna-swiadoma-ja> (dostęp 5 stycznia 2026 r.).

<sup>139</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, ze zm.

<sup>140</sup> Umowa nr 6/1/85195/NPZ/2023/2136/939 zawarta z Centrum Medycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.

<sup>141</sup> Na powyższy problem NIK zwracała uwagę podczas kontroli P/24/082 Propagowanie i wdrażanie zdrowego odżywiania.

spowodowało, że nie zachowano terminów i zakresu zaplanowanych zadań, m.in.: [1] nie zrealizowano w 2023 r. zadań dotyczących promocji karmienia piersią podczas Światowego Tygodnia Karmienia Piersią oraz nie sporządzono i nie przekazano do Ministerstwa Zdrowia raportu z przeprowadzonych działań w ramach obchodów tego dnia; [2] w 2023 r. opóźniła się realizacja zadania, którego celem było przeprowadzenie kursu specjalistycznego, dotyczącego rekrutacji chętnych na szkolenia, organizowania takich szkoleń, przedstawiania harmonogramu szkoleń i przeprowadzania niektórych egzaminów.

Ponadto Minister Zdrowia<sup>142</sup> 10 czerwca 2025 r. zawarł z realizatorem tego zadania Aneks nr 2 do umowy, w którym zezwolił na zmniejszenie liczby przeszkolonych położnych z minimum 3301 do minimum 2328, dopuszczając tym samym do zmiany przedmiotu konkursu oraz stwarzając realne ryzyko niezrealizowania jednego z trzech celów głównych ogłoszonego konkursu (realizacja kursu specjalistycznego *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji* dla co najmniej 2800 położnych).

W zadaniu polegającym na upowszechnianiu rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej (zadanie 2 cel operacyjny 5 *Wyzwania demograficzne*) Minister Zdrowia jako cel główny wskazał: *wyposażenie kobiet w okresie ciąży w wiedzę o organizacji opieki okołoporodowej oraz o przysługujących prawach w tym szczególnym okresie*.

Wybrany w konkursie realizator tego zadania miał zapewnić opracowanie informatora skierowanego do kobiet w ciąży, przedstawiającego w przystępny sposób wiedzę o standardach organizacyjnych opieki okołoporodowej, a także wydrukowanie i upowszechnianie tej publikacji. Zadanie to, zgodnie z ogłoszeniem, obejmowało:

- w 2023 r. – opracowanie informatora skierowanego do kobiet w ciąży, promocję opracowanego informatora oraz zapewnienie wydruku i dystrybucji 160 tys. sztuk tego opracowania do świadczeniodawców, którzy mieli umowę z NFZ na udzielanie porad specjalistycznych w zakresie położnictwa i ginekologii oraz do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w celu przekazania opracowania położnym podstawowej opieki zdrowotnej;
- w latach 2024–2025 – sukcesywny dodruk informatora w nakładzie 185 tys. szt. rocznie i jego dystrybucję na zasadach określonych w 2023 r.

---

<sup>142</sup> Reprezentowany przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego koordynującego pracę Departamentu Równości w Zdrowiu.

Postanowienia umowy były zmieniane w trakcie jej realizacji dwukrotnie. Zmiany dotyczyły m.in. korekty wartości docelowej planowanego poziomu osiągnięcia wskaźnika rezultatu dotyczącego liczby rozdyskrebowanych egzemplarzy informatora początkowo z 530 tys. szt. do 370 tys. szt. (aneks nr 1), a następnie – aneksem nr 2 – z 370 tys. szt. do 260 tys. szt. Zmniejszono tym samym wartość tego wskaźnika w porównaniu do pierwotnych założeń wskazanych w ogłoszeniu o konkursie o 49%.

Zgodnie z przedkładanymi przez realizatora projektu sprawozdaniami merytorycznymi za 2023 r. i 2024 r., wykonawca zadania:

- a) w 2023 r. nie zakończył działania polegającego na opracowaniu informatora skierowanego do kobiet w okresie ciąży, a w związku z powyższym nie zrealizował działania polegającego na wydruku i dystrybucji 160 tys. szt. tego opracowania;
- b) w 2024 r. zakończył proces opracowywania informatora (I kwartał 2024 r.), 21 lutego 2024 r. rozpoczął dystrybucję tego opracowania, jednak spośród 160 tys. egzemplarzy, które miały zostać przekazane do wskazanych w umowie podmiotów już w 2023 r., a do końca 2024 r. przekazano jedynie 131 479 szt. oraz przeprowadził kampanię promocyjną dotyczącą informatora.

## 5.2. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W PODMIOTACH LECZNICZYCH PROWADZĄCYCH ODDZIAŁY GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZE I NEONATOLOGICZNE

---

### 5.2.1. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

---

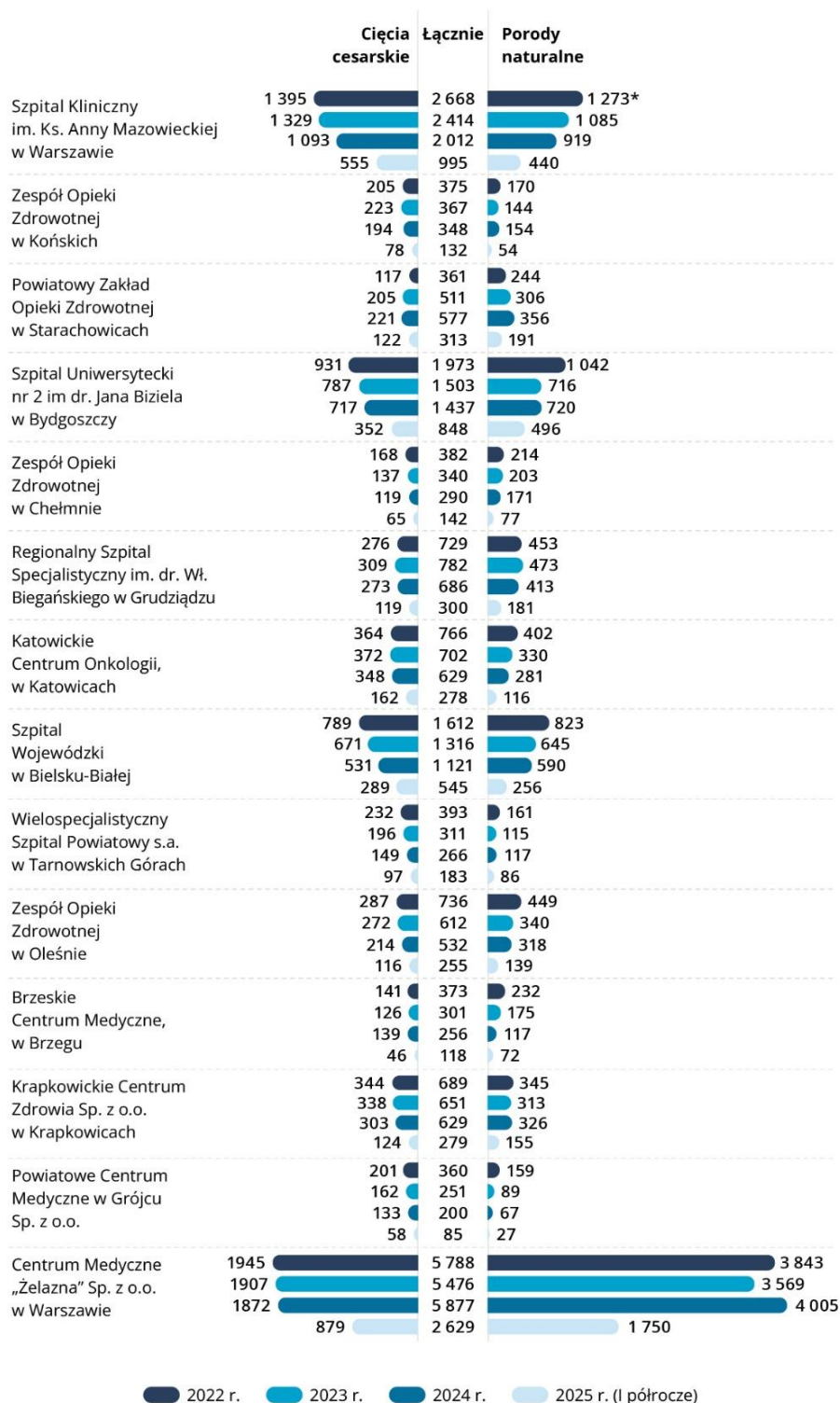
**Zróżnicowana skala działalności oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych**

Cztery szpitale, spośród 14 skontrolowanych, miały III poziom referencyjności, siedem – II, a pozostałe trzy – I poziom. W tych szpitalach, w latach 2022–2025 (I półrocze), przeprowadzono łącznie 54,7 tys. porodów, z czego 30,9 tys. (56,5%) stanowiły porody naturalne, a 23,8 tys. (43,5%) porody zakończone drogą cesarskiego cięcia. Liczba porodów w skontrolowanych szpitalach zmniejszała się w każdym kolejnym roku. W 2022 r. przeprowadzono 17,2 tys. porodów, w 2023 r. – 15,5 tys. porodów, w 2024 r. – 14,9 tys. porodów, a w I połowie 2025 r. – 7,1 tys. porodów. Przy czym w okresie objętym kontrolą największą liczbę porodów (5877) odnotowano w 2024 r. w Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, a najmniejszą (200) w 2024 r. w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu.

W tym samym okresie, w skontrolowanych Szpitalach urodziło się łącznie 55,7 tys. noworodków, z czego w 2022 r. – 17,6 tys., w 2023 r. – 15,8 tys., w 2024 r. – 15,1 tys., a w I połowie 2025 r. – 7,2 tys. noworodków.

## Infografika nr 3

Liczba porodów ogółem wraz z podziałem na porody zakończone drogą naturalną oraz cesarskim cięciem



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### Wysoki odsetek porodów w drodze cięcia cesarskiego

W skontrolowanych podmiotach odnotowano zróżnicowany – choć wysoki odsetek porodów w drodze cięcia cesarskiego. W latach 2022–2025 (I półrocze) najwyższy odsetek porodów rozwiązywanych w drodze cięcia cesarskiego odnotowano w PCM w Grójcu – 61,8%, a najmniejszy w CM

„Żelazna” w Warszawie – 33,4%. W pięciu skontrolowanych szpitalach<sup>143</sup> ponad 50% porodów odbyło się poprzez cięcie cesarskie. Z powyższego wynika, że na wysoką liczbę cięć cesarskich nie miał wpływu poziom referencyjny szpitala, pomimo że do szpitali III stopnia referencji trafia najczęściej pacjentek z ciążą zagrożoną. Wśród przyczyn tak wysokiego odsetka cięć cesarskich najczęściej wskazywano: hospitalizację pacjentek z licznymi chorobami współistniejącymi (np. przewlekłe nadciśnienie tętnicze, otyłość), ciążę wysokiego ryzyka (np. ciążę bliźniaczą, wcześniactwo, ograniczenie wzrastania płodu, stan przedrzucawkowy), wiek matek, obawy kobiet przed bólem porodowym (rozpowszechnienie wskazań psychiatrycznych). NIK wskazuje na potrzebę poprawy edukacji kobiet ciężarnych dotyczącej zagrożeń wynikających z rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie.

**Wewnętrzne zasady  
opieki okołoporodowej  
– zwykle prawidłowo  
opracowane  
i realizowane**

We wszystkich skontrolowanych szpitalach opracowano i wprowadzono wewnętrzne regulacje dotyczące sprawowania opieki okołoporodowej. Obowiązujące procedury i instrukcje obejmowały wytyczne, zasady, rekomendacje i instrukcje dotyczące sprawowania opieki nad pacjentkami i noworodkami, w tym m.in.:

- uzyskiwanie zgód i upoważnień od pacjentki,
- przeprowadzenie badań przesiewowych u noworodka,
- prowadzenie i zawartość dokumentacji medycznej pacjentki i noworodka,
- zasady opieki nad pacjentką i noworodkiem,
- wsparcie psychiczne pacjentek,
- postępowanie z pokarmem kobiecym po porodzie u pacjentki, która nie może karmić piersią,
- zasady stosowania preparatów początkowego żywienia niemowląt.

W pięciu szpitalach, spośród 14 skontrolowanych, stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- niewskazania w procedurze opieki porodowej osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentką w II oraz III fazie porodu (Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy);
- niedostosowania treści procedur do obowiązujących aktów prawnych oraz regulaminu organizacyjnego szpitala (Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Krapkowicach);
- niezapoznania całego personelu medycznego (lekarze, położne, pielęgniarki) udzielającego świadczeń opieki okołoporodowej z treścią obowiązujących dokumentów<sup>144</sup>.

<sup>143</sup> ZOZ w Końskich, Szpital Kliniczny w Warszawie, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>144</sup> PZOZ w Starachowicach, ZOZ w Chełmnie oraz Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej.

**Liczne  
nieprawidłowości  
w opracowaniu  
i wdrożeniu trybu  
postępowania  
w łagodzeniu bólu  
porodowego**

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w części VII ust. 4 *Standardu opieki okołoporodowej*, w podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą, opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający dostępne w szpitalu metody łagodzenia bólu porodowego oraz wskazania zawarte w ust. 1–3 i 7–24, w tym m.in.:

- przekazanie rodzącej, w sposób dla niej zrozumiały, informacji o metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w danym szpitalu,
- uzgodnienie z rodzącą sposobu postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego,
- uwzględnienie różnych metod łagodzenia bólu porodowego (farmakologicznych oraz nefarmakologicznych),
- spełnienie dodatkowych wymogów podczas stosowania analgezji wziewnej, regionalnej i miejscowej oraz stosowanie opioidów.

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, stosownie do wytycznych zawartych w części VII ust. 5 i 6 *Standardu opieki okołoporodowej*, powinien zostać zaakceptowany przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli nie jest on lekarzem, przez jego zastępcę do spraw medycznych. Z dokumentem powinien zapoznać się personel medyczny (lekarze, położne i pielęgniarki) udzielający świadczeń zdrowotnych w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (potwierdzając to podpisem).

Opóźnienie w opracowaniu takiego dokumentu stwierdzono w jednym szpitalu<sup>145</sup>, spośród 14 skontrolowanych, w którym taki dokument zaczął obowiązywać od 21 czerwca 2024 r. W ośmiu jednostkach (54%)<sup>146</sup>, obowiązujący tryb łagodzenia bólu porodowego nie uwzględniał niektórych wytycznych określonych w *Standardzie opieki okołoporodowej*. W czterech szpitalach (29%)<sup>147</sup> dokument podpisały osoby nieuprawnione, a w dziewięciu (64%)<sup>148</sup> z jego postanowieniami nie zapoznał się cały personel medyczny udzielający świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej.

<sup>145</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>146</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, BCM w Brzegu oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>147</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu oraz BCM w Brzegu.

<sup>148</sup> ZOZ w Końskich, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, ZOZ w Oleśnie, BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

### Przykłady

W **PZOZ w Starachowicach** tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego opracowano i wprowadzono 21 czerwca 2024 r., tj. z pięcioletnim opóźnieniem od wejścia w życie *Standardu opieki okołoporodowej*

W **Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy** od 1 stycznia 2022 r. obowiązywał dokument pn. *Postępowanie medyczne w zakresie łagodzenia bólu porodowego*. Nie został on jednak zatwierdzony przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jego zastępcę do spraw medycznych (jeżeli kierownik nie jest lekarzem), wobec czego nie można uznać, że został zaakceptowany stosownie do wskazania określonego w części VII ust. 5 *Standardu opieki okołoporodowej*. Ustalono ponadto, że 92 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa, a także pracownicy Kliniki Neonatologii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii nie zapoznało się z tym dokumentem, co stanowiło naruszenie wytycznych zawartych w części VII ust. 6 *Standardu opieki okołoporodowej*.

#### Określenie i monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w części I ust. 2 *Standardu opieki okołoporodowej*, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1 oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników powinien określać, zgodnie z zapisem zawartym w ust. 3 części I *Standardu*, regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W jednym szpitalu<sup>149</sup>, spośród 14 skontrolowanych, w okresie objętym kontrolą nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej. W kolejnych dwóch szpitalach wskaźniki takie ustalono dopiero w styczniu 2024 r.<sup>150</sup> oraz w lipcu 2025 r.<sup>151</sup>

W regulaminach organizacyjnych sześciu skontrolowanych podmiotów<sup>152</sup> określono sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników. W kolejnych pięciu szpitalach<sup>153</sup>,

<sup>149</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy.

<sup>150</sup> PCM w Grójcu.

<sup>151</sup> BCM w Brzegu.

<sup>152</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, CM „Żelazna” w Warszawie, Katowickie Centrum Onkologii, ZOZ w Oleśnie oraz KCZ w Krapkowicach.

<sup>153</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

w regulaminach nie zamieszczono wymaganych zapisów, a w pozostałych trzech wprowadzono zapisy takie zostały wprowadzone, ale nie obowiązywały w całym okresie objętym kontrolą (dwa szpitale<sup>154</sup>) lub nie został określony sposób dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej (jeden szpital<sup>155</sup>). W dwóch szpitalach<sup>156</sup>, w żaden sposób nie dokumentowano procesu analizy poziomu realizacji przyjętych wskaźników. W PZOZ w Starachowicach nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej w ustalonym terminie. Nieustalenie wskaźników lub ich nierzetelne ustalenie albo ich niemonitorowanie, uniemożliwia systematyczną i prawidłową analizę opieki okołoporodowej, w szczególności w obszarach problematycznych dla danej jednostki.

#### Dostępność personelu medycznego

W większości oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych skontrolowanych szpitali zapewniono personel medyczny wymagany dla poziomu referencyjnego tych jednostek<sup>157</sup>, w wymiarze i o kwalifikacjach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia lekarzy neonatologów<sup>158</sup> i pielęgniarek lub położnych<sup>159</sup> oraz brakiem dokumentów jedenastu lekarzy, potwierdzających uprawnienia do realizacji świadczeń zdrowotnych na Oddziale Noworodkowym<sup>160</sup>.

#### Przykłady

**W Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach,** w Oddziale Neonatologicznym, w lutym 2023 r. nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii, tj. co najmniej 1 etatu specjalisty w dziedzinie neonatologii (nie dotyczy dyżuru medycznego). W tym miesiącu wymiar etatu lekarza specjalisty w dziedzinie neonatologii wyniósł 0,76 etatu. Było to niezgodne z wymaganiami określonymi

<sup>154</sup> W ZOZ w Końskich sposób dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej został określony dopiero 4 czerwca 2024 r. W PZOZ w Starachowicach w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. regulamin organizacyjny nie zawierał ww. zapisów.

<sup>155</sup> Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach.

<sup>156</sup> Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej.

<sup>157</sup> Ustaleń dokonano na podstawie próby kontrolnej personelu medycznego udzielającego świadczeń w kontrolowanych jednostkach w lutym i sierpniu w latach 2022/2024 (łącznie sześć miesięcy).

<sup>158</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>159</sup> ZOZ w Oleśnie.

<sup>160</sup> Dotyczy lekarzy udzielających świadczeń w Oddziale Noworodkowym w ZOZ w Chełmnie na podstawie umowy zawartej 27 grudnia 2021 r. ze spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bydgoszczy.

w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie**, w lutym i sierpniu 2024 r. stan zatrudnienia położnych lub pielęgniarek na Oddziale Noworodkowym wynosił 12 etatów, co było niezgodne z przyjętą minimalną normą zatrudnienia dla tego Oddziału, wynikającą z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w którym określono warunki szczegółowe, jakie powinny spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji, w zakresie neonatologii, w placówce pierwszego poziomu referencji. Zgodnie z tym dokumentem minimalna norma wynosiła 12,8 etatów.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach zatrudniano co najmniej jednego psychologa, który był dostępny dla pacjentów, jak również personelu medycznego. W 10 skontrolowanych szpitalach<sup>161</sup> dostępni byli psycholodzy o specjalizacji z psychologii klinicznej (dziewięć szpitali) oraz psychoonkologii, psychoterapii, psychologii zdrowia oraz społecznej psychologii klinicznej (po jednym szpitalu). W pozostałych czterech jednostkach porad udzielali psycholodzy bez specjalizacji, a w **Regionalnym Szpitalu w Grudziądzu** żaden z 15 psychologów wykonujących zadania na rzecz Szpitala nie miał bezpośrednio przypisanego (dokładnie wskazanego) obowiązku świadczenia usług medycznych na oddziale położniczym, co było niezgodne z załącznikiem 3 pkt 38 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

Pacjentkom przebywającym we wszystkich skontrolowanych szpitalach zapewniono dostęp do porad laktacyjnych udzielanych przez położne. Jednak jedynie w ośmiu z nich<sup>162</sup>, świadczenia te były realizowane przez certyfikowanych doradców laktacyjnych, legitymujących się certyfikatami międzynarodowymi IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) lub krajowymi CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny). W pozostałych szpitalach porad takich udzielały położne, które ukończyły inne kursy specjalistyczne i szkolenia.

<sup>161</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, CM „Żelazna” w Warszawie, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu oraz PCM w Grójcu.

<sup>162</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

W skontrolowanych szpitalach był spełniony warunek obecności anestejzologa, zgodnie z wymaganiami dla poszczególnych poziomów referencyjności określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. W jednym z oddziałów pierwszego poziomu referencyjności<sup>163</sup> stwierdzono, że w soboty i niedziele oraz w dni powszednie w godzinach popołudniowo-nočných (od 15:00 do 07:00) nie zapewniono w lokalizacji stałej obecności lekarza anestejzologa<sup>164</sup>, pomimo że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach tego wymagało (załącznik nr 3 Część I poz. 37 „Organizacja udzielania świadczeń” pkt 3). W tym czasie dyżur w Szpitalu pełnił tylko jeden lekarz anestejzolog, a taka obsada była niewystarczająca dla zapewnienia stałej dostępności świadczeń z zakresu anestejzji dla Oddziału Gin.-Poł.

**Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych**

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą zobowiązany jest do ustalenia i stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Normy te ustala kierownik danego podmiotu po zasięgnięciu opinii:

- kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym;
- przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

Spośród 10 objętych kontrolą szpitali niebędących przedsiębiorcami, dyrektor jednego z nich<sup>165</sup>, do 31 grudnia 2024 r. nie ustalił minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W kolejnych czterech podmiotach leczniczych wprowadzono takie normy, jednak podczas ich opracowywania nie zasięgnięto opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych i/lub kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym. W pozostałych pięciu podmiotach leczniczych prawidłowo określono i przestrzegano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

**Czas pracy lekarzy**

Co do zasady przestrzegano uregulowań dotyczących czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 93 (i następnych) ustawy o działalności leczniczej. W dwóch szpitalach<sup>166</sup> stwierdzono naruszenie tych przepisów, które polegały na tym, że w dwunastu przypadkach lekarze tam pracujący nie mieli zapewnionego

<sup>163</sup> ZOZ w Chełmnie.

<sup>164</sup> Na podstawie próby wybranych miesięcy w latach 2022–2025.

<sup>165</sup> Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej.

<sup>166</sup> BCM w Brzegu oraz PCM w Grójcu.

nieprzerwanego odpoczynku w wymiarze 11 godzin po zakończonym dyżurze medycznym (art. 97 ust. 1 i 2 ustawy). Natomiast w kolejnym szpitalu, w 18 przypadkach lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę na Oddziale Neonatologicznym świadczyli pracę bez zachowania 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu. Powyższe było niezgodne z art. 97 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Analogiczne przepisy, dotyczące nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, zawierają art. 133 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy.

We wszystkich 14 skontrolowanych podmiotach leczniczych nieprzerwany czas pracy lekarzy, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych<sup>167</sup>, przekraczał 24 godziny i wynosił nawet 96 godzin (łącznie w 719 przypadkach). Przy czym największą liczbę przypadków stwierdzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziała w Bydgoszczy (142), w Centrum Medycznym „Żelazna” w Warszawie (94) oraz w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu (80).

NIK zwraca uwagę, że praca lekarzy trwająca nieprzerwanie ponad 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy w danej jednostce i budzić uzasadnione wątpliwości, co do jakości opieki medycznej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego przebywających na oddziałach pacjentek i samych lekarzy.

**Nieaktualizowanie wykazu personelu medycznego**

W sześciu szpitalach (43%), spośród 14 skontrolowanych, personel udzielający świadczeń medycznych był uwzględniony w wykazie personelu szpitala, stanowiącym załącznik do umowy zawartej przez jednostkę z NFZ, a zmiany w wykazie były na bieżąco zgłaszane za pomocą portalu SZOI<sup>168</sup>. W pozostałych ośmiu szpitalach stwierdzono przypadki nierzetelnego zgłaszania zmian dotyczących personelu medycznego, wykonującego usługi medyczne do właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego NFZ. Opóźnienia w zgłoszeniach zmian w harmonogramie wyniosły w skrajnym przypadku 2127 dni i dotyczyły:

- wykazywania osób, które nie udzielały świadczeń medycznych,
- braku wskazania osób, które udzielały faktycznie świadczeń medycznych,

<sup>167</sup> Ustalenia na podstawie próby kontrolnej obejmującej lekarzy udzielających świadczeń medycznych w lutym i sierpniu w latach 2022–2024 (łącznie sześć miesięcy).

<sup>168</sup> System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal służący do wymiany informacji między świadczeniodawcą a Oddziałem NFZ.

Powyższe było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, zgodnie z którym, zgłaszanie zmian w harmonogramie powinno nastąpić najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

### Przykłady

W **Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu**, w przypadku 14 osób, z 41 objętych badaniem, faktyczna data rozpoczęcia lub zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych była inna od daty wskazanej w systemie SZOI lub zakończenie udzielania świadczeń w ogóle nie zostało odnotowane w systemie SZOI. Stwierdzone przypadki dotyczyły:

- sześciu osób, dla których zgłoszenie zakończenia udzielania przez nich świadczeń medycznych odbiegało od jego faktycznego zaprzestania. Różnice wyniosły od 30 do 2120 dni;
- trzech osób, dla których wykazywane rozpoczęcie świadczenia usług medycznych odbiegało od ich faktycznego rozpoczęcia. Rozbieżności mieściły się w przedziale od 25 do 304 dni;
- pięciu osób, dla których wykazywano w systemie SZOI udzielanie przez nie świadczeń medycznych, pomimo że faktycznie nie wykonywali już tych usług. Różnice wyniosły od 599 do 1025 dni.

W **Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach** do 18 lipca 2025 r. (tj. przez 2127 dni) wykazywano w wykazie personelu, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ pn. Harmonogram/Zasoby, lekarza neonatologa, który przeszedł na emeryturę 21 września 2019 r.

### Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

W niemal wszystkich skontrolowanych szpitalach oddziały ginekologiczno-położnicze wyposażono w sprzęt i aparaturę medyczną wymaganą rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach oraz *Standardem opieki okołoporodowej*. Nieprawidłowość, którą stanowił brak kolposkopu, stwierdzono w jednej z kontrolowanych jednostek<sup>169</sup>.

Większość skontrolowanych oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych była wyposażona w sprzęt dostosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30. Były to m.in. odpowiednie łóżka porodowe, fotele ginekologiczne, wózki oraz wagi. Jedynie oddział położniczo-ginekologiczny PZOZ w Starachowicach nie był wyposażony w taki sprzęt, a w BCM w Brzegu nie zapewniono wagi dla osób ze specjalnymi potrzebami.

<sup>169</sup> ZOZ w Oleśnie.

Jedynie w pięciu skontrolowanych szpitalach (36%) przestrzegano zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej. W pozostałych dziewięciu podmiotach stwierdzono odstępstwa od tego obowiązku, przy czym opóźnienie wynosiło od trzech do 1415 dni. Dodatkowo w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej do czasu przeglądu technicznego nie wycofano z użytkowania sprzętu, który nie miał potwierdzenia sprawności technicznej (aparat usg oraz zestaw do histeroskopii i laparoskopii).

NIK zwraca uwagę, że lekceważenie obowiązku wykonywania przeglądów aparatury medycznej w wymaganym terminie oraz wykorzystywanie sprzętu bez potwierdzenia jego sprawności technicznej, może mieć wpływ na zdrowie, bezpieczeństwo pacjentów i dokładność wykonywanych badań.

### Przykłady

W **Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu**, w latach 2022–2025 nie przeprowadzono, w terminach ustalonych w paszportach technicznych, 16 okresowych przeglądów w przypadku 15 urządzeń medycznych, z 26 objętych badaniem. Opóźnienia wyniosły od 24 do 1415 dni.

W **Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej** na oddziale ginekologiczno-położniczym aparat USG oraz zestaw do laparoskopii i histeroskopii (do zab. ginekolog.) nie zostały wycofane z użytkowania pomimo braku potwierdzenia ich sprawności technicznej.

W czterech szpitalach stwierdzono, że wbrew wymogom wynikającym z umów zawartych z NFZ, w jednostkach nie aktualizowano w systemie SZOI danych dotyczących potencjału wykonawczego sprzętu medycznego. Stwierdzone przypadki dotyczyły:

- braku niewycofania sprzętu wyłączzonego z użytkowania<sup>170</sup>, z wykazu, stanowiącego załącznik do umowy z NFZ;
- niewykazania w wykazie sprzętu wykorzystywanego w kontrolowanych oddziałach<sup>171</sup>.

### Dostęp do badań i procedur medycznych

W skontrolowanych szpitalach zapewniano dostęp do badań i procedur medycznych zgodnie z ich poziomem referencji zarówno dla oddziałów ginekologiczno-położniczych, jak i neonatologicznych.

<sup>170</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Chełmnie.

<sup>171</sup> PZOZ w Starachowicach, ZOZ w Końskich.

**Zapewnienie  
odpowiednich warunków  
w pomieszczeniach  
szpitali**

Wyjątek stanowił ZOZ w Chełmnie, w którym w całym okresie objętym kontrolą nie zapewniano dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych, wymienionych w pkt 37 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Umowa zawarta przez szpital z podmiotem zewnętrznym na badania histopatologiczne materiału tkankowego nie obejmowała bowiem takich badań.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te dotyczą warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych. Szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą zostały określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

Połowa skontrolowanych szpitali (siedem) zapewniała pacjentkom i noworodkom warunki zgodne w tymi wymogami. W pozostałych siedmiu jednostkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- urządzeniu pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” niezgodnie z częścią III ust. 1 pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń. W trzech szpitalach<sup>172</sup> część pokoi była przeznaczona dla więcej niż dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, a w jednym niektóre z pokoi nie były wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka<sup>173</sup>;
- braku w sali porodowej do cięć cesarskich stanowiska do resuscytacji noworodka, co było niezgodne z częścią IV ust. 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń<sup>174</sup>;
- braku pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część II, pkt 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń<sup>175</sup>;
- braku śluzu umywalkowo-fartuchowej przed wejściem na salę intensywnej opieki noworodka, pomimo że taki wymóg wynikał z załącznika 1 cz. III pkt 2 do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń<sup>176</sup>;

<sup>172</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Szpital Kliniczny w Warszawie oraz BCM w Brzegu.

<sup>173</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy.

<sup>174</sup> Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach.

<sup>175</sup> PZOZ w Starachowicach oraz PCM w Grójcu.

<sup>176</sup> PCM w Grójcu.

- niewyodrębnieniu pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy, co było niezgodne z załącznikiem Nr 1 część IV ust. 4 rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń<sup>177</sup>;

We wszystkich szpitalach, zgodnie z art. 20 i 22 ustawy o prawach pacjenta, sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poszanowanie prawa godności i intymności, przede wszystkim poprzez wyposażenie sal pacjentek w parawany i zasłony, a gabinetów zabiegowych/pokoi badań dodatkowo poprzez umieszczenie informacji o trwającym badaniu, w tym również stosowaniu kontroli dostępu do tych pomieszczeń. Wyjątek stanowił ZOZ w Końskich, w którym stanowiska w wielostanowiskowej sali porodowej były od siebie oddzielone jedynie materiałową przesuwaną roletą. Taki sposób zorganizowania stanowisk porodowych nie zapewniał rodzącym kobietom warunków pełnej intymności i godności, ponieważ nie zapobiegał nie tylko przed kontaktem z innymi pacjentkami, ale także z osobami im towarzyszącymi.

**Przestrzeżenie zakazu  
prowadzenia działań  
reklamowych  
i marketingowych**

W większości skontrolowanych szpitali (w 12) przestrzegano, zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (cz. XIII pkt 3 ppkt 10), zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Przestrzegano również wymogów wynikających z art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia<sup>178</sup>, zgodnie z którą zabronione było: [1] reklamowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt w miejscach ich sprzedaży, [2] prowadzenie działalności promocyjnej zachęcającej do nabycia preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, takiej jak rozdawanie próbek, specjalne wystawy, kupony rabatowe, premie, specjalne wyprzedaże i sprzedaż wiązana, [3] oferowanie lub dostarczanie przez producentów lub dystrybutorów preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt, ich próbek lub innych przedmiotów tego typu o charakterze promocyjnym – konsumentom, w tym przede wszystkim kobietom ciężarnym, rodzicom niemowląt lub członkom ich rodzin, bezpośrednio lub za pośrednictwem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, bezpłatnie lub po obniżonej cenie.

---

<sup>177</sup> ZOZ w Końskich.

<sup>178</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1448.

W toku kontroli NIK, w szpitalach nie stwierdzono przypadków zamieszczania w pomieszczeniach kontrolowanych jednostek plakatów, broszur, ulotek lub innych materiałów reklamowych i promocyjnych wskazujących producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Również tzw. pudełka z wyprawkami oraz materiały przekazywane pacjentkom przy wypisie ze szpitala nie zawierały takich informacji (książeczki zdrowia dziecka, broszury informacyjne).

W dwóch skontrolowanych szpitalach stwierdzono, że:

- w dwóch przypadkach w epikryzach przekazanych matkom przy wypisie dzieci ze szpitala podano informacje zawierające nazwy konkretnych marek preparatów do początkowego żywienia dzieci, co w ocenie NIK stało w sprzeczności ze wskazaniami zawartymi w *Standardzie opieki okołoporodowej* (PCM w Grójcu);
- w działającej w szpitalu szkole rodzenia rozdawano ich uczestniczkom, smoczki i butelki do karmienia oraz ulotki reklamujące smoczek, a Książeczkę Zdrowia Dziecka uzupełniano wkładką (ulotką) zawierającą informację o produktach żywienia niemowląt, co było niezgodne z art. 25 ust. 2 pkt 2 w zw. z ust. 1 i 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Regionalny Szpital w Grudziądzu).

We wszystkich skontrolowanych oddziałach położniczych i neonatologicznych preparaty początkowego żywienia niemowląt oznaczone były nazwą handlową producenta.

#### Zaopatrzenie w preparaty początkowego żywienia niemowląt

W skontrolowanych Szpitalach, w okresie objętym kontrolą, zakupiono różną liczbę preparatów początkowego żywienia niemowląt. Uwagę zwraca duże zróżnicowanie ceny zakupu, tj. od poniżej jednego grosza<sup>179</sup> do 16 zł<sup>180</sup> za sztukę.

#### Przykłady

W **Katowickim Centrum Onkologii** koszty zakupu preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyniosły w 2022 r. 4,40 zł brutto za 6,8 tys. szt. preparatów mlekozastępczych, w 2023 r. 15,36 zł brutto za 5,96 tys. szt., w 2024 r. 162,5 zł brutto za 5,02 tys. szt., a w I półroczu 2025 r. 15,95 zł brutto za 2,16 tys. szt. preparatów mlekozastępczych.

W **Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im dr. Jana Biziela w Bydgoszczy** w okresie 2022–2025 (I półroczu) zakupiono łącznie 80 520 szt. preparatów do początkowego żywienia niemowląt siedmiu marek

<sup>179</sup> Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>180</sup> ZOZ w Końskich.

za łączną kwotę 1,5 tys. zł. Koszty i liczebność zakupionych preparatów wyniosły: w 2022 r. – 23 280 szt. za 0,5 tys., w 2023 r. – 17 840 szt. za 0,3 tys. zł, w 2024 r. – 16 880 szt. za 0,3 tys. zł oraz w 2025 r. (I półrocze) – 22 520 szt. za 0,3 tys. zł.

W sześciu szpitalach<sup>181</sup>, spośród 14 skontrolowanych, uzupełnieniem zakupionych przez jednostki preparatów początkowego żywienia były produkty przekazane w formie darowizn od producentów tych preparatów. Liczba uzyskanych w taki sposób preparatów wahała się od 1440 szt.<sup>182</sup> do 5728 szt.<sup>183</sup>. W niektórych szpitalach, w okresie objętym kontrolą, te darowizny stanowiły 54%<sup>184</sup> oraz 59%<sup>185</sup> wszystkich preparatów przeznaczonych dla niemowląt (wraz z zakupionymi przez placówki).

Skontrolowane Szpitale, w okresie objętym kontrolą, dysponowały różną liczbą preparatów przeznaczonych do początkowego żywienia niemowląt. NIK zwraca uwagę na duże dysproporcje pomiędzy liczbą takich preparatów, a liczbą dzieci urodzonych w poszczególnych szpitalach<sup>186</sup>:

- a) w ZOZ w Końskich (II stopień referencyjności) w okresie objętym kontrolą urodziło się 1227 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła 254 szt. preparatów początkowego żywienia;
- b) w KCZ w Krapkowicach w okresie objętym kontrolą urodziło się 2256 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła oraz otrzymała w formie darowizny łącznie 34 944 szt. preparatów początkowego żywienia;
- c) w Regionalnym Szpitalu w Grudziądzu (II stopień referencyjności) w okresie objętym kontrolą urodziło się 2514 dzieci. W tym samym okresie placówka zakupiła oraz otrzymała w formie darowizny łącznie 148 162 szt. preparatów początkowego żywienia.

#### Szkoły rodzenia

We wszystkich 14 skontrolowanych szpitalach pacjentkom w ciąży oferowano udział w zajęciach szkoły rodzenia. W dwóch placówkach<sup>187</sup> jej prowadzeniem zajmował się podmiot zewnętrzny, a w pozostałych 12 – szkoła funkcjonowała w ramach struktury organizacyjnej szpitala. W sześciu szkołach<sup>188</sup> udział w zajęciach był bezpłatny, w kolejnych

<sup>181</sup> PCM w Grójcu, BCM w Brzegu, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, KCZ w Krapkowicach, ZOZ w Oleśnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu.

<sup>182</sup> PCM w Grójcu.

<sup>183</sup> BCM w Brzegu.

<sup>184</sup> BCM w Brzegu.

<sup>185</sup> PCM w Grójcu.

<sup>186</sup> Dotyczy noworodków żywourodzonych.

<sup>187</sup> KCZ w Krapkowicach oraz Katowickie Centrum Onkologii.

<sup>188</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Regionalny Szpital w Grudziądzu, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, ZOZ w Oleśnie oraz BCM w Brzegu.

sześciu<sup>189</sup> niezbędne było uiszczenie opłaty, a w dwóch szpitalach<sup>190</sup> uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia było bezpłatne jedynie dla kobiet zamieszkałych w Warszawie. Koszt udziału w zajęciach szkoły rodzenia był zróżnicowany i wynosił od 200 zł<sup>191</sup> do 649 zł<sup>192</sup> za parę.

W programach zajęć większości szkół uwzględniono zagadnienia związane z porodem (m.in. metody łagodzenia bólu, przygotowanie do porodu), położeniem, karmieniem piersią oraz pielęgnacją noworodka. Omawiano również sprawy organizacyjne, wskazywano jak przygotować się do przyjęcia i pobytu w szpitalu. Oferowano również podczas zorganizowanego zwiedzania zapoznanie się z personelem medycznym oddziałów położniczych i neonatologicznych oraz warunkami zapewnianymi przez szpital na tych oddziałach.

### Przykłady

W **Brzeskim Centrum Medycznym w Brzegu** tematyka poruszanych zagadnień podczas zajęć szkoły rodzenia dotyczyła: [1] spraw organizacyjnych (jak przygotować się do szpitala, jakie dokumenty przygotować, jak wygląda pobyt w szpitalu, jakie badania są wykonywane i dlaczego, zwiedzanie oddziału noworodków i położniczego); [2] szczepień ochronnych; [3] pielęgnacji i kąpieli noworodka; [4] karmienia piersią (optymalne pozycje do karmienia, dieta matki karmiącej); [5] spraw organizacyjno-informacyjnych (plan porodu, oznaki rozpoczynającego się porodu, pakowanie torby do szpitala, zwiedzanie bloku porodowego); [6] porodu aktywnego – przebiegu porodu i położu; [7] sposobów łagodzenia bólu porodowego; [8] ćwiczeń przygotowujących do porodu i położu.

W niektórych szpitalach, poza położnymi i lekarzami, zajęcia prowadzili również psychologowie, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni, uroginekologowie i dietetycy.

### Przykłady

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** zajęcia w szkole rodzenia prowadziły dwie położne. Jedną z nich była specjalistką pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, położną operacyjną, edukatorem laktacyjny i położną bloku porodowego, a druga – specjalistką pielęgniarstwa neonatologicznego, edukatorem

<sup>189</sup> KCZ w Krapkowicach, Katowickie Centrum Onkologii, PZOZ w Starachowicach, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, ZOZ w Końskich oraz PCM w Grójcu.

<sup>190</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>191</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>192</sup> Katowickie Centrum Onkologii.

laktacyjnym oraz położną oddziału noworodkowego. Zajęcia prowadzili również zaproszeni gości, np.: dietetyk kliniczny – na temat prawidłowego odżywiania w czasie ciąży i laktacji, fizjoterapeuta uroginekologiczny – na temat ogólnosprawnościowej gimnastyki w ciąży, technik relaksacyjnych i oddechowych, ćwiczeń przygotowujących do porodu i położu), fizjoterapeuta dziecięcy – na temat prawidłowego rozwoju i dysfunkcji u noworodka i niemowlęcia, doradca chustonoszenia – na temat znaczenia bliskości z noworodkiem, doula<sup>193</sup> – na temat znaczenia przygotowania się do porodu oraz specjalista ds. medycznych – na temat bankowania komórek macierzystych podczas porodu.

W programie szkoły rodzenia prowadzonej w **Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie** uwzględniono zajęcia prowadzone przez: [1] psychologa, które dotyczyły zagadnień związanych z psychologicznymi aspektami położu, problemami emocjonalnymi okresu poporodowego, przygotowaniem do roli rodzica; [2] fizjoterapeutę i obejmujące kwestie sprawności fizycznej w ciąży i w położu oraz [3] ratownika medycznego w sprawach związanych z udzielaniem pierwszej pomocy.

#### Dodatkowa opieka pielęgnacyjna

Stosownie do art. 34 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, w większości skontrolowanych szpitali zapewniono pacjentkom prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, rozumianej jako opiekę niepolegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu (ust. 2). W pięciu skontrolowanych szpitalach kwestie sprawowania opieki nie zostały w żaden sposób uregulowane.

W dwóch skontrolowanych szpitalach, w okresie objętym kontrolą, wystąpiły przypadki świadczenia usług dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez personel zatrudniony w szpitalu.

Świadczone przez położne usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej były realizowane wg potrzeb zgłaszanych przez pacjentki i obejmowały przede wszystkim takie czynności jak: pielęgnacja noworodka, higiena rany pooperacyjnej, pomoc w przystawianiu do piersi, edukacja pacjentki obejmująca karmienie piersią, postępowanie w położu, odżywianie kobiety karmiącej.

Nieprawidłowości w świadczeniu takich usług stwierdzono w jednym ze szpitali. Polegały one na:

- wykonywaniu przez położne, wbrew art. 34 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, świadczeń zdrowotnych polegających m.in. na przyjęciu

<sup>193</sup> Doula (pol. dula) – doświadczona w macierzyństwie, przeszkolona kobieta zapewniająca niemedyczne wsparcie kobiecie w czasie ciąży, położu.

- porodu, monitorowaniu częstotliwości skurczów porodowych, prowadzeniu partogramu porodu;
- łączeniu realizacji usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (na podstawie zawartej z pacjentką umowy) z wykonywaniem obowiązków wynikających z zawartej umowy o pracę.

Wysokość opłat pobieranych od pacjentek za dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną przez położne w dwóch skontrolowanych szpitalach<sup>194</sup> była różna. W jednym z nich wynosiła 3,0 tys. zł (dla pacjentek polskojęzycznych) lub 3,5 tys. zł (za usługę w języku obcym)<sup>195</sup>.

### Przykłady

W **Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie** umożliwiono pacjentkom korzystanie z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez pacjenta. Warunki przebywania tych osób w placówce określał „Regulamin pobytu i odwiedzin” oraz „Zasady dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osoby bliskie/wskazane przez pacjenta”, w których wskazano zakres takiej opieki czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze). W regulaminie szpitala nie określono wzoru umowy, cennika ani godzin sprawowania opieki pielęgnacyjnej przez personel medyczny.

W okresie objętym kontrolą z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej skorzystało łącznie 2843 osób (916 w 2022 r., 845 w 2023 r., 766 w 2024 r. oraz 316 – do 30 czerwca 2025 r.). W latach 2022–2025 (do końca września) szpital uzyskał z tego tytułu łącznie 2203,2 tys. zł (671,0 tys. zł w 2022 r., 619,6 tys. zł w 2023 r., 561,3 tys. zł w 2024 r. i 351,2 tys. zł w 2025 r. I półrocze).

W **Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie**, w latach objętych kontrolą z możliwości dodatkowej odpłatnej opieki pielęgnacyjnej skorzystało łącznie 108 pacjentek (12 w 2022 r., 56 w 2023 r., 21 w 2024 r. oraz 19 w 2025 r. (I półrocze)). Usługę taką świadczyły położne zatrudnione w szpitalu, na podstawie umowy zawartej pomiędzy położną, a pacjentką.

Szpital, w związku z realizacją takiej opieki przez położne, zawierał z nimi umowę o komercyjne przebywanie na terenie tej jednostki. W umowie określono warunki jej realizacji, m.in.: [1] zobowiązanie do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych Szpitala; [2] kwotę uiszczaną na rzecz Szpitala

<sup>194</sup> Dotyczy szpitali w których takie usługi były wykonywane w okresie objętym kontrolą.

<sup>195</sup> W drugim ze szpitali kwoty opłaty wynikały z umów pomiędzy położną a pacjentką.

(pięć zł brutto za godzinę realizacji umowy, nie mniej niż 30 zł brutto w ujęciu miesięcznym) z tytułu umożliwienia i zapewnienia warunków oraz materiałów dla wykonywania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; [3] zobowiązanie do wykonywania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w sposób niekolidujący z obowiązkami wynikającymi z zawartej ze Szpitalem umowy o pracę.

Szpital z tytułu komercyjnego przebywania na terenie jednostki w związku ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej uzyskał od położnych w latach objętych kontrolą łącznie 7240 zł, z czego 610 zł w 2022 r., 4860 zł w 2023 r., 1350 zł w 2024 r. oraz 420 zł w 2025 r. (I półrocze).

W **Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach** istniała możliwość uzyskania przez pacjenta dodatkowej, odpłatnej opieki pielęgnacyjnej po zawarciu stosownej umowy. Usługa ta obejmowała takie czynności, jak np.:

- w ramach zapewnienia poczucia bezpieczeństwa: obserwacja pacjenta, towarzyszenie, troska, uspokajanie, wyjaśnianie, edukowanie, pobyt z pacjentem w sali pobytu pacjenta;
- zaspokajanie potrzeb emocjonalnych: wspieranie, rozmowa, czytanie, głaskanie;
- natychmiastowe udzielanie pomocy pacjentowi i reagowanie na prośby pacjenta;
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, tj. wykonanie toalety ciała, pielęgnacja włosów, golenie, higiena jamy ustnej, higiena intymna, pielęgnacja skóry, pielęgnacja stóp i paznokci toaleta/ kąpiel pacjenta w łóżku;
- pomoc w zmianie bielizny osobistej, ubieraniu się i rozbieraniu pacjentów lub zmiana bielizny pościelowej i osobistej, prześcielenie łóżka, poprawienie poduszki;
- pomoc w zmianie pozycji ułożeniowej (we współpracy z pielęgniarką/położną lub za jej zgodą);
- pomoc w poruszaniu się (we współpracy z pielęgniarką/położną lub za jej zgodą): asystowanie przy wstawaniu z łóżka, pomoc przy chodzeniu, pomoc w korzystaniu z balkoniku, wózka inwalidzkiego;
- pomoc w zaspokajaniu potrzeby odżywiania: pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie z zaleceniami lekarza, pielęgniarki/położnej.

NIK zauważa, że nie istnieje spisany katalog czynności, które powinny spełniać definicję „dodatkowej” opieki pielęgnacyjnej. Należy jednak zwrócić uwagę, że katalog czynności pielęgnacyjnych, wykonywanych przez położne na podstawie zawieranych umów, jest tożsamy

z obowiązkami wynikającymi z ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>196</sup> (art. 4 ust. 1 pkt 3), a to szpital powinien zapewniać pełną i prawidłową opiekę nad pacjentem w ramach świadczenia usług zakontraktowanych z NFZ. Korzystanie przez pacjentów z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez personel medyczny szpitala może również wskazywać na niespełnianą standardów opiekę świadczoną przez placówkę w ramach umowy z NFZ.

#### **Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta<sup>197</sup>**

Rzecznik Praw Pacjenta wskazał m.in., że dodatkową opiekę pielęgnacyjną względem pacjenta może wykonywać każda osoba wskazana przez pacjenta, w tym również pielęgniarka lub położna, natomiast możliwość sprawowania opieki przez osoby tych zawodów nie zmienia jej charakteru i nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Rzecznik wskazał również, że nie ma zamkniętego katalogu czynności, które osoba wskazana przez pacjenta może wykonywać w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Kwestią kluczową w tym przypadku jest to, że dodatkowa opieka pielęgnacyjna, niezależnie przez kogo sprawowana, nie może zastępować standardowej opieki medycznej przysługującej każdej pacjentce na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, ani też powodować, że pacjenci, którzy z takiej opieki w danym podmiocie nie skorzystają otrzymają gorszy standard opieki medycznej. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością.

W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowa jest sytuacja, w której pielęgniarka lub położna, która zgodnie z harmonogramem obowiązującym u danego świadczeniodawcy w ramach realizacji umowy z NFZ uczestniczy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na oddziale i w opiece nad pacjentkami, w tym samym czasie świadczy usługę dodatkowej opieki pielęgnacyjnej na rzecz jednej pacjentki lub tym bardziej udziela dodatkowo płatnych świadczeń zdrowotnych w tym samym miejscu i czasie. Każda pacjentka powinna mieć zagwarantowany taki sam standard i poziom świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa. Od strony organizacyjnej za właściwe ustalenie porządku i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem praw wszystkich pacjentów odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;

<sup>196</sup> Dz. U. z 2026 r. poz. 15.

<sup>197</sup> Informacje przekazane na prośbę NIK przez Rzecznika Praw Pacjenta (pismo nr RzPP-DPR-WPZ.420.32.2025.MWP z 14 listopada 2025 r.).

jego niewłaściwe działania w tym zakresie (ograniczające lub pozbawiające pacjentów ich praw) mogą stanowić przedmiot prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

**Odpłatne świadczenia  
dotyczące opieki  
okołoporodowej**

W większości skontrolowanych szpitali (osiem) nie pobierano od pacjentek dodatkowych opłat za sprawowanie opieki okołoporodowej<sup>198</sup>. W jednej placówce, w pokoju rodzinnym, nieodpłatnie mogła przebywać z pacjentką osoba towarzysząca<sup>199</sup>.

W trzech placówkach<sup>200</sup> pobierano od pacjentek opłaty w przypadku:

- pobytu osoby bliskiej z pacjentką w oddziale ginekologiczno-położniczym – 650 zł brutto (Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich);
- wynajmu odrębnego pokoju z możliwością noclegu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce na drugim łóżku lub na dostawce. Koszt osobodnia pobytu takiej osoby, z możliwością noclegu na drugim łóżku, wynosił 300 zł, na dostawce 150 zł (Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach);
- porodu w wodzie (Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach);
- korzystania z sali rodzinnej oraz udziału osoby bliskiej w planowym cięciu cesarskim (do 15 listopada 2024 r.). Opłata za korzystanie z sali rodzinnej (przebywaniu pacjentki z najbliższą rodziną przez całą dobę wraz z możliwością noclegu osoby bliskiej z pełnym wyżywieniem) zmieniała się i wynosiła: do 30 września 2024 r. – 500 zł za dobę, a od 1 października 2024 r. – 1000 zł za dobę. Opłata za udział osoby bliskiej w planowym cięciu cesarskim wynosiła 200 zł (Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie).

W kolejnych trzech szpitalach oferowano pacjentkom odpłatną usługę obejmującą indywidualną opiekę położnej. Ale np. w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach, gdzie pacjentka, zgodnie z ustalonym cennikiem, mogła wykupić usługę pt. *Opieka indywidualna położnej w czasie porodu na życzenie pacjentki*, to w okresie objętym kontrolą żadna z hospitalizowanych pacjentek nie skorzystała z tej usługi. W pozostałych dwóch placówkach usługa ta świadczona była w różny sposób:

- a. w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, usługa ta nie była oferowana jako świadczenie komercyjne (nie była

<sup>198</sup> Nie dotyczy opłat pobieranych przez szpitale w związku ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

<sup>199</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie.

<sup>200</sup> ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach oraz CM „Żelazna” w Warszawie.

wymieniona w cenniku usług szpitala). Natomiast była świadczona podczas dodatkowych dyżurów medycznych położnych, bez zawierania z pacjentkami pisemnych umów. Odpłatność za wykonaną usługę pacjentki uiszczały w formie darowizny przekazywanej na konto szpitala. Jej wysokość w okresie styczeń–czerwiec 2022 r. wynosiła 1200 zł, natomiast od lipca 2022 r. – 1800 zł. Położna sprawująca taką opiekę otrzymywała wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych, zgodnie z obowiązującymi stawkami i dodatkami, tj. w okresie styczeń–czerwiec 2022 r. – nie mniej niż 800 zł, a od lipca 2022 r. – nie mniej niż 1300 zł za wykonanie usługi. Z tytułu udzielonych usług indywidualnej opieki położnej nad pacjentką Szpital w latach 2022–2025 (do 30 czerwca) uzyskał przychód w wysokości 591 tys. zł (z czego w poszczególnych latach odpowiednio: 135,6 tys. zł, 214,2 tys. zł, 172,8 tys. zł oraz 68,4 tys. zł).

- b. w Katowickim Centrum Onkologii usługa indywidualnej opieki położniczej była sprawowana na podstawie umowy cywilnoprawnej zawieranej pomiędzy pacjentką, a Szpitalem. Dodatkowa opłata z taką usługę wynosiła do maja 2022 r. – 1000 zł, a od czerwca 2022 r. – 1400 zł. Wysokość opłat wskazano w cenniku opłat za udzielane świadczenia zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych. Szpital zawierał z położnymi umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ponadstandardowej opieki położnej, pomimo że udzielały one świadczeń opieki zdrowotnej w tej placówce.

Zakres udzielanych przez położne świadczeń w ramach usługi indywidualnej opieki obejmował również świadczenia medyczne polegające m.in. na:

- prowadzeniu partogramu porodu,
- przyjęciu porodu,
- ocenie stanu pacjentki, częstotliwości skurczów porodowych, rozwarcia i stanu płynu owodniowego, prowadzeniu KTG,
- realizacji zaleceń lekarskich (w tym podawaniu leków),
- pielęgnacji rany,
- założeniu i obserwacji wkłucia.

NIK zwraca uwagę, że świadczenie odpłatnej usługi polegającej na sprawowaniu indywidualnej opieki położnej może naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazywać na podwójne finansowane udzielanej przez położne opieki w przypadkach, w których opieka położnej jest rozliczana w ramach zawartej przez szpital umowy z NFZ.

**Stanowisko Ministerstwa Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia wskazało, że odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położne, w sytuacji kiedy świadczeniodawca realizuje przedmiotowe świadczenie również w ramach umowy z NFZ, potencjalnie może prowadzić do podwójnego finansowania świadczeń oraz naruszenia prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Należy bowiem podkreślić, że świadczeniodawcy, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, są zobowiązani do spełnienia warunku, o którym mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. „spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia”. Oznacza to, że do wykonywania świadczeń gwarantowanych w ramach umowy z NFZ powinien być zabezpieczony całodobowo personel medyczny, jak również sprzęt i aparatura medyczna.

**Koszty funkcjonowania oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych**

Koszty prowadzenia działalności oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych w skontrolowanych szpitalach były zróżnicowane i uzależnione przede wszystkim od skali działalności tych oddziałów. W okresie objętym kontrolą wahały się od prawie 400 000 tys. zł<sup>201</sup>, w przypadku największych szpitali, do ok. 18 000 tys. zł w szpitalach o najmniejszej skali działalności<sup>202</sup>. W skontrolowanych placówkach największą grupę kosztów ponoszonych w związku z funkcjonowaniem takich oddziałów stanowiły wynagrodzenia (ok. 60%). W żadnym ze skontrolowanych szpitali środki otrzymane z NFZ nie pokrywały kosztów funkcjonowania tych oddziałów, stanowiąc w większości placówek (w ośmiu) poniżej 70% kosztów ich funkcjonowania (od 49% do 66%).

**5.2.2. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ**

**Na ogół prawidłowe przyjmowanie pacjentek do porodu**

W skontrolowanych szpitalach na ogół przestrzegano wytycznych dotyczących przyjęcia pacjentek do porodu, określonych w części VIII *Standardu opieki okołoporodowej*. Stosownie do części VIII ust. 5 *Standardu opieki okołoporodowej*, weryfikowano czy każda z pacjentek przyjmowanych do porodu miała aktualne badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV, a gdy ich nie miała, wykonywano je niezwłocznie. W dokumentacji medycznej pacjentek przyjmowanych do szpitala zapisana była ich grupę krwi oraz wynik badania przesiewowego na obecność paciorkowców grupy B.

<sup>201</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie,

<sup>202</sup> Wskazane kwoty obejmują cały okres objęty kontrolą.

Nieprawidłowość dotyczącą przyjęcia pacjentek do porodu stwierdzono w jednym ze skontrolowanych szpitali<sup>203</sup>.

#### Przykład

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentek **BCM w Brzegu**, w pięciu przypadkach stwierdzono, że nie wykonano badań w kierunku zakażenia HIV, wymaganych zgodnie z ust. 5 części VIII *Standardu opieki okołoporodowej*. Dyrektor wyjaśnił, że *brakujących badań nie wykonano z uwagi na brak zaleceń lekarskich*.

#### Plany porodu nie we wszystkich szpitalach

W skontrolowanych szpitalach różna była liczba pacjentek, które miały opracowany plan porodu. W dwóch szpitalach<sup>204</sup>, w próbie 30 badanych dokumentacji medycznych nie było żadnego planu porodu, zaś w pozostałych szpitalach – był różnie, w od 1 do 30 dokumentacji.

W dziewięciu skontrolowanych szpitalach<sup>205</sup> formularze planu porodu były udostępniane pacjentkom, które zgłaszały się do porodu bez swojego planu.

#### Dobra praktyka

W **PZOZ w Starachowicach** opracowywano i udostępniano plan porodu. Do wszystkich analizowanych dokumentacji medycznych dołączony był plan porodu pacjentki. Położny Oddziałowy wyjaśnił, że: *(...) w PZOZ Starachowice, w Oddziale Poł.-Gin. od 2019 r. obowiązuje dokument „Plan Porodu”. Dokument ten jest wypełniany przez ciężarną lub rodzącą w chwili przyjęcia do oddziału, przy współudziale/z pomocą położnej. PZOZ Starachowice udostępnia „plan porodu” na stronie internetowej, w szkole rodzenia oraz podczas organizowania „dnia otwartego” dla każdej zainteresowanej pacjentki. Każda pacjentka rodząca w PZOZ Starachowice ma możliwość udostępnić podczas przyjęcia w oddział swój plan porodu, który wówczas pozostaje w dokumentacji medycznej. (...)*

W jednym ze szpitali<sup>206</sup>, stosowany wzór planu porodu nie dawał możliwości wskazania preferencji i oczekiwań rodzącej. W pozostałych szpitalach podczas przyjęcia do porodu pacjentek, które nie miały swoich planów, nie stosowano formularzy. NIK wskazuje na potrzebę ich stosowania w celu poznania przez personel medyczny oczekiwań pacjentek co do przebiegu narodzin dzieci.

<sup>203</sup> BCM w Brzegu.

<sup>204</sup> ZOZ w Końskich, Regionalny Szpital w Grudziądzu.

<sup>205</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, ZOZ w Chełmnie, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, ZOZ w Oleśnie, KCZ w Krapkowicach, CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>206</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie.

**Przykład**

W **Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach** pacjentkom, które zgłaszały się do porodu bez swojego planu, nie udostępniano takiego formularza. W związku z tym, w 18 egzemplarzach dokumentacji medycznej, z 30 przeanalizowanych przez NIK, nie było planu porodu. W trakcie kontroli NIK, personel medyczny Oddziału Gin.-Poł. opracował ramowy plan porodu, jako wewnętrzny materiał pomocniczy oraz zamieścił go na stronie internetowej Szpitala.

<b>Wsparcie osoby bliskiej</b>	Pacjentkom podczas porodu zapewniano możliwość korzystania ze wsparcia osoby bliskiej. Nie stwierdzono przypadków odmowy udzielenia takiego wsparcia, choć nie we wszystkich jednostkach odnotowywano w dokumentacji medycznej obecność bliskiej osoby, co wynikało z powszechnie przyjętej zasady postępowania, dopuszczającej możliwość towarzyszenia pacjentkom przez inne osoby.
<b>Cięcia cesarskie po uzyskaniu zgody pacjentek</b>	We wszystkich szpitalach uzyskiwano od pacjentek rodzących w drodze cięcia cesarskiego zgodę na wykonywanie tego zabiegu. Przypadek braku zgody jednej pacjentki na taki zabieg stwierdzono w jednym ze skontrolowanych szpitali <sup>207</sup> , co według wyjaśnień, wynikało z przeoczenia lekarza.
<b>Nieliczne przypadki wykonywania amniotomii</b>	Przypadki wykonywania zabiegu amniotomii wystąpiły w pięciu skontrolowanych szpitalach <sup>208</sup> . W dwóch z nich <sup>209</sup> , pacjentki wyrażały pisemną zgodę na taki zabieg, w jednym szpitalu <sup>210</sup> – nie od wszystkich pacjentek uzyskano taką zgodę, w dwóch pozostałych <sup>211</sup> – w ogóle nie pobierano pisemnej zgody pacjentek na wykonanie takiego zabiegu.
<b>Nieprawidłowe dokumentowanie zabiegu episiotomii</b>	Zabieg episiotomii wykonywano we wszystkich skontrolowanych podmiotach. W latach 2022–2025 (I półrocze) najmniejszy odsetek wykonywania takiego zabiegu w przypadku porodów drogami natury odnotowano w Regionalnym Szpitalu w Grudziądzu – 18,8% a największy w Szpitalu Powiatowym w Tarnowskich Górach – 59,3%. W objętej próbą dokumentacji medycznej pacjentek, których poród zakończył się drogami natury, odsetek wykonanego zabiegu episiotomii wynosił od 10% <sup>212</sup> do 86% <sup>213</sup> . W ośmiu szpitalach <sup>214</sup> stwierdzono przypadki nieodnotowywania w dokumentacji medycznej przyczyn wykonania

<sup>207</sup> PZOZ w Starachowicach.

<sup>208</sup> PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Regionalny Szpital w Grudziądzu, PCM w Grójcu, CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>209</sup> Regionalny Szpital w Grudziądzu, PCM w Grójcu.

<sup>210</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy. Zgody na zabieg amniotomii nie uzyskano od trzech z czterech pacjentek, u których go wykonano.

<sup>211</sup> PZOZ w Starachowicach, CM „Żelazna” w Warszawie.

<sup>212</sup> Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy.

<sup>213</sup> ZOZ w Chełmnie.

<sup>214</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, ZOZ w Chełmnie, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, PCM w Grójcu, CM „Żelazna” w Warszawie.

takiego zabiegu, pomimo że zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (cz. X) nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach, a osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do udokumentowania wykonywanych zadań. Jako przyczynę najczęściej wskazywano dynamiczny przebieg porodu oraz przekazywanie pacjentkom ustnych informacji. Przypadki nieuzyskiwania od pacjentek pisemnej zgody na wykonanie zabiegu episiotomii stwierdzono w ośmiu skontrolowanych szpitalach<sup>215</sup>.

### Przykład

W **ZOZ w Chełmnie** od 12 pacjentek nie pobrano pisemnej zgody na wykonanie zabiegu nacięcia krocza. W przypadku ośmiu z nich uzyskano zgodę ogólną (tzw. zgodę blankietową) na formularzu pn. *Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu leczniczego/badania diagnostycznego*, na którym w miejscu *rodzaj zabiegu leczniczego lub badania diagnostycznego* wpisano „zabiegi okołoporodowe”. W kolejnych trzech przypadkach wskazany formularz zawierał jedynie podpis pacjentki (bez daty i podpisu lekarza), a w jednym przypadku brakowało takiego dokumentu. Naruszało to art. 18 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym zgoda w formie pisemnej jest wymagana m.in. w odniesieniu do zabiegów stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a takie może wywoływać np. zwiększona utrata krwi związana z nacięciem skóry, błony śluzowej i mięśni krocza czy możliwości infekcji w miejscu nacięcia. Dyrektor ZOZ w wyjaśnieniach podała, że w praktyce pacjentki są szczegółowo ustnie informowane o planowanych procedurach. Dodała, że w celu zapewnienia pełnej transparentności oraz zgodności z obowiązującymi standardami podjęto decyzję o opracowaniu i wdrożeniu w szpitalu odrębnych, szczegółowych formularzy dotyczących zgody na poszczególne typy zabiegów i działań medycznych.

Zasady dotyczące łagodzenia bólu porodowego zostały określone w części VII *Standardu opieki okołoporodowej*. Zgodnie z przepisami, rodząca ma możliwość skorzystania zarówno z nefarmakologicznych metod analgezji, jak również z analgezji wziewnej, regionalnej, miejscowej lub przy zastosowaniu opioidów.

<sup>215</sup> ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Regionalny Szpital w Grudziądzu, ZOZ w Chełmnie, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, PCM w Grójcu, CM „Żelazna” w Warszawie.

**Możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego**

W skontrolowanych szpitalach rodzącym zapewniano możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Z przeprowadzonej analizy wynika, że pacjentki rodzące drogami natury często korzystały z piłek rehabilitacyjnych, immersji wodnej, technik oddechowych i relaksacyjnych.

**Problematyczny dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego**

Istotnym problemem okazało się zapewnienie dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego. W sześciu skontrolowanych szpitalach<sup>216</sup> odsetek pacjentek, które skorzystały podczas porodu ze znieczulenia zewnątrzoponowego był niewielki.

**Przykłady**

W **ZOZ w Końskich** nie zapewniono pacjentkom faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, pomimo że na stronie internetowej ZOZ była informacja, że Oddział umożliwia zastosowanie takiego rodzaju znieczulenia. Także w szpitalnych procedurach łagodzenia bólu porodowego (obowiązujących w okresie objętym kontrolą) przewidziano możliwość zastosowania takiego znieczulenia, a pacjentki przy przyjęciu i w trakcie porodu naturalnego informowano o farmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego. W latach 2022–2024 u żadnej pacjentki nie zastosowano znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie naturalnego porodu. Takie znieczulenie wykonano tylko jeden raz w pierwszym półroczu 2025 r. Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił, że: (...) *Część pacjentek nie wyrażała potrzeby łagodzenia bólu porodowego za pomocą analgezji regionalnej. Kolejna grupa wybierała inne sposoby walki z bólem porodowym, na przykład analgezję wziewną. W pozostałych sytuacjach zwracano się z prośbą do zespołu anestezyjologicznego o wykonanie znieczulenia regionalnego. Ze względu na obciążenie pracą zespołu anestezyjologów dyżurnych (szpital wieloprofilowy z bardzo dużą ilością zabiegów operacyjnych w różnych trybach i o różnych porach dnia, zabezpieczenie pracy OIOM<sup>217</sup>, konsultacje) nie było możliwości oddelegowania lekarza anestezyjologa na blok porodowy – w takiej sytuacji byłby on wyłączony z możliwości wykonywania innych procedur poza blokiem porodowym.*

W **Regionalnym Szpitalu w Grudziądzu**, w latach 2022–2024 nie oferowano rodzącym znieczulenia zewnątrzoponowego. Ustalenia kontroli wskazują, że 16 położnych ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki

<sup>216</sup> ZOZ w Końskich, Regionalny Szpital w Grudziądzu, ZOZ w Chełmnie, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, ZOZ w Oleśnie, PCM w Grójcu.

<sup>217</sup> Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

w położnictwie i ginekologii” i tym samym miały niezbędną wiedzę i umiejętności do asystowania przy analgezji porodu. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *po ukończeniu wyżej wskazanego kursu kwalifikacyjnego przystąpiliśmy do kompletowania pozostałego personelu niezbędnego do zabezpieczenia świadczenia w postaci znieczulenia zewnątrzoponowego. W związku z ograniczonymi zasobami kadrowymi z zakresu anestezjologii (zarówno lekarzy jak i pielęgniarek) do chwili obecnej nie udało się stworzyć odrębnej kolumny dyżurowej na ten cel. Wysoki koszt czasu pracy personelu, spadająca liczba porodów oraz konieczność zmniejszenia dostępności anestezjologa przy innych zabiegach (dedykowanie anestezjologa do znieczuleń zewnątrzoponowych wiązałoby się z przesunięciem go z innego obszaru zabiegowego) uwarunkowały decyzję o dalszym przesunięciu terminu uruchomienia znieczuleń porodu, który pierwotnie był wskazany na wrzesień 2025 r.*

W PZOZ w Starachowicach znieczulenie zewnątrzoponowe zaczęto stosować od 2024 r., co mogło wynikać z korzystniejszej wyceny tej procedury przez NFZ.

#### Przykład

W latach 2022–2023 żadnej z pacjentek, które urodziły w PZOZ w Starachowicach, nie podano znieczulenia zewnątrzoponowego dla łagodzenia bólu porodowego. W PZOZ, w latach 2024–2025 (I półrocze) znieczulenie zewnątrzoponowe podano łącznie 135 razy, z czego: 79 w 2024 r. i 56 w I połowie 2025 r.

#### Istotne błędy w dokumentacji medycznej

W dziewięciu szpitalach<sup>218</sup> dokumentacja medyczna rodzących lub ich dzieci prowadzona była z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu diagnozowania i leczenia pacjentów, np.:

- do dokumentacji medycznej jednej z pacjentek, załączone zostały wyniki badań morfologii krwi innej pacjentki;
- w jednym przypadku błędnie wpisano zabieg, który nie został wykonany – amniocenteza;
- w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego pacjentki zawarto adnotację o podaniu znieczulenia zewnątrzoponowego, natomiast w karcie obserwacji codziennych umieszczono adnotację o odstąpieniu od podania tego znieczulenia;

<sup>218</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, ZOZ w Chełmnie, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, PCM w Grójcu, CM „Żelazna” w Warszawie.

**Nierzetelne  
wypełnianie  
kart obserwacji  
porodu**

- w karcie obserwacji codziennych pacjentki, która urodziła martwe dziecko znalazł się wpis o treści: „noworodek w kontakcie „skóra do skóry”. Laktacja podjęta. Noworodek ssał prawidłowo”.

Szczególnym dokumentem dotyczącym przebiegu porodu jest karta obserwacji porodu. Wzór tej karty zawiera załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Nieprawidłowości związane z prowadzeniem karty obserwacji porodu stwierdzono w pięciu skontrolowanych szpitalach<sup>219</sup>. W dwóch z nich<sup>220</sup>, stosowane formularze kart obserwacji porodu nie były zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

W czterech szpitalach<sup>221</sup> stwierdzono przypadki nierzetelnego wypełniania kart obserwacji porodu.

**Przykład**

Spośród 21 kart obserwacji porodu, które objęto analizą w **PZOZ w Starachowicach**, 12 wypełniono nierzetelnie, gdyż nie zawarto w nich niektórych wymaganych danych:

- w jednym przypadku – daty i godziny bóli partych, informacji o rozwarciu szyjki macicy;
- w dwóch przypadkach – wymiarów miednicy, daty i godziny pierwszych skurczy porodowych, godziny odpływu wód płodowych, informacji o krwawieniu, ciśnieniu krwi, ciepłoty ciała, daty i godziny porodu, napięciu miednicy, odczuwaniu bólu, części przodującej płodu;
- w trzech przypadkach – podpisu kontrolującego, tętna rodzącej, położenia płodu;
- w czterech przypadkach – informacji dotyczącej pęcherza płodowego, czasu trwania porodu;
- w pięciu przypadkach – informacji o tętnie płodu;
- w dziewięciu przypadkach – ustawienia płodu, ułożenia główki.

W skontrolowanych szpitalach nie zawsze zapewniano dziecku bezpośrednio po porodzie kontakt z matką, tzw. „ skóra do skóry”, w sposób określony w *Standardzie opieki okołoporodowej* (cz. XIII ust. 1 pkt 8), tj. nieprzerwanie przez dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując

<sup>219</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, PCM w Grójcu.

<sup>220</sup> Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, PCM w Grójcu.

<sup>221</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, PCM w Grójcu.

przystawianie dziecka do piersi, pozycję dziecka przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt z matką „skóra do skóry” może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.

#### Zapewnienie dziecku kontaktu „skóra do skóry”

W skontrolowanych podmiotach stosowano różne praktyki dotyczące zapewnienia dziecku kontaktu „skóra do skóry”, w różny sposób także dokumentowano jego przebieg. Adnotacje o zapewnieniu tego kontaktu znajdowały się w dokumentacji medycznej matki i/lub noworodka (np. w *kartach obserwacji pielęgniarских, indywidualnych kartach pielęgnacji, karty rozwoju noworodka, karty obserwacji parametrów pacjenta*). W sześciu jednostkach<sup>222</sup> stwierdzono niepełną realizację zalecenia *Standardu* w kwestii kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”.

#### Przykład

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich** nie umożliwiono 12 noworodkom, z 15 urodzonych drogami natury, kontaktu z matką "skóra do skóry" w sposób określony w *Standardzie*, tj. bezpośrednio po urodzeniu, nieprzerwanie przez dwie godziny po porodzie. W objętej analizą dokumentacji medycznej noworodków stwierdzono, że przerwano kontakt „skóra do skóry” na badanie lekarza neonatologa (w tym ważenie i mierzenie dzieci. Do przerywania tego kontaktu dochodziło w czasie od 18 minut do 1 godziny i 3 minut po urodzeniu dziecka. Na podstawie analizy dokumentacji dotyczącej porodów, wydaje się, że przerywanie kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”, np. na badanie dziecka bezpośrednio po porodzie, jest praktyką przyjętą w tym szpitalu.

W dwóch szpitalach<sup>223</sup> stwierdzono także przypadki nieodnotowania w dokumentacji czasu trwania takiego kontaktu.

#### Przykład

W **Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej**, badając dokumentację 22 noworodków urodzonych drogami natury stwierdzono, że:

- trzem noworodkom zapewniono nieprzerwany dwugodzinny kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie;
- ośmiu noworodkom zapewniono nieprzerwany kontakt, ale nie odnotowano czasu jego trwania;

<sup>222</sup> ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Regionalny Szpital w Grudziądzu, ZOZ w Oleśnie, BCM w Brzegu, PCM w Grójcu.

<sup>223</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach.

- ośmiu noworodkom zapewniono kontakt „skóra do skóry”, który był przerwany i nie wskazano czasu jego trwania;
- jednemu noworodkowi zapewniono dwugodzinny kontakt „skóra do skóry”, ale nie wskazano czy był on nieprzerwany;

Dwóm noworodkom nie zapewniono takiego kontaktu ze względu na ich stan, co zostało odnotowane w dokumentacji.

Po narodzinach dziecka w drodze cięcia cesarskiego, jeżeli stan zdrowia matki i dziecka na to pozwalał, na ogół zapewniano dziecku kontakt z matką „skóra do skóry”. Umożliwiano także kangurowanie dzieci przez ojców. Tylko w jednym ze skontrolowanych szpitali<sup>224</sup>, w analizowanej dokumentacji medycznej noworodków urodzonych poprzez cięcie cesarskie, w żadnej nie odnotowano informacji o kangurowaniu lub kontakcie dziecka z matką „skóra do skóry”.

Mając na uwadze zalecenia *Standardu opieki okołoporodowej* oraz korzyści jakie daje dziecku i matce zapewnienie kontaktu „skóra do skóry”, należy podkreślić, że przebieg kontaktu „skóra do skóry” powinien być rzetelnie odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentów, z uwzględnieniem czasu jego trwania, a w przypadku jego przerwania – ze wskazaniem przyczyn oraz długości przerwania kontaktu w tym ewentualnego późniejszego jego kontynuowania. Takie informacje, dotyczące kontaktu dziecka i matki „skóra do skóry” oraz kangurowanie, powinny być odnotowywane także w dokumentacji medycznej pacjentek po porodach przez ciecie cesarskie.

#### **Prawidłowa opieka nad noworodkiem**

Zasady dotyczące opieki nad noworodkiem zostały określone w części XIII *Standardu opieki okołoporodowej*. Wyniki kontroli jednostkowych wskazują, że opieka nad noworodkami była sprawowana prawidłowo. Wszystkie noworodki po urodzeniu miały zakładane opaski z danymi oraz oceniano ich stan według skali Apgar. Stosownie do zaleceń *Standardu opieki okołoporodowej* zapewniano im także:

- wykonanie procedury dotyczącej profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka oraz krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- wykonanie testu za pomocą pulsoksymetru, przesiewowego badania słuchu oraz przesiewowego badania w kierunku niektórych chorób wrodzonych, wykonywanego na specjalnej bibule;
- wykonanie wymaganych szczepień, po uzyskaniu zgody matki.

U wszystkich noworodków przeprowadzono badanie kliniczne. Stwierdzono jeden przypadek<sup>225</sup>, w którym badanie to wykonano po upływie 17 godzin i 40 minut od urodzenia, co nie wypełniało zaleceń *Standardu opieki okołoporodowej* cz. XVIII ust. 2 pkt 2, który stanowi

<sup>224</sup> Regionalny Szpital w Grudziądzu.

<sup>225</sup> PCM w Grójcu.

że w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka. W jednym ze szpitali<sup>226</sup> stwierdzono przypadki nieodnotowywania w dokumentacji medycznej godziny wykonania badania.

*Standard opieki okołoporodowej* (cz. XIII ust. 3) zaleca personelowi medycznemu sposoby postępowania, by każdej matce po porodzie umożliwić i wesprzeć prawidłową laktację, pomoc w odżywianiu noworodka, wskazując jak zapewnić takie wsparcie. Należy podkreślić, że rozwiązania przyjęte w polskim *Standardzie opieki okołoporodowej* są wzorowane na wytycznych WHO w sprawie karmienia piersią, zgodnie z którymi kobiety na całym świecie należy wspierać w karmieniu piersią w ramach opieki w podmiotach zajmujących się matką i dzieckiem. WHO zaleca rozpoczęcie karmienia piersią w ciągu 1. godziny po porodzie, wyłączenie karmienia piersią – przez pierwszych 6 miesięcy życia, a następnie kontynuację karmienia piersią wraz z rozszerzaniem diety co najmniej do 24. miesiąca życia. Ponadto WHO wskazuje dobre praktyki karmienia piersią i zapewnienia dodatkowych potrzeb niemowlęcia.

#### Wsparcie kobiet w laktacji

Zgodnie z wyjaśnieniami personelu medycznego oraz dokumentacją medyczną pacjentek i ich dzieci, w skontrolowanych szpitalach kobiety po urodzeniu dziecka otrzymywały wsparcie dotyczące laktacji. Polegało ono w szczególności na informowaniu o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia, udzielaniu instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Pacjentkom przekazywano także broszury i poradniki dotyczące karmienia mlekiem matki.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach pacjentki miały możliwość korzystania z laktatorów oraz lodówek do przechowywania mleka kobiecego.

#### Przykłady















W **Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej** informacje na temat laktacji przekazywane były matkom w formie pisemnej (broszury opracowane przez Ministerstwo Zdrowia „Karmienie piersią”, ulotki, np. „Mleko matki w domu i szpitalu – jak odciągać i przechowywać”) oraz ustnie wraz z instruktażem karmienia piersią (przez położne, jak i w trakcie konsultacji laktacyjnej). Personel medyczny w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka dokonywał bieżących obserwacji przystawienia dziecka do piersi i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. Przeprowadzono również instruktaż ręcznego uzyskiwania pokarmu dla noworodka, a w szczególności siary.

<sup>226</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie.

Pomimo podejmowanych przez personel medyczny działań promujących karmienie piersią, wsparcie kobiet w procesie laktacji nie było wystarczające. Przeprowadzona przez NIK analiza wykazała bowiem, że w dwóch skontrolowanych szpitalach 80% noworodkom podano preparaty mleko zastępcze. Szczegółowe wyniki przeprowadzonej analizy (na podstawie próby 30 dokumentacji medycznych) przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 4

Odsetek noworodków, którym podano mieszanki początkowego żywienia

Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie		<b>46,67%</b>
Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich		<b>70,00%</b>
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach		<b>63,33%</b>
Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr. Jana Biziela w Bydgoszczy		<b>13,33%</b>
Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie		<b>3,33%</b>
Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu		<b>60,00%</b>
Katowickie Centrum Onkologii, w Katowicach		<b>43,33%</b>
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej		<b>43,33%</b>
Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy s.a. w Tarnowskich Górach		<b>80,00%</b>
Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie		<b>66,67%</b>
Brzeskie Centrum Medyczne, w Brzegu		<b>76,67%</b>
Krapkowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Krapkowicach		<b>66,67%</b>
Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.		<b>80,00%</b>
Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie		<b>46,67%</b>

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

**Nieprawidłowe  
diagnozy problemów  
w karmieniu piersią**

Należy zwrócić uwagę, że w pięciu skontrolowanych jednostkach<sup>227</sup> nie odnotowywano w dokumentacji medycznej noworodków lub ich matek przyczyn i/lub ilości podanych preparatów początkowego żywienia. NIK wskazuje, że do obowiązków pracowników szpitala należy dokonanie diagnozy problemu z karmieniem piersią, poprzez m.in. bieżące obserwacje objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia.

**Przykład**

W dokumentacji medycznej 24 pacjentek **Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu**, których dzieci dokarmiano lub karmiono wyłącznie preparatami mlekozastępczymi nie odnotowano:

- informacji o ilości podawanego preparatu – 23 przypadki;
- wskazań do podawania preparatu (zalecenia lekarzy, wyraźna prośba matki) – 19 przypadków;
- dokładnej diagnozy problemu z karmieniem piersią (w dokumentacji wpisano: „w razie potrzeby”, „okresowo dokarmiany”, „wg potrzeb”) – 19 przypadków;
- podjęcia próby karmienia odciągniętym mlekiem matki – 18 przypadków.

Takie postępowanie nie wypełniało zaleceń *Standardu opieki okołoporodowej* (cz. XIII ust. 3 pkt 4 i 5) stanowiących, że: *w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej. Podawanie sztucznego mleka początkowego następuje wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu.*

**Niewielka skala  
korzystania z banków  
mleka kobiecego**

Spośród skontrolowanych szpitali, tylko sześć<sup>228</sup> nawiązało współpracę z bankami mleka kobiecego. W trzech z nich, w okresie objętym kontrolą, skorzystano z mleka z banku, przy czym w dwóch szpitalach były to pojedyncze przypadki. Najczęściej z mleka kobiecego udostępnianego przez banki korzystano w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.

<sup>227</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, PCM w Grójcu.

<sup>228</sup> Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, PZOZ w Starachowicach, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie.

**Przykład**

W **Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie**, w latach 2022–2024, noworodkom przebywającym na oddziałach Patologii Noworodka oraz Intensywnej Terapii Noworodka podano łącznie 357 litrów mleka z banku mleka kobiecego, w tym: w 2022 r. 305 noworodkom podano 115 litrów takiego mleka, w 2023 r. 300 noworodkom podano 125 litrów mleka, a w 2024 r. 220 noworodkom podano 117 litrów takiego mleka. Koszty zakupu mleka w tym okresie wyniosły łącznie 220,4 tys. zł (52,4 tys. zł w 2022 r., 78,2 tys. zł w 2023 r. oraz 89,8 tys. zł w 2024 r.).

**Nie zawsze  
prawidłowa opieka  
nad pacjentkami  
po stracie dziecka**

Podczas kontroli sprawdzono również, w jaki sposób sprawowano opiekę nad pacjentkami znajdującymi się w sytuacjach szczególnych, jak: poronienie, urodzenie martwego dziecka, dziecka niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. Zasady takiej opieki określono w części XV *Standardu opieki okołoporodowej*.

Wyniki kontroli wskazują, że opieka nad pacjentkami doświadczającymi szczególnych sytuacji położniczych nie była w pełni prawidłowa. Nieprawidłowości związane z jej sprawowaniem stwierdzono bowiem w ośmiu szpitalach<sup>229</sup>, z 14 skontrolowanych.

W 11 skontrolowanych podmiotach leczniczych pacjentki miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa, w dwóch<sup>230</sup> – nie można było ustalić czy pacjentkom oferowano taką pomoc, ponieważ w dokumentacji nie odnotowywano takich informacji, a w jednym<sup>231</sup> – stwierdzono przypadki nieudzielenia takiego wsparcia, co było spowodowane krótkim czasem hospitalizacji i niedopatrzeniem personelu medycznego. W tym samym szpitalu stwierdzono także przypadki niewystawienia pacjentkom skierowania do poradni psychologicznej, pomimo że udzielający im konsultacji w szpitalu psycholodzy wskazywali na potrzebę dalszej pomocy psychologicznej.

Kobietom w sytuacjach szczególnych zapewniano odseparowanie od pacjentek w zaawansowanej ciąży lub tych, które urodziły zdrowe dzieci. Najczęściej hospitalizowano je w części ginekologicznej szpitala. Umożliwiano im także pożegnanie ze zmarłym dzieckiem i przekazywano stosowne informacje. Szpitale nawiązały współpracę z organizacjami zajmującymi się problematyką poronień i martwych

<sup>229</sup> Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Regionalny Szpital w Grudziądzu, ZOZ w Chełmnie, ZOZ w Oleśnie, PCM w Grójcu, Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie.

<sup>230</sup> Katowickie Centrum Onkologii, ZOZ w Oleśnie.

<sup>231</sup> PCM w Grójcu.

urodzeń. Dzięki czemu pacjentkom po stracie przekazywano pamiątki po zmarłym dziecku (np. rożki, kocyki).

W trzech szpitalach<sup>232</sup> stwierdzono nieprawidłowości związane z postępowaniem z ciałami dzieci martwo urodzonych. Świadczy to o nieinformowaniu rodziców o przysługujących im prawach i obowiązującym stanie prawnym związanym z dokonaniem pochówku.

### Przykłady

W **ZOZ w Końskich** nie umożliwiono pochowania martwo urodzonych trojga dzieci, gdyż:

- od dwóch pacjentek nie pobrano oświadczenia dotyczącego pochówku martwo urodzonego dziecka lub rezygnacji z takiego pochówku, pomimo że wynikały one z wewnętrznej procedury *Postępowanie z kobietami po poronieniach*;
- przekazano zwłoki trojga martwo urodzonych dzieci do badania histopatologicznego i nie występowano do firmy, która wykonywała te badania o ich zwrot. Z ustaleń kontroli wynika, że w podmiocie wykonującym badania zabezpieczono płody i oczekują one na przekazanie do podmiotu zlecającego badania, tj. odpowiednio ponad 10 miesięcy (dwoje dzieci) i ponad 14 miesięcy (jedno dziecko). Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej, szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. Stosownie do § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi<sup>233</sup>, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

W **PCM w Grójcu** pacjentkom przedstawiano do zapoznania się i podpisania oświadczenie o sposobie odbioru martwo urodzonego (poronionego) płodu, zawierające informację, że: *„W razie niezgłoszenia się w ciągu 2 tygodni, proszę o jego utylizację”*. Było to niezgodne z obowiązującym stanem prawnym, w szczególności z § 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami, w myśl którego ciała dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży uważa się za zwłoki, którym należy się szacunek i poszanowanie godności, w tym pochówek i nie mogą być traktowane jak odpad medyczny, a tym samym nie podlegają utylizacji. Ponadto stosowanie oświadczeń

<sup>232</sup> ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, PCM w Grójcu.

<sup>233</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1910.

o takiej treści wprowadzało rodziców w błąd co do zasad postępowania z ciałami dzieci martwo urodzonych i nie wypełniało *Standardu opieki okołoporodowej* (cz. XV, ust. 3 pkt 10), zgodnie z którym *kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku.*

#### Liczne problemy ze sprawowaniem opieki okołoporodowej

Kierujący skontrolowanymi podmiotami leczniczymi oraz personel medyczny wskazywali szereg problemów w sprawowaniu opieki okołoporodowej. Do najczęściej wymienianych należały:

- zbyt niska wycena świadczeń opieki okołoporodowej;
- inne trudności finansowe, związane z wprowadzeniem ustawowego wzrostu wynagrodzeń bez adekwatnego wzrostu finansowania działalności szpitali, brak finansowania – innych niż znieczulenie zewnątrzoponowe – form łagodzenia bólu porodowego (np. podtlenek azotu), opóźnienia w płatnościach NFZ za nadwykonania świadczeń nielimitowanych, niefinansowanie szczepień przeciwko RSV dla pacjentek ciężarnych przebywających w szpitalu;
- problemy kadrowe, dotyczące zwłaszcza anestezjologów;
- niewystarczająca edukacja przedporodowa kobiet i brak współpracy z ich strony po porodzie;
- przeciążenie personelu dokumentacją medyczną i obowiązkami administracyjnymi;
- niż demograficzny.

Dyrektorzy podmiotów leczniczych wskazali na problem długiego przebywania w szpitalach dzieci pozostawianych przez matki po porodzie. W latach 2022–2025 (I półrocze) w dziewięciu skontrolowanych szpitalach<sup>234</sup> zdarzyło się, że matka pozostawiła dziecko po porodzie.

#### Przykłady

Dyrektor **Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie** zwróciła uwagę na problem pozostawiania dzieci w Szpitalu po porodzie. W okresie objętym kontrolą sytuacja taka miała miejsce czternastokrotnie – w 2022 r. i w 2023 r. pozostawiono dwoje dzieci, w 2024 r. – czworo, a w 2025 r. (do 30 czerwca) – sześcioro. Dzieci przebywały w Szpitalu od pięciu do 197 dni, w tym troje z tych dzieci przebywało w jednostce skontrolowanej powyżej 100 dni. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w związku z opieką nad tymi

<sup>234</sup> Szpital Kliniczny w Warszawie, ZOZ w Końskich, PZOZ w Starachowicach, Katowickie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach, ZOZ w Oleśnie, BCM w Brzegu, PCM w Grójcu, CM „Żelazna” w Warszawie.

dziećmi Szpital poniósł koszty w wysokości 644 tys. zł. Wskazała również, że środki przekazane przez NFZ na sfinansowanie przedłużonych pobytów dzieci oczekujących na umieszczenie w pieczy zastępczej mogły wystarczyć na wypłacenie rodzicom zastępczym pomocy finansowej przez kolejne trzy lata dla każdego z tych dzieci. Dyrektor Szpitala podniosła również, że poza kosztami związanymi z pobytem takich dzieci w Szpitalu, niezbędne jest: wypożyczenie łóżeczka dla dziecka, organizowanie zbiórek ubrań i zabawek, kangurowanie przez personel lub wolontariuszy, wypożyczenie wózka spacerowego, wychodzenie z dzieckiem na spacer.

W latach 2022–2025 (I półrocze), w **Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich** pozostawiono sześćcioro dzieci, które przebywały w nim od 17 dni, do 83 dni. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Problemem o charakterze systemowym, który w sposób szczególny dotyka szpitale powiatowe, jest również sytuacja związana z pozostawianiem noworodków przez matki w szpitalu. W takich przypadkach, do czasu wskazania formy dalszej opieki przez system pieczy zastępczej lub sąd, to na szpitalu spoczywa obowiązek zapewnienia tymczasowej opieki nad dzieckiem, co generuje znaczne i nieplanowane koszty, bez zapewnienia odpowiedniego mechanizmu refundacyjnego. Przykładowo dwoje noworodków pozostawionych w szpitalu w okresie od 13.02.2025 do 03.04.2025 oraz od 21.02.2025 do 09.04.2025 wygenerowało łączne koszty opieki i hospitalizacji w wysokości 81 942,92 zł. W innym przypadku, jedno dziecko oddane do adopcji decyzją sądu, przebywające w szpitalu w dniach 26.07.2023–17.10.2023, wygenerowało koszty w wysokości 74 233,16 zł. W roku 2023, w okresie od 09.01.2023 do 16.03.2023, opieka nad dwojgiem noworodków pozostawionych w szpitalu wiązała się z kosztami rzędu 140 396,17 zł. Wskazane sytuacje mają charakter powtarzalny i stanowią poważne obciążenie finansowe dla szpitala, który nie otrzymuje w takich przypadkach dedykowanego wsparcia finansowego ani systemowego mechanizmu rekompensaty.*

W skontrolowanych jednostkach zwrócono uwagę na problem z oczekiwaniem na uruchomienie konkursów z Funduszu Medycznego. Kierujący sześcioma skontrolowanymi szpitalami wyjaśnili, że zaplanowali zakup z Funduszu Medycznego następującej liczby łóżek dla pacjentów oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych:

- 130 łóżek – Szpital Kliniczny w Warszawie;
- 99 łóżek – Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej;
- 72 łóżek – Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy;
- 45 łóżek – KCZ w Krapkowicach;
- 19 łóżek – PCM w Grójcu;
- 13 łóżek – ZOZ w Końskich.

### 5.3. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W PODMIOTACH UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH PORADNI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYCH I POŁOŻNYCH POZ

#### 5.3.1. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

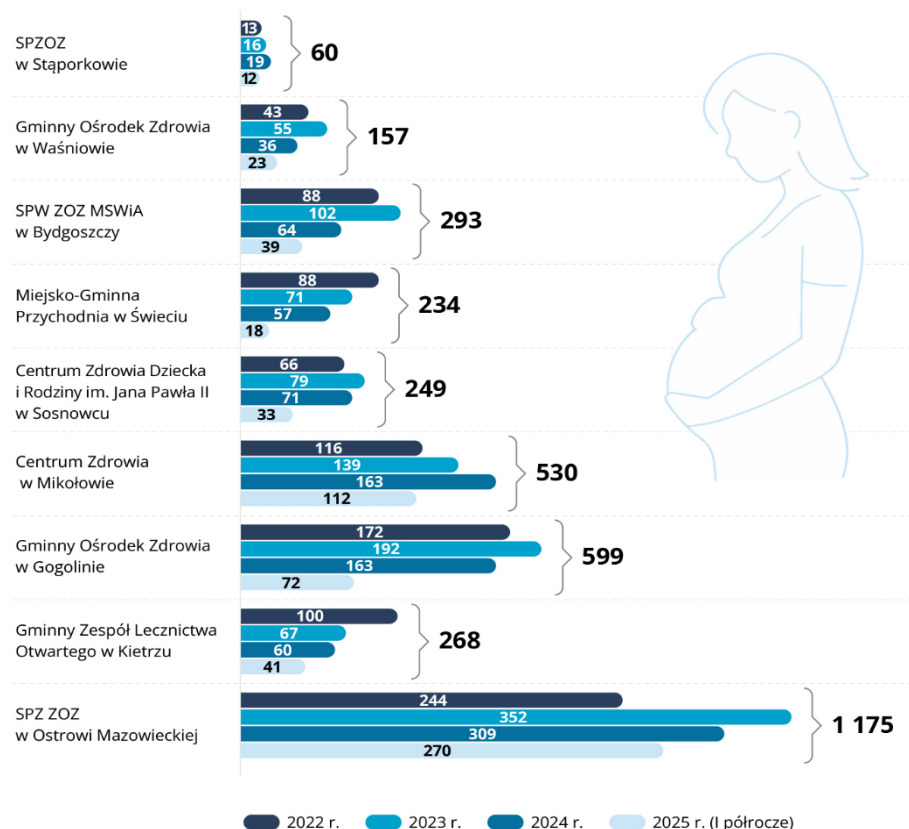
##### Charakterystyka skontrolowanych podmiotów

Kontrolą NIK objęto dziewięć podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach poradni ginekologiczno-położniczych oraz jednocześnie świadczeń położnej POZ. Kontrola w tych podmiotach dotyczyła opieki udzielanej kobietom podczas ciąży oraz kobietom w okresie połogu i ich dzieciom.

Liczbę pacjentek w ciąży objętych opieką skontrolowanych poradni ginekologiczno-położniczych przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 5

Liczba kobiet w ciąży objętych opieką poradni ginekologiczno-położniczych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

##### Nie zawsze prawidłowe regulaminy organizacyjne

Skontrolowane podmioty lecznicze, stosownie do art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, funkcjonowały w oparciu o regulaminy organizacyjne, w których określono zadania i sposób organizacji

**Rozbieżności  
dotyczące czasu pracy  
poradni**

poszczególnych komórek. Nieprawidłowości dotyczące nierzetelnego opracowania tych dokumentów stwierdzono w trzech podmiotach<sup>235</sup>.

Czas pracy skontrolowanych poradni ginekologiczno-położniczych i udzielania świadczeń przez położne POZ był zróżnicowany (najczęściej w wybrane dni tygodnia po kilka godzin). Rozbieżności pomiędzy faktycznym czasem pracy poradni a czasem zadeklarowanym w umowach z NFZ wystąpiły w czterech podmiotach<sup>236</sup>.

**Przykład**

W **SP ZOZ w Stąporkowie** nieprawidłowo informowano pacjentów o godzinach pracy poradni ginekologiczno-położniczej, ponieważ na drzwiach wejściowych do gabinetu oraz na stronie internetowej przychodni wskazano inne godziny przyjęć niż określone w umowie z NFZ. W wymienionych wyżej miejscach wskazano, że lekarz przyjmuje pacjentki w czwartki w godzinach: 14:00–17:00, natomiast w umowie – w godzinach: 14:00–18:00. Naruszało to § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU, zgodnie z którym świadczeniodawca ma obowiązek podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń. W tym samym podmiocie leczniczym niezgodny był grafik pracy położnej POZ z czasem wskazanym w załączniku do umowy z NFZ.

**Na ogół lekarze  
i położne miały  
wymagane  
wykształcenie**

W skontrolowanych podmiotach spełnione były na ogół wymogi dotyczące wykształcenia lekarzy i ich liczby, a także położnych, które określono w załączniku nr 1 i 1a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS. Nieprawidłowości dotyczące kwalifikacji personelu stwierdzono w jednej poradni<sup>237</sup>.

**Przykład**

W **CZDiR w Sosnowcu** od 1 stycznia 2022 r. do 1 stycznia 2024 r., porad udzielały położne mające licencjat z położnictwa lub średnie wykształcenie położnej. Natomiast położna z wykształceniem w stopniu magistra podjęła zatrudnienie w Centrum 2 stycznia 2024 r. Tym samym od 1 stycznia 2022 r. do 1 stycznia 2024 r. nie było w placówce osoby z wykształceniem określonym w załączniku nr 1a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS, zgodnie z którym, jednostka udzielająca świadczeń w zakresie porad

<sup>235</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, GOZ w Gogolinie, GZLO w Kietrze.

<sup>236</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, MSWiA w Bydgoszczy, MGP w Świeciu, Centrum Zdrowia w Mikołowie.

<sup>237</sup> CZDiR w Sosnowcu.

położnej powinna zapewniać personel w stopniu magistra położnictwa lub specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa po kursie specjalistycznym, dotyczącym ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, który w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabył wiedzę w zakresie przedmiotowego kursu.

#### Szkolenie personelu

Personel medyczny udzielający świadczeń w skontrolowanych podmiotach uczestniczył w różnych formach podnoszenia kwalifikacji o tematyce dotyczącej opieki okołoporodowej. Przede wszystkim były to szkolenia wewnętrzne oraz bezpłatne webinaria, sympozja, konferencje. W sześciu poradniach<sup>238</sup>, w latach 2022–2025 (I półrocze) nie ponoszono żadnych kosztów na szkolenia personelu związane z tematem kontroli. W pozostałych wydatki te wynosiły od 250 zł do 8188 zł.

#### Odpowiednie wyposażenie w sprzęt w większości poradni

Podmioty lecznicze objęte kontrolą NIK na ogół dysponowały sprzętem umożliwiającym przeprowadzenie badań, o których mowa w Standardzie opieki okołoporodowej<sup>239</sup>, tj.: do pomiaru wzrostu, ciężaru ciała, ciśnienia, badania cytologicznego, USG i KTG. Ponadto w tych podmiotach zapewniono większość sprzętu i aparatury, wymaganych rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS<sup>240</sup> oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ<sup>241</sup>. W pięciu skontrolowanych podmiotach<sup>242</sup> brakowało niektórych sprzętów.

#### Przykład

W **SP ZOZ w Stąporkowie** nie zapewniono:

- aparatu do elektrokoagulacji (pomimo, że sprzęt ten wykazano jako zasoby w umowie z NFZ);
- w gabinecie położnej POZ: kozetki, zestawu przeciwwstrząsowego, stetoskopu, słuchawki położniczej lub detektora tętna płodu oraz wagi medycznej ze wzrostomierzem;
- pełnego wyposażenia neseseru położnej, tj.: stetoskopu, słuchawki położniczej lub detektora tętna płodu.

<sup>238</sup> MSWiA w Bydgoszczy, MGP w Świeciu, CZDiR w Sosnowcu, Centrum Zdrowia w Mikołowie, GOZ w Gogolinie, GZLO w Kietrze.

<sup>239</sup> Część II – Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzenia)

<sup>240</sup> Załącznik nr 1.

<sup>241</sup> Załącznik nr 3, część III.

<sup>242</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, MSWiA w Bydgoszczy, MGP w Świeciu, CZDiR w Sosnowcu, Centrum Zdrowia w Mikołowie.

W gabinecie położnej POZ w **MGP w Świeciu** nie zapewniono: mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi dla dzieci, niektórych elementów zestawu przeciwwstrząsowego, pełnego wyposażenia neseseru położnej (zestawu do wykonywania iniekcji, zestawu do przetaczania płynów infuzyjnych, podstawowego zestawu narzędzi chirurgicznych, zestawu przeciwwstrząsowego, mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi dla dzieci, testów do oznaczania poziomu cukru we krwi, zestawu do porodu nagłego, glukometru, maseczki twarzowej do prowadzenia oddechu zastępczego).

**Niewykonywanie  
przebiegu  
technicznego  
niektórych sprzętów**

W siedmiu skontrolowanych poradniach przestrzegano zalecaną przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej, stosownie do art. 63 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych. W dwóch podmiotach<sup>243</sup> stwierdzono odstępstwa od tego obowiązku. Ponadto w MGP w Świeciu ustalono, że waga dla niemowląt wykorzystywana w gabinecie położnej POZ oraz znajdująca się w lokalizacji waga medyczna krzesłkowa nie miały ważnych świadectw legalizacji w okresie od stycznia 2022 r. do 13 kwietnia 2025 r., co stanowiło naruszenie art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach<sup>244</sup>. W tym samym podmiocie w poradni ginekologiczno-położniczej oraz w gabinecie położnej POZ, jako wagi medyczne wykorzystywane były dwie wagi opisywane przez producentów jako wagi łazienkowe, niemające oznaczeń typowych dla wag medycznych, wymaganych § 15 ust. 1 pkt 2 i 5 w zw. z § 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 2 czerwca 2016 r. w sprawie wag nieautomatycznych<sup>245</sup>. Lekceważenie obowiązku wykonywania przeglądów aparatury medycznej i stosowanie nieprofesjonalnego sprzętu może mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i dokładność wykonywanych badań i pomiarów.

**Niedostosowanie  
sprzętów dla kobiet  
z niepełnosprawnościami**

Tylko trzy poradnie, spośród dziewięciu skontrolowanych, były wyposażone w sprzęt dostosowany do przeprowadzenia badań u osób z niepełnosprawnościami (np. wagi krzesłkowe, łóżkowe lub najazdowe). W jednej z nich sprzęt ten był dostępny na miejscu, w dwóch z nich, które były tzw. przychodniami przyszpitalnymi – sprzęt ten był dostępny w lokalizacji, a w czterech – go nie było. Należy zwrócić uwagę, że nowelizacja rozporządzenia w sprawie *Standardu opieki okołoporodowej* wskazuje na potrzebę zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej i komunikacyjnej dla kobiet ze szczególnymi potrzebami.

<sup>243</sup> GOZ w Gogolinie, GZLO w Kietrze.

<sup>244</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2063..

<sup>245</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 802.

**Zaniedbywanie zgłoszeń do NFZ**

W pięciu skontrolowanych poradniach<sup>246</sup> nie zgłaszano na bieżąco do NFZ zmian dotyczących zasobów (personelu udzielającego świadczeń oraz sprzętu i aparatury), co było niezgodne z § 6 ust. 1 i 2 w zw. z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, które zobowiązują świadczeniodawcę do wykonywania umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi m.in. w tych ogólnych warunkach, a te – w § 6 ust. 1 i ust. 2 – stanowią, że świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne [...] zgodnie z harmonogramem, a jego zmiany dotyczące osób wymagają zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

**Zapewnienie dostępu do wymaganych badań**

Pacjentkom skontrolowanych poradni ginekologiczno-położniczych na ogół zapewniano dostęp do badań, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS, tj. badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, RTG, mammografii, kolposkopii, krioterapii, elektrokoagulacji. Przypadki niezapewnienia dostępu do niektórych z nich wystąpiły w trzech podmiotach<sup>247</sup>.

**Przykłady**

W **SP ZOZ w Stąporkowie** w 2022 r. nie zapewniono pacjentkom dostępu do badań mammografii, a od 2022 r. do sierpnia 2025 r. – do zabiegów elektrokoagulacji.

W **MGP w Świeciu** w ramach świadczeń AOS z zakresu położnictwa i ginekologii nie zapewniono dostępności do zabiegu elektrokoagulacji. Aparat do elektrokoagulacji w związku z zaprzestaniem – począwszy od 2016 r. – jego serwisowania był wycofany z użytkowania. Realizacji zabiegu nie zabezpieczono również w drodze umowy z podmiotem zewnętrznym.

Od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2023 r. w **GOZ w Gogolinie** nie zapewniono pacjentkom dostępu do badań mammograficznych. Ośrodek nie dysponował sprzętem pozwalającym na wykonanie takich badań, a stosowna umowa została podpisana z podmiotem zewnętrznym 26 lipca 2023 r.

**Prawidłowy sposób urządzenia pomieszczeń**

Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń w ramach poradni położniczo-ginekologicznych oraz położnej POZ, zostały urządzone zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. We wszystkich skontrolowanych

<sup>246</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, MSWiA w Bydgoszczy, MGP w Świeciu, CZDiR w Sosnowcu, Centrum Zdrowia w Mikołowie.

<sup>247</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, MGP w Świeciu, GOZ w Gogolinie.

podmiotach ustalono, że pacjentkom zapewniono poczucie intymności i godności, np. poprzez odpowiednie ułożenie fotela ginekologiczno-położniczego, zabezpieczenie okien w gabinetach przed możliwością wglądu przez osoby postronne, oznakowanie wejść do gabinetów w informacje o trwającym badaniu.

**Jeden przypadek złamania zakazu reklamowania produktu do początkowego żywienia niemowląt**

We wszystkich dziewięciu skontrolowanych podmiotach stosowane formularze kart ciąży nie promowały preparatów początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów do karmienia. Podczas oględzin prowadzonych w pomieszczeniach skontrolowanych poradni ustalono, że w sześciu z nich przestrzegano zakazu reklamowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, zgodnie z tym co zapisano w art. 25 ust. 1–2 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz w *Standardzie opieki okołoporodowej* (cz. XIII pkt 3 ppkt 10). Nie przestrzegano tego w jednej skontrolowanej poradni.

#### Przykład

Podczas oględzin przeprowadzonych w wybranych pomieszczeniach **Centrum Zdrowia w Mikołowie**, tj. gabinetu położnej POZ i gabinetu ginekologiczno-położniczego, stwierdzono, że umieszczono w nich broszury wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. W przypadku gabinetu położnej POZ materiały reklamowe znajdowały się w poczekalni dla pacjentów, usytuowanej bezpośrednio przy gabinecie. Ulotki (wskazujące jednego producenta) dotyczyły preparatów do początkowego żywienia niemowląt od 1. dnia po porodzie. Z kolei w gabinecie ginekologiczno-położniczym umieszczono materiały pt. „Jak wspierać odporność i rozwój maluszka” (wskazujące tego samego producenta), a broszura ta zawierała informacje o sztucznym pokarmie do dokarmiania dzieci.

**Pośrednie formy reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt**

W dwóch skontrolowanych poradniach<sup>248</sup> stwierdzono materiały opatrzone logo producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Nie zawierały one, co prawda, treści promujących preparaty do początkowego żywienia niemowląt, ale poprzez umieszczenie samego logo czy nazwy producenta, mogły stanowić formę pośredniej reklamy.

#### Przykłady

Na ścianach poczekalni poradni położniczo-ginekologicznej w **MGP w Świeciu** oraz ścianach korytarza prowadzącego do tej poradni wywieszane były materiały edukacyjne oznaczone logo producenta produktów do żywienia dzieci i niemowląt pt.: *Zapobieganie otyłości u dzieci, Laktacja. Dieta kobiety karmiącej, Dolegliwości niemowląt*. Było

<sup>248</sup> MGP w Świeciu, SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej.

to pięć plakatów w kształcie koła przedstawiających postać animowanego zwierzęcia z umieszczonym hasłem nawołującym do odwiedzenia strony internetowej producenta, plakat reklamowy w kształcie koła przedstawiający zdjęcia preparatów do żywienia niemowląt, plakat przedstawiający korzyści z dołączenia do klubu lojalnościowego producenta. W poradni wystawiono także biurkowy stojak reklamowy producenta ze zdjęciami produktów do żywienia, schematem żywienia niemowląt oraz hasłem zachęcającym do zapoznania się z wszystkimi produktami na stronie internetowej producenta. Jednak na żadnym z tych materiałów nie było bezpośredniej reklamy przedmiotów służących do karmienia niemowląt oraz preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Znajdowały się tam reklamy, materiały umieszczone na stojaku reklamowały mleko modyfikowane, przeciery w słoiczkach i kaszki.

W **SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej** jedna z dostępnych dla pacjentek ulotek, zachęcająca do karmienia piersią, zawierała jednocześnie informacje o stronie internetowej producenta preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Dyrektor wyjaśnił, że położne nie miały intencji promować takich preparatów, mogły wykorzystać dostępne materiały bez świadomego rozpoznania ich treści.

### 5.3.2. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

#### **Edukacja przedporodowa**

Edukacja przedporodowa jest definiowana jako praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połoгу oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci (część I ust. 4 pkt 13 *Standardu opieki okołoporodowej*).

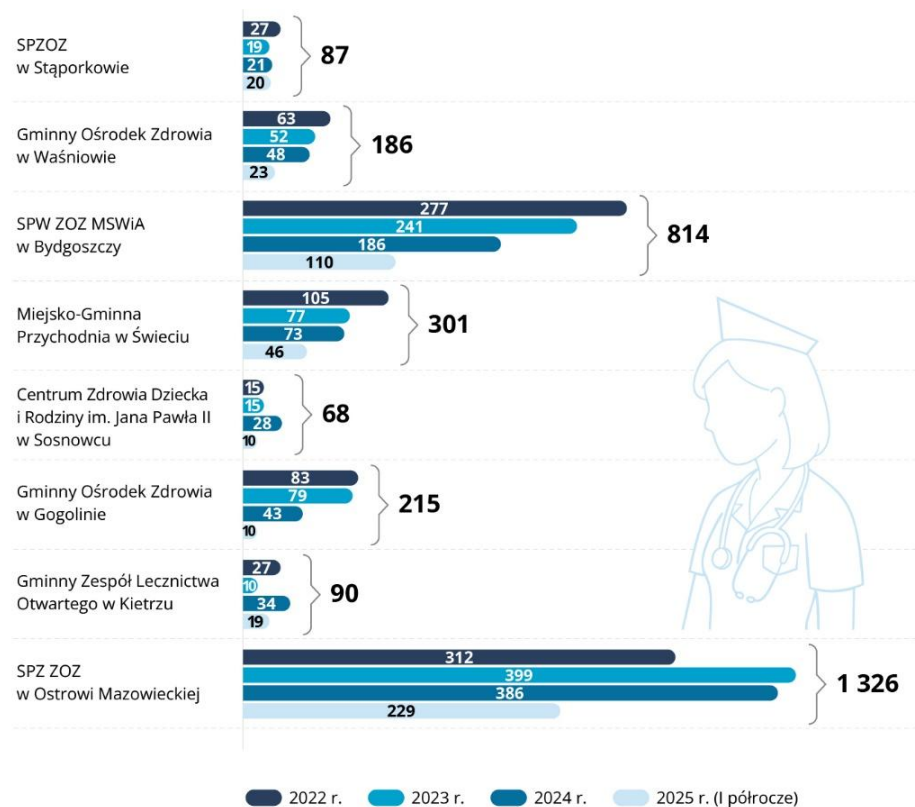
Realizacja edukacji przedporodowej ma dostarczyć kobiecie oraz bliskiej jej osobie wiedzę i umiejętności w zakresie koniecznym dla okresu prenatalnego (ciąży), porodu, okresu poporodowego (połoгу) oraz wsparcia społecznego ciężarnej, położnicy i rodziny (część IV ust. 2 *Standardu*). Dokument ten określa minimalny obszar praktycznego i teoretycznego przygotowania kobiety ciężarnej oraz osoby jej bliskiej, biorąc jednocześnie pod uwagę stan zdrowia i potrzeby kobiet.

W skontrolowanych jednostkach szkoły rodzenia funkcjonowały w podmiotach, które były tzw. przychodniami przyszpitalnymi, tj. w MSWiA w Bydgoszczy<sup>249</sup> oraz w SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. W CZ w Mikołowie szkoła rodzenia była prowadzona przez podmiot zewnętrzny (CZ wynajmowało pomieszczenia do prowadzenia takiej działalności), a w GZLO w Kietrze w 2023 r. bezpłatne zajęcia szkoły rodzenia były prowadzone przez pracowników szkoły rodzenia prowadzonej w pobliskim szpitalu.

Edukację przedporodową w ośmiu skontrolowanych poradniach prowadziły położne w formie indywidualnych spotkań, a w jednej<sup>250</sup> – w formie zajęć grupowych. Liczbę pacjentek korzystających z edukacji przedporodowej w skontrolowanych podmiotach przedstawia poniższa infografika:

Infografika nr 6

Liczba pacjentek korzystających z edukacji przedporodowej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli

<sup>249</sup> W latach 2022–2025 (I półrocze) zajęcia szkoły rodzenia zorganizowano jeden raz.

<sup>250</sup> MSWiA w Bydgoszczy.

W pięciu podmiotach<sup>251</sup> lekarze nie odnotowywali w dokumentacji medycznej pacjentek faktu skierowania do położnej POZ, pomimo że zgodnie z częścią II *Standardu opieki okołoporodowej*, osoba sprawująca opiekę nad kobietą w ciąży, jeżeli nie jest położną POZ, kieruje pacjentkę w okresie pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży do położnej POZ, co należy potwierdzić w dokumentacji medycznej ciężarnej. Zdaniem lekarzy zajmujących się pacjentkami w ciąży, taką informację przekazywali ustnie podczas wizyt. Na podstawie próby dokumentacji medycznych 30 pacjentek w każdej skontrolowanej poradni ustalono, że z edukacji przedporodowej skorzystało od 17 kobiet (CZDiR w Sosnowcu<sup>252</sup>) do 30 (MGP w Świeciu). Należy zauważyć, że skontrolowane podmioty udzielały świadczeń zarówno w zakresie poradni ginekologiczno-położniczych, jak i świadczeń położnej POZ, w związku z czym prawdopodobieństwo że kobieta w ciąży skorzysta z edukacji świadczonej przez położną było większe. Odnotowywanie informacji o skierowaniu do położnej POZ jest jeszcze bardziej istotne w podmiotach, które nie udzielają świadczeń położnej POZ.

Efektom edukacji przedporodowej powinny być m.in. opracowane wspólnie z pacjentką i dostosowane do jej stanu zdrowia plany opieki przedporodowej i plany porodu. Zgodnie z częścią IV ust. 3 *Standardu* edukacja przedporodowa, dotycząca okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje m.in: opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej. Edukacja przedporodowa, dotycząca porodu obejmuje – zgodnie z częścią IV ust. 4 *Standardu* – w szczególności przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej. Stosownie do części V ust. 1 *Standardu*, podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu. Spośród skontrolowanych poradni tylko w MGP w Świeciu oraz w SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej opracowywano plany opieki przedporodowej i plany porodu, które załączano do dokumentacji pacjentek.

Plany opieki przedporodowej znajdowały się także w dokumentacji 14 pacjentek SP ZOZ w Stąporkowie, z 30 przebadanych, jednak nie były one opracowane rzetelnie. Również w MGP w Świeciu siedem planów opieki przedporodowej pacjentek, z 30 skontrolowanych, opracowano nierzetelnie. W pozostałych skontrolowanych jednostkach nie można było dokonać oceny tych planów, ponieważ ich nie opracowano lub nie dołączono do dokumentacji pacjentek, jak wyjaśnili kierownicy tych jednostek.

---

<sup>251</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, GZOZ w Waśniowie, MSWiA w Bydgoszczy CZDiR w Sosnowcu, Centrum Zdrowia w Mikołowie.

<sup>252</sup> W CZDiR próbą kontrolną objęto dokumentację medyczną 20 pacjentek.

**Przykład**

Dla 30 pacjentek **SP ZOZ w Stąporkowie**, których dokumentację objęto analizą, nie ustalono planów porodu, natomiast dla 16, z 30 pacjentek nie ustalono także planów opieki przedporodowej, co stanowiło naruszenie części V, ust. 1–2 *Standardu*. W dokumentacji medycznej 14 pacjentek znajdowały się plany opieki przedporodowej, które jednak opracowano nierzetelnie, ponieważ nie były zindywidualizowane, a w całym okresie ciąży nie były modyfikowane w przypadku żadnej z pacjentek i nie dawały możliwości zakwalifikowania pacjentki do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, także do badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Stanowiły jedynie powielony wzór badań i procedur określonych w części II *Standardu*.

W dokumentacji medycznej pacjentek siedmiu podmiotów, z dziewięciu skontrolowanych, nie było planów porodu. Plany porodu były dołączane do dokumentacji pacjentek MGP w Świeciu oraz SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. Jednak stosowany w MGP w Świeciu wzór planu porodu nie uwzględniał treści odnoszących się do miejsca porodu, co było niezgodne z częścią V *Standardu*.

**Przykład**

W **MGP w Świeciu**, w latach 2022–2025, do ustalania z ciężarną Planu porodu wykorzystywano formularz, który nie uwzględniał miejsca porodu, co było niezgodne ze wskazaniem zawartym w części V *Standardu*. Dyrektorka MGP wyjaśniła m.in., że miejsce porodu jest wyborem pacjentki i nie można wymagać na pracownikach medycznych, aby narzucali i ograniczali ją w wyborze. Wskazała dodatkowo, że każda z ciężarnych uzyskała informację o możliwościach wyboru. Odnosząc się do wyjaśnień należy podkreślić, że plan porodu jest dokumentem, w którym ciężarna po odbytej edukacji przedporodowej wyraża swoje preferencje co do porodu. Zadaniem położnej jest wskazanie pacjentce odpowiedniego poziomu referencyjności placówki, w której powinien odbywać się poród, przygotowanej kadrowo i organizacyjnie do wyzwań w toku porodu wynikających z sytuacji zdrowotnej pacjentki i płodu. Określenie w planie miejsca porodu pozwala personelowi na zweryfikowanie, czy pacjentka zamierza urodzić w miejscu odpowiadającym jej potrzebom i ewentualne udzielenie wskazówek w przypadku wybrania placówki o zbyt niskim poziomie referencyjnym.

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 został określony w części II *Standardu opieki okołoporodowej*. Zgodnie ze *Standardem*, większość badań powtarza się w poszczególnych okresach ciąży; należy do nich m.in. badanie ultrasonograficzne (zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników), badanie ogólne moczu, morfologia krwi, VDRL, HCV, HIV, badanie anty-D u kobiet Rh (-). Podczas kontroli, na podstawie próby dokumentacji medycznej 270 pacjentek<sup>253</sup>, sprawdzono, czy kobietom w ciąży zapewniono wskazane w *Standardzie* badania diagnostyczne, świadczenia profilaktyczne i działania w zakresie promocji zdrowia. W każdej ze skontrolowanych poradni stwierdzono nieprawidłowości związane z niezapewnieniem pacjentkom w ciąży wymaganych badań i procedur.

### Przykład

Pacjentkom w ciąży, w poradni ginekologiczno-położniczej **SP ZOZ w Stąporkowie** nie zapewniono niektórych świadczeń profilaktycznych, działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, które zawarto w części II *Standardu*, w szczególności:

- a) żadnej z 30 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto analizą, nie zapewniono badania gruczołów sutkowych, oceny ryzyka ciążowego, oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji, oceny wymiarów miednicy, nie określono wskaźnika BMI, nie podejmowano czynności dotyczących propagowania zdrowego stylu życia, nie zebrano danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek;
- b) pomiaru ciśnienia tętniczego krwi nie wykonano: u siedmiu pacjentek do 10. tygodnia ciąży, u 11 pacjentek pomiędzy 11–14 tygodniem ciąży, u 10 pacjentek pomiędzy 15–20 tygodniem ciąży, u dziewięciu pacjentek pomiędzy 21–26 tygodniem ciąży, u siedmiu pacjentek pomiędzy 27–32 tygodniem ciąży, u 10 pacjentek pomiędzy 33–37 tygodniem ciąży, u czterech pacjentek pomiędzy 38–39 tygodniem ciąży, u jednej pacjentki niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży;
- c) badania przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych nie zlecono u 19 pacjentek;
- d) morfologii krwi nie zlecono: u czterech pacjentek do 10 tygodnia ciąży, u trzech pacjentek pomiędzy 27–32 tygodniem ciąży, u 11 pacjentek pomiędzy 38–39 tygodniem ciąży;

---

<sup>253</sup> Próbą objęto dokumentację medyczną 30 pacjentek, w każdej kontrolowanej poradni.

- e) badania ogólnego moczu nie zlecono: u trzech pacjentek do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 27–32 tygodniem ciąży, u 12 pacjentek pomiędzy 38–39 tygodniem ciąży;
- f) badania stężenia glukozy we krwi na czczo nie zlecono u pięciu pacjentek;
- g) badania w kierunku różyczki nie zlecono u 14 pacjentek, natomiast u trzech pacjentek zlecono badanie później niż do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się;
- h) badania ultrasonograficznego, zalecanego przez Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, nie wykonano: u sześciu pacjentek pomiędzy 11–14 tygodniem ciąży, u trzech pacjentek pomiędzy 18–22 tygodniem ciąży, u jednej pacjentki bezpośrednio po 40 tygodniu ciąży;
- i) badania antygeny HBs nie zlecono u 22 pacjentek, a u jednej pacjentki zlecono je w 14 tygodniu ciąży, natomiast ze *Standardu* wynika, że badanie to powinno być wykonane pomiędzy 33–37 tygodniem ciąży.

Spośród 270 pacjentek w ciąży, których dokumentację medyczną objęto analizą NIK, najczęściej nie zapewniano:

- badania gruczołów sutkowych (205 kobiet – do tygodnia ciąży; 178 kobiet w okresie 33–37 tygodnia ciąży) – Infografika nr 7;
- oceny wymiarów miednicy (150 kobiet) – Infografika nr 8;
- zebrania danych dotyczących zdrowego trybu życia (134 pacjentkom) – Infografika nr 9;
- zalecenia kontroli stomatologicznej (126 pacjentkom) – Infografika nr 10;
- oceny ryzyka depresji i jej nasilenia (114 pacjentkom pomiędzy 11–14 tygodniem ciąży; 101 – pomiędzy 15–20 tygodniem ciąży; 86 – pomiędzy 21–26 tygodniem ciąży; 87 – pomiędzy 33–37 tygodniem ciąży) – Infografika nr 11;
- badania antygeny HBs (74 pacjentki) – Infografika nr 12.

Infografika nr 7

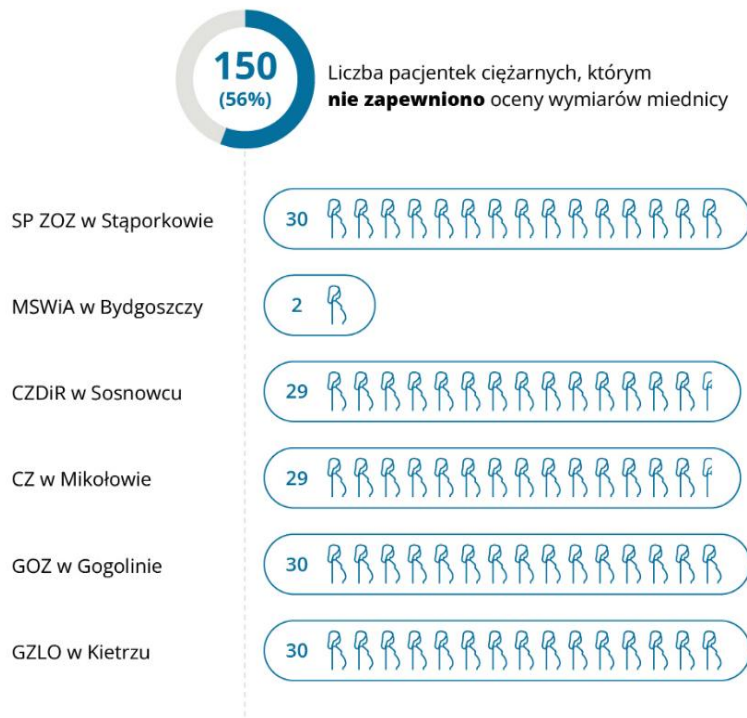
Liczba pacjentek, którym nie wykonano badania gruczołów sutkowych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Infografika nr 8

Liczba pacjentek, u których nie przeprowadzono oceny wymiarów miednicy



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Infografika nr 9

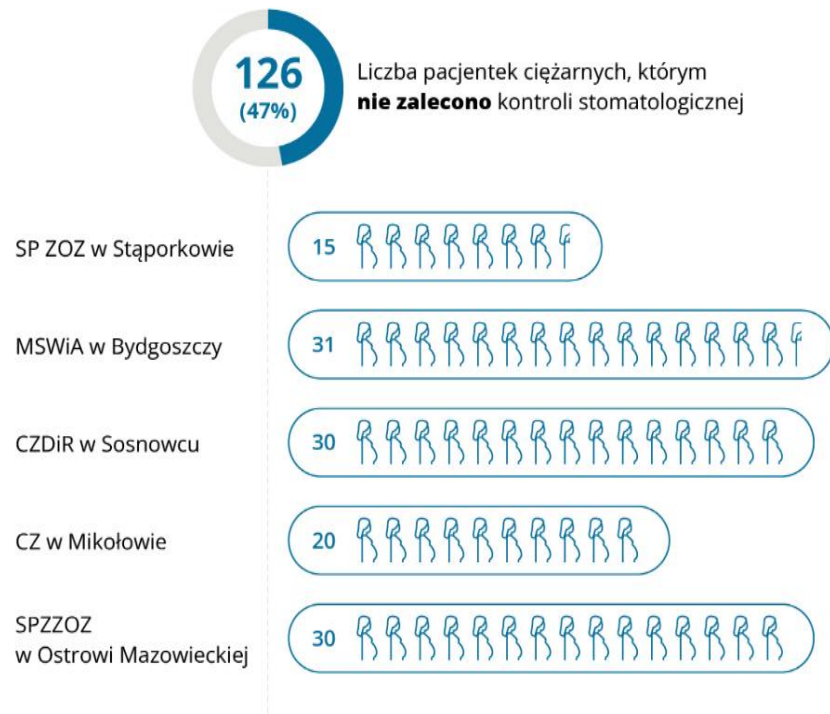
Liczba pacjentek, od których nie zebrano danych dotyczących zdrowego trybu życia



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Infografika nr 10

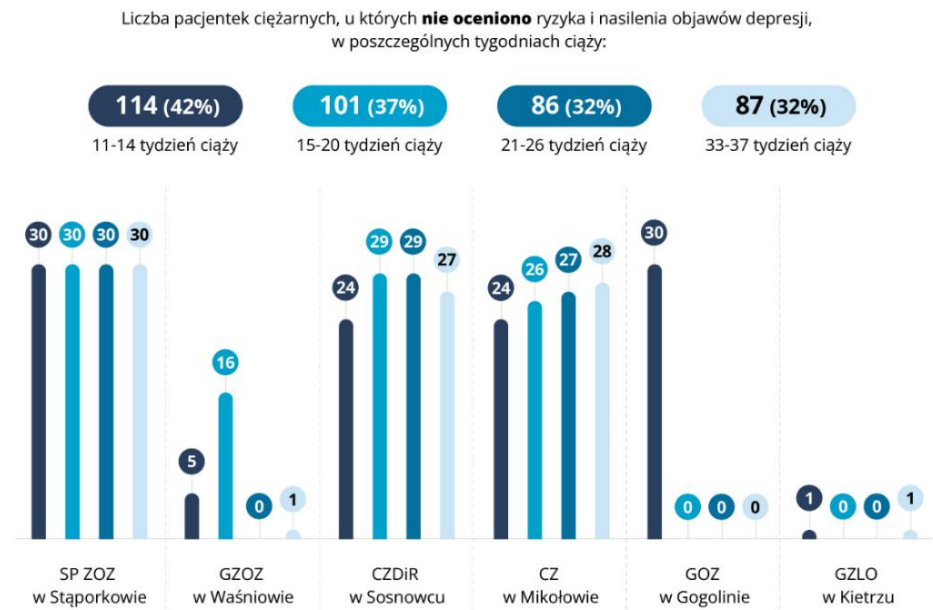
Liczba pacjentek, którym nie zalecono kontroli stomatologicznej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Infografika nr 11

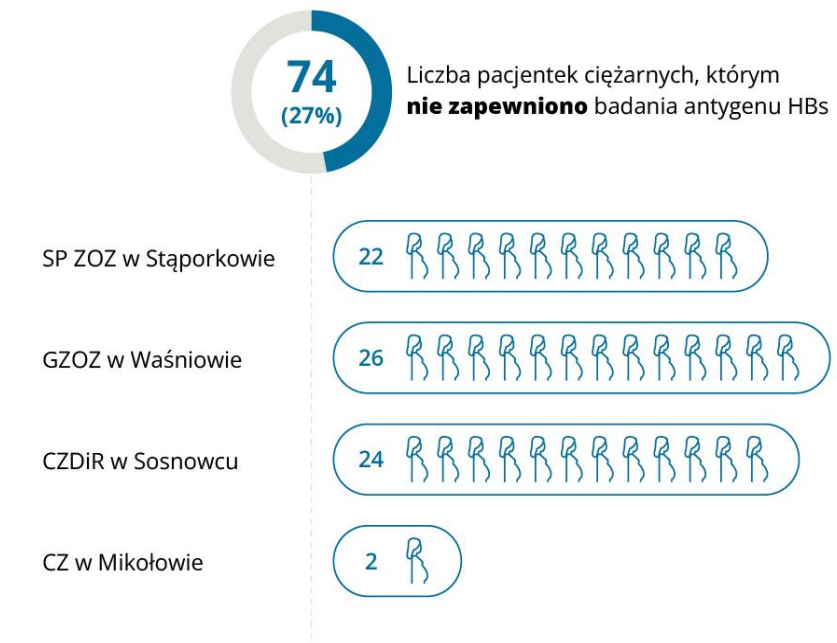
Liczba pacjentek, u których nie przeprowadzono oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Infografika nr 12

Liczba pacjentek, którym nie wykonano badania antygeny HBs



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Część z pacjentek podczas wizyt nie miała wykonywanych podstawowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, określenia wzrostu i wskaźnika BMI.

Nie wszystkim pacjentkom zapewniono także wykonanie kluczowego dla oceny rozwoju płodu badania ultrasonograficznego zgodnie z rekomendacjami PTGiP. Spośród 270 pacjentek, takiego badania nie przeprowadzono: u 14 pacjentek w okresie 11–14 tygodnia ciąży; u 42 pomiędzy 18–22 tygodniem ciąży; u pięciu – pomiędzy 27–32 tygodniem ciąży.

Jako przyczyny niezlecenia badań lub niewykonywania procedur kierownicy jednostek i lekarze najczęściej wskazywali brak takiej potrzeby u danej pacjentki, przeoczenie lub to, że badania były wykonywane, ale nie odnotowywano tego faktu w dokumentacji medycznej.

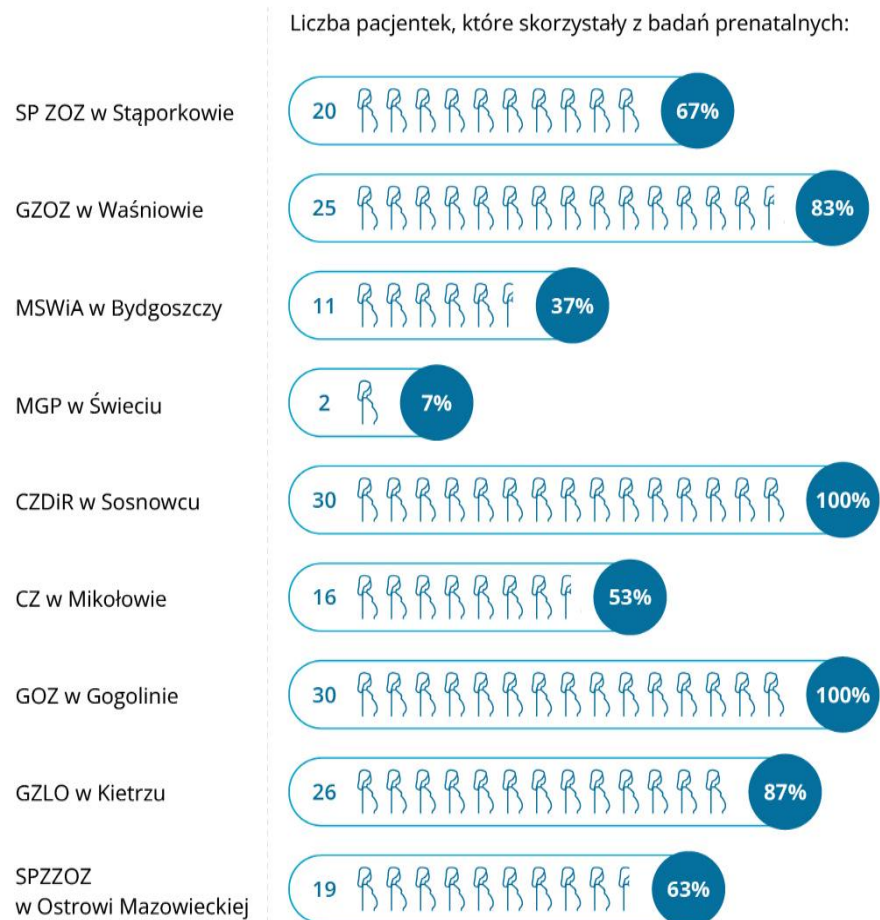
Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (cz. V ust. 1), w planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Ponadto osoba sprawująca opiekę nad ciężarną może zlecić wykonanie dodatkowych, profilaktycznych lub diagnostycznych świadczeń zdrowotnych, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu (cz. II).

**Zróżnicowana skala korzystania z badań prenatalnych**

W skontrolowanych poradniach wszystkie pacjentki ze wskazaniami do badań prenatalnych kierowano na takie badania. Nie we wszystkich podmiotach dokumentowano jednak fakt przekazania informacji o możliwości skorzystania z takich badań. Różna była także liczba kobiet, które zdecydowały się na ich przeprowadzanie. W próbie 30 dokumentacji medycznych poddanych analizie z badań prenatalnych skorzystało od 2 do 30 pacjentek.

## Infografika nr 13

Liczba pacjentek, które skorzystały z badań prenatalnych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Pacjentki kierowano na badania prenatalne głównie z powodu ich wieku lub w celach profilaktycznych. Należy zwrócić uwagę, że od 5 czerwca 2024 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Zgodnie z nim, wszystkie kobiety w ciąży mogą przeprowadzić bezpłatną diagnostykę prenatalną w ramach *Programu badań prenatalnych*, finansowanego przez NFZ bez względu na wiek.

**Nierzetelne  
prowadzenie  
dokumentacji  
medycznej  
pacjentek w ciąży**

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek w ciąży nie zawsze odzwierciedlał rodzaj i zakres udzielonej im pomocy. Świadczą o tym stwierdzone w kontroli przypadki niezałączania do dokumentacji medycznej planów opieki przedporodowej i planów porodów. Stwierdzono również, że w dokumentacji tej nie było adnotacji o przekazaniu pacjentce informacji o możliwości skorzystania z badań prenatalnych oraz danych dotyczących niektórych z przeprowadzonych badań i procedur (np. zalecenia konsultacji stomatologicznej, oceny ryzyka

ciążowego, oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji, podejmowania czynności dotyczących propagowania zdrowego stylu życia, zebrania danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek).

#### Nierzetelne karty przebiegu ciąży

Karta przebiegu ciąży powinna dostarczać kompleksowych informacji o przebiegu ciąży. Obowiązek prowadzenia tego dokumentu wynika z § 39 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Zgodnie z tym przepisem, karta powinna zawierać dane identyfikujące pacjenta i podmiot leczniczy na zasadach ogólnych oraz dodatkowo: (1) informacje o ogólnym stanie zdrowia: o przebytych chorobach, o chorobach przewlekłych, o pobytach w szpitalu, o zabiegach lub operacjach, o szczepieniach i stosowanych surowicach, o uczuleniach, o obciążeniach dziedzicznych, oznaczenie grupy krwi, datę ostatniej miesiączki, przybliżony termin porodu, wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży, wzrost, liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych, czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych, opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży, datę rozpoznania ciąży – datę pierwszej wizyty w związku z ciążą, wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę; (2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych, czyli: datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu.

W większości skontrolowanych podmiotów (w siedmiu<sup>254</sup>, z dziewięciu) karty przebiegu ciąży, które przekazywano pacjentkom, były prowadzone na formularzach w formie składanych książeczek, otrzymywanych m.in. od przedstawicieli firm farmaceutycznych. W dwóch pozostałych poradniach<sup>255</sup> opracowano własne formularze kart przebiegu ciąży. W trzech poradniach<sup>256</sup> stosowane formularze kart przebiegu ciąży nie zawierały niektórych elementów, wymaganych § 39 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

#### Przykład

Stosowane w **SP ZOZ w Stąporkowie** formularze kart przebiegu ciąży nie zawierały niektórych elementów określonych w § 39 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, tj. prawidłowego oznaczenia podmiotu, informacji o poradach ambulatoryjnych

<sup>254</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, GZOZ w Waśniowie, MSWiA w Bydgoszczy, CZDiR w Sosnowcu, Centrum Zdrowia w Mikołowie, GOZ w Gogolinie, GZLO w Kietrzcu.

<sup>255</sup> MGP w Świeciu, SPZOZ w Ostrowi Mazowieckiej.

<sup>256</sup> SP ZOZ w Stąporkowie, MSWiA w Bydgoszczy, MGP w Świeciu.

lub wizytach domowych, opisu wyniku badania w momencie rozpoznania ciąży, wyników badań diagnostycznych zleconych w związku z ciążą, zmierzonego każdorazowo wyniku pomiaru masy ciała, dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, kwalifikacje do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

W każdej ze skontrolowanych jednostek, w stosowanych formularzach kart przebiegu ciąży nie przewidziano miejsca dla niektórych badań, procedur i świadczeń profilaktycznych, wskazanych w *Standardzie*. Taki wzór powinien zawierać listę sprawdzającą, która powinna przyczynić się do wyeliminowania przypadków niezlecenia lub niewykonywania niektórych badań, procedur i świadczeń.

### Przykłady

W okresie objętym kontrolą, w **GZOZ w Waśniowie** stosowano wzory kart przebiegu ciąży otrzymane od przedstawicieli firm farmaceutycznych. W tych formularzach nie było miejsca na odnotowanie wszystkich badań, procedur i postępowań diagnostycznych, wskazanych w *Standardzie*. Dotyczyło to takich świadczeń, jak:

- przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie;
- propagowanie zdrowego stylu życia;
- oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji;
- oceny wymiarów miednicy;
- badania KTG;
- w przypadku występowania wskazań – podania immuglobiny anty-D (28–30 tydzień ciąży).

W **GOZ w Gogolinie** stosowany wzór karty przebiegu ciąży nie zawierał pozycji do odnotowywania niektórych z badań i procedur wskazanych w *Standardzie*. Dotyczyło to następujących świadczeń profilaktycznych i promocji zdrowia: a/ badania gruczołów sutkowych<sup>257</sup>; b/ propagowania zdrowego stylu życia<sup>258</sup>; c/ zebrania danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i używek<sup>7</sup>; d/ przekazania informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie<sup>259</sup>; e/ oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji<sup>6</sup>; f/ oceny wymiarów miednicy<sup>260</sup>.

<sup>257</sup> 33–37 tydzień ciąży.

<sup>258</sup> Różne tygodnie ciąży.

<sup>259</sup> Do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia.

<sup>260</sup> 33–37 tydzień ciąży.

Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* (część XIV ust. 1), kobiecie po porodzie i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu. Opieka ta jest realizowana przez położne i polega przede wszystkim na rozwiązywaniu problemów zaistniałych podczas porożenia oraz w sprawowaniu opieki nad noworodkiem, a także na edukacji matek. Liczbę pacjentek w skontrolowanych podmiotach leczniczych, u których przeprowadzono wizyty patronażowe przedstawiono na infografice nr 14.

#### Terminowe wizyty patronażowe

Stosownie do *Standardu opieki okołoporodowej* (część XIV ust. 8–12), położna powinna wykonać nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka). Położne ze skontrolowanych jednostek najczęściej odbywały od czterech do sześciu wizyt patronażowych u pacjentek po porodzie i ich dzieci<sup>261</sup>. Wizyty te na ogół miały miejsce w okresie dwóch dni od otrzymania zgłoszenia. Nieprawidłowość dotyczącą odbywania pierwszych wizyt patronażowych po upływie 48 godzin stwierdzono w jednej poradni.

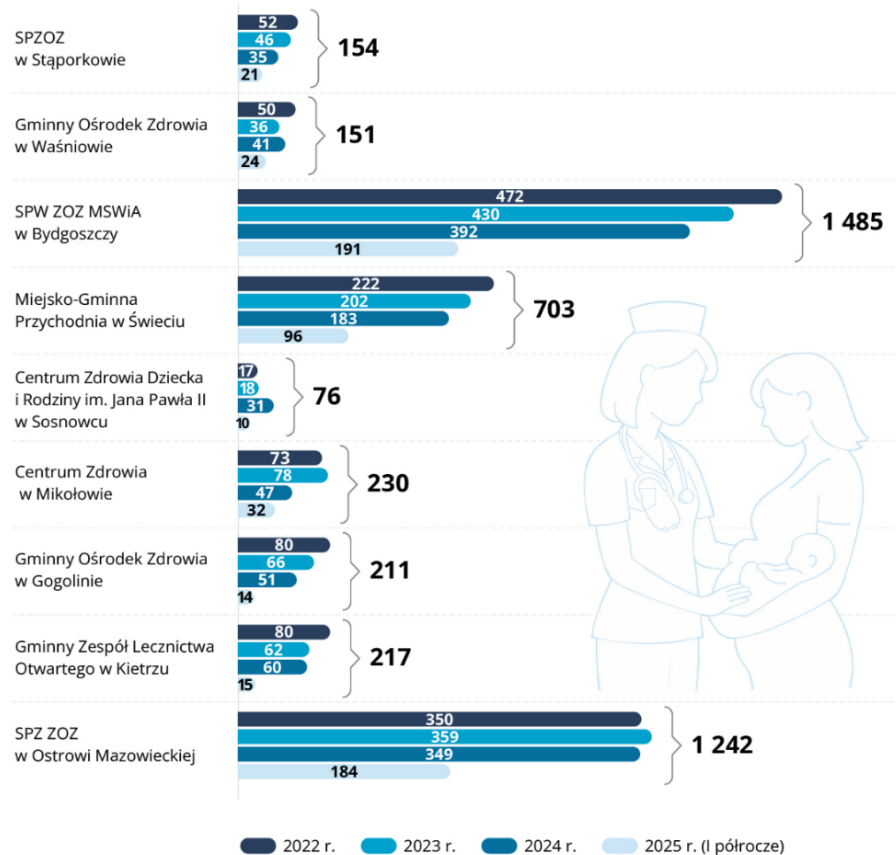
#### Przykład

W **MGP w Świeciu**, w siedmiu przypadkach, z 20 analizowanych, pierwszą wizytę patronażową przeprowadzono później niż 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka, co było niezgodne z zaleceniami części XIV ust. 8 *Standardu* oraz cz. II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ. Wizyty te zrealizowane były w okresie od 5 do 11 dni od otrzymania zgłoszenia.

<sup>261</sup> Na podstawie próby 20 dokumentacji medycznej kobiet po porodzie i ich dzieci w każdym z podmiotów objętych kontrolą.

## Infografika nr 14

Liczba pacjentek, u których przeprowadzono wizyty patronażowe



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

**Rozbieżności  
postanowień aktów  
prawnych  
co do terminu  
pierwszej wizyty  
patronażowej**

Stwierdzono także przypadki odbywania pierwszych wizyt patronażowych później niż 48 godzin od otrzymania zgłoszenia, ze względu na dni wolne od pracy (np. położna otrzymała zgłoszenie w piątek, a w sobotę i w niedzielę nie świadczyła pracy). Spośród skontrolowanych jednostek w analizowanych próbach sytuacje takie wystąpiły w :

- MGP w Świeciu (dwa przypadki);
- SP ZOZ w Stąporkowie (trzy przypadki);
- MSWiA w Bydgoszczy (dwa przypadki);
- CZDiR w Sosnowcu (dwa przypadki);
- SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej (cztery przypadki).

Termin wykonania pierwszej wizyty po porodzie w domu matki doprecyzowano w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Należy zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ, (załącznik nr 3, część II): pierwsza wizyta patronażowa odbywa się nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Natomiast zgodnie ze *Standardem opieki*

*okołoporodowej* (część XIV ust. 8): pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka. Na gruncie rozporządzenia z 2025 r. w sprawie *Standardu opieki okołoporodowej*: pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin (z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki ze szpitala po urodzeniu dziecka. Mając na uwadze powyższe rozbieżności, NIK wskazuje na potrzebę doprecyzowania tego zagadnienia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ.

**Brak planów opieki nad położnicą**

Stosownie do zaleceń *Standardu opieki okołoporodowej* (część XIV ust. 6), opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym. Brak takich planów opieki w dokumentacji kobiet<sup>262</sup>, u których przeprowadzono wizyty patronażowe stwierdzono we wszystkich skontrolowanych jednostkach. Zgodnie ze *Standardem* plan ten powinien być modyfikowany, a planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.

W *Standardzie opieki okołoporodowej* szczegółowo określono na czym ma polegać opieka położnej nad matkami i ich dziećmi podczas porodu. Zgodnie z regulacjami *Standardu*, opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę: stanu ogólnego położnicy; stanu położniczego, laktacji; czynności pęcherza moczowego i jelit; higieny ciała; stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Natomiast opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę: stanu ogólnego noworodka (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca); obecności odruchów noworodkowych; stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny); odżywiania (sposobu karmienia, przebiegu karmienia oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych); oczu, nosa i jamy ustnej; zachowania się dziecka; sposobu zapewniania higieny ciała; stanu kikutu pępowiny i dna pępka; higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek; wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.

---

<sup>262</sup> W ośmiu jednostkach, plany nie znajdowały się w dokumentacji wszystkich 20 pacjentek, których dokumentację poddano analizie. W CZ w Mikołowie plany opieki nie znajdowały się w 10 z 24 dokumentacji.

**Brak możliwości oceny  
wizyt patronażowych**

W ośmiu jednostkach, na dziewięć skontrolowanych, sposób prowadzenia przez położne dokumentacji z wizyt patronażowych nie pozwalał na dokonanie oceny, czy wykonały wobec kobiet i noworodków wszystkie zalecenia zapisane w *Standardzie opieki okołoporodowej*, ponieważ położne nie odnotowały wykonanych czynności.

Najczęściej stwierdzono brak odnotowania i/lub wykonania następujących elementów opieki nad położnicą, zalecanych w *Standardzie opieki okołoporodowej* (część XIV. Połóg), tj.:

- oceny czynności pęcherza moczowego i jelit – w sześciu skontrolowanych poradniach;
- oceny higieny ciała – w pięciu podmiotach;
- oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej – w trzech poradniach;
- oceny laktacji – w dwóch poradniach.

W przypadku opieki położnych nad dziećmi najczęściej stwierdzano brak odnotowania i/lub wykonania następujących wymaganych elementów tej opieki:

- oceny czynności serca – w siedmiu skontrolowanych poradniach;
- oceny czynności oddechowej – w pięciu poradniach;
- oceny poziomu bilirubiny u noworodka w oparciu o topografię zażółcenia według schematu Kramera – w czterech skontrolowanych poradniach;
- oceny temperatury ciała noworodka – w trzech poradniach;
- oceny obecności odruchów noworodkowych – w trzech poradniach.

**Problemy  
w sprawowaniu opieki  
nad kobietą w ciąży  
oraz podczas wizyt  
patronażowych**

Personel medyczny oraz kadra zarządzająca w skontrolowanych jednostkach jako najważniejsze problemy związane ze sprawowaniem opieki nad kobietami w ciąży oraz w położu i ich dziećmi wskazali:

- problemy związane z finansowaniem opieki nad ciążarną;
- ograniczony czas wizyty patronażowej u noworodka i matki dziecka, co może wpływać na jakość świadczenia i poziom satysfakcji pacjentek;
- konieczność poświęcania dużej części czasu przeznaczonego dla pacjentki na wypełnianie dokumentacji, realizację rozbudowanych procedur i spełnienie wymogów formalnych;
- problemy z kwalifikacją oraz wykonaniem szczepień ochronnych u kobiet w ciąży w ramach POZ,
- niską świadomość zdrowotną ciążarnych i brak współpracy z ich strony.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

---

### 6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

---

<b>Cel główny kontroli</b>	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy prawidłowo i rzetelnie sprawowano opiekę okołoporodową?
<b>Cele szczegółowe</b>	<p>Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czy działania dotyczące zapewnienia warunków organizacyjnych dla realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki okołoporodowej były prawidłowe i rzetelne?</li> <li>2. Czy kontrolowane podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej prawidłowo i rzetelnie realizowały zadania dotyczące opieki okołoporodowej określone w obowiązujących uregulowaniach (w tym standardach)?</li> <li>3. Czy w Ministerstwie Zdrowia prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania dotyczące opieki okołoporodowej w celu poprawy jakości i dostępności tych świadczeń?</li> </ol>
<b>Zakres podmiotowy</b>	Kontrolą objęto Ministerstwo Zdrowia, 14 podmiotów leczniczych prowadzących oddział ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny oraz dziewięć podmiotów udzielających świadczeń w ramach poradni ginekologiczno-położniczych i położnych POZ
<b>Kryteria kontroli</b>	<p>Kontrolę przeprowadzono w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ministerstwie Zdrowia, na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności,</li> <li>– podmiotach leczniczych prowadzących oddział ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny oraz podmiotach udzielających świadczeń w ramach poradni ginekologiczno-położniczych i położnych POZ, na podstawie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności – w przypadku podmiotów utworzonych i prowadzonych przez uczelnię medyczną,</li> <li>• art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności – w przypadku podmiotów utworzonych i prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz spółek, w których 100% udziałów posiada jednostka samorządu.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Okres objęty kontrolą</b>	Lata 2022–2025 (do czasu zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.

**Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK**

W trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięgnięto informacji od: Rzecznika Praw Pacjenta, Prezesa NFZ oraz organizacji społecznych zajmujących się tematyką okołoporodową.

**Pozostałe informacje**

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, była ona realizowana w okresie od 23 czerwca 2025 r. do 26 listopada 2025 r.

Kierownicy trzech skontrolowanych jednostek, tj. Ministerstwa Zdrowia, Katowickiego Centrum Onkologii, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy zgłosili łącznie 14 zastrzeżeń, 10 z nich oddalono, pozostałe cztery zostały uwzględnione w części.

**Stan realizacji wniosków pokontrolnych**

W 24 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników jednostek kontrolowanych, sformułowano łącznie 164 wnioski, z których 77 zrealizowano, 61 jest w trakcie realizacji, a 26 pozostaje niezrealizowanych<sup>263</sup>.

**Wykaz jednostek kontrolowanych**

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Kielcach	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa	Jolanta Sobierańska-Grenda
2.		Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa	Ewa Piotrowska
3.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich, ul. Gimnazjalna 41B, 26-200 Końskie	Anna Gil
4.		Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Batalionów Chłopskich 6, 27-200 Starachowice	Jacek Walkowski
5.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stąporkowie, ul. Słowackiego 2, 26-220 Stąporków	Jolanta Wróblewska-Więcek
6.		Gminny Ośrodek Zdrowia w Waśniowie, ul. Rynek 2a, 27-425 Waśniów	Jan Kaczanowski

<sup>263</sup> Wg stanu na dzień 11 lutego 2026 r.

7.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr. Jana Biziela, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz	Agnieszka Rogalska
8.		Zespół Opieki Zdrowotnej, pl. Rydygiera 1, 86-200 Chełmno	Marzanna Ossowska
9.		Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz	Agata Kurkowska
10.		Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Bydgoszczy, ul. ks. R. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz	Ewa Brudnoch
11.		Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 80, 86-100 Świecie	Beata Sternal-Wolańczyk
12.	Delegatura NIK w Katowicach	Katowickie Centrum Onkologii, ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice	Włodzimierz Migacz
13.		Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała	Bożena Capek
14.		Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy s.a., ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry	Wojciech Szafrąński
15.		Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o., ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec	Andrzej Siwiec
16.		Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o., ul. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów	Katarzyna Muszak

17.	Delegatura NIK w Opolu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, ul. Klonowa 1, 46-300 Olesno	Andrzej Prochota
18.		Brzeskie Centrum Medyczne, ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg	Kamil Dybizbański
19.		Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice	Marcin Misiewicz
20.		Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie, ul. Szkolna 2, 47-320 Gogolin	Andrzej Mrowiec
21.		Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego, ul. Kościelna 1, 48-130 Kietrz	Edward Bondarewicz
22.	Delegatura NIK w Warszawie	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o., ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec	Michał Burczy
23.		Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o., ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa	Wojciech Puzyna
24.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej, 07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68	Artur Wnuk

## 6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO- -EKONOMICZNYCH

---

Prawo do ochrony zdrowia, stanowiące jedno z podstawowych praw człowieka, zostało w polskim porządku prawnym zagwarantowane konstytucyjnie. Zgodnie bowiem z art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Realizacji tego prawa służy, wynikający z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, obowiązek zapewnienia obywatelom (niezależnie od ich sytuacji materialnej) przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa. Stosownie do art. 68 ust. 3 Konstytucji RP szczególną opiekę zdrowotną władze publiczne zobowiązane są zapewnić dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku.

### Zasady, zakres oraz warunki udzielania świadczeń i wykonywania działalności leczniczej

Zasady wykonywania działalności leczniczej oraz funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą określono w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców<sup>264</sup> we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych<sup>265</sup>;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań dotyczących ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

---

<sup>264</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 1480, ze zm.

<sup>265</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 534, ze zm.

- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5;
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- jednostki wojskowe;

w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 6 ust. 1, 2 i 6 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy może być utworzony i prowadzony przez:

- Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę (w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej);
- jednostkę samorządu terytorialnego (w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej);
- uczelnię medyczną (w formie: samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej).

Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: szpitalne i inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8).

Zakres i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych jak również zadania władz publicznych dotyczące równego dostępu do tych świadczeń zostały określone ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z jej przepisów wynika, że:

- świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1);
- świadczeniobiorcom przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in.: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego czy też świadczeń wysokospecjalistycznych (art. 15 ust. 2);
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują np.: wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym; profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym

**Wymagania dotyczące  
pomieszczeń  
i urządzeń podmiotów  
wykonujących  
działalność leczniczą**

uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych; prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia (art. 27 ust. 1 pkt 2, 3, 5);

- podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ (art. 132);
- szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone są przez Prezesa NFZ (art. 146 ust. 1 pkt 2).

Stosownie do art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego taką działalność odpowiadają wymaganiom stosownym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania w tym zakresie zostały określone, na podstawie delegacji zawartej w art. 22 ust. 3, w rozporządzeniu z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zgodnie z § 14 ust. 1 tego rozporządzenia, pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą lokalizuje się w samodzielnym budynku albo w zespole budynków. Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie (§ 16).

Według przepisów załącznika 1 (część I ust. 3) do rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych, jeżeli nie organizuje się osobnej izby przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału zapewnia się osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych. Zgodnie z częścią II tego załącznika, w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych wchodzi co najmniej: pokoje łóżkowe; punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim; gabinet diagnostyczno-zabiegowy; pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, poruszających się na wózkach inwalidzkich; brudownik.

W pomieszczeniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydziela się co najmniej: jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny czystej; jedno pomieszczenie lub miejsce do składowania bielizny brudnej; jedno pomieszczenie lub miejsce na odpady. W ambulatorium wydziela się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe lub miejsce służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych (§ 25).

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do tego rozporządzenia: W oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządza się co najmniej w jednym z systemów: [1] *matka z dzieckiem*, w którym pokoje są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka; [2] korespondencyjnym, w którym pokój noworodków jest umieszczony pomiędzy dwoma pokojami matek i spełnia następujące wymagania: a) posiada przeszklone szkłem bezpiecznym ściany wewnętrzne graniczące z pokojami matek, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową, b) pokój noworodków jest połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka, c) wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez śluzę umywalkowo-fartuchową, d) liczba łóżeczek w pokoju noworodków jest o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek.

W oddziale położnictwa i neonatologii wyodrębnia się pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, które mają śluzę umywalkowo-fartuchową oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.

Zespół porodowy składa się z: 1) co najmniej jednej sali porodowej jednostanowiskowej, w tym co najmniej jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych lub 2) sali porodowej wielostanowiskowej, lub 3) co najmniej jednego pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu. Dla zespołu porodowego zapewnia się salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka.

W zespole powinno znajdować się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

Szczegółowe regulacje dla ambulatoriów zawarto w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń placówek leczniczych. Zgodnie z nimi:

- w ambulatoriach wydziela się pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne dorosłym, dzieciom chorym i dzieciom zdrowym. Dopuszcza się wspólne pomieszczenia dla wszystkich grup pacjentów, z zachowaniem rozdziału czasowego przyjęć dzieci zdrowych;

- w ambulatoriach, w których są wykonywane zabiegi, urządza się gabinet diagnostyczno-zabiegowy;
- w ambulatoriach, w których nie są wykonywane zabiegi, urządza się pokój do przyjmowania pacjentów;
- w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym dopuszcza się połączenie funkcji zabiegowych i diagnostycznych z pobieraniem próbek do analiz, pod warunkiem zachowania rozdziału czasowego.

**Standard opieki okołoporodowej**

W art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej przewidziano, że minister właściwy do spraw zdrowia – kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych – może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. W oparciu o tę delegację Minister Zdrowia ustalił standardy opieki okołoporodowej określające poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych i obejmujące takie zagadnienia jak m.in.:

**a) edukacja przedporodowa**, która jest definiowana jako praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, położu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci (część I ust. 4 pkt 13). Realizacja edukacji przedporodowej ma dostarczyć kobiecie oraz bliskiej jej osobie wiedzę i umiejętności w zakresie koniecznym dla okresu prenatalnego (ciąży), porodu, okresu poporodowego (położu) oraz wsparcia społecznego ciężarnej, położnicy i rodziny (część IV ust. 2). W Standardzie określono zagadnienia niezbędne do uwzględnienia w ramowych programach edukacji przedporodowej w okresie prenatalnym i poporodowym, a także dotyczących porodu i wsparcia społecznego (część IV ust. 2).

**b) plan opieki przedporodowej i plan porodu** ustalany przez osobę sprawującą opiekę oraz ciężarną i obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określenie

miejsca porodu. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki (część V ust. 1–2).

- c) postępowanie w trakcie porodu** umożliwiające rodzącej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, traktowanie jej z szacunkiem (w tym. m.in. zapoznanie z planem porodu, uzyskanie zgody rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań, zapewnienie prywatności i poczucia intymności) oraz udzielanie wsparcia medycznego (część VI ust. 1–3).
- d) prawo rodzącej do łagodzenia bólu porodowego** obejmującego metody nefarmakologiczne i farmakologiczne. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego powinien być opracowany (w formie pisemnej) przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, a rodzącej przyjmowanej do podmiotu w celu porodu powinna zostać przekazana informacja o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie (część VII ust. 2, 4 i 7).
- e) opiekę nad noworodkiem** w oddziale porodowym lub w oddziale położniczym w systemie "matka z dzieckiem" lub w innych jednostkach lub komórkach organizacyjnych podmiotu o tych profilach (część XIII ust. 1–3). Wskazujące na wymagania dotyczące m.in.:
- wyposażenia w sprzęt,
  - dostępu do odpowiednio wykwalifikowanego personelu,
  - zakresu przeprowadzanych badań klinicznych noworodka oraz zabiegów pielęgnacyjnych,
  - zaleceń w zakresie odżywiania noworodka.
- f) zapewnienie ciągłej profesjonalnej opieki kobiecie w położeniu**, w miejscu jej zamieszkania albo pobytu, obejmującej zarówno opiekę nad położnicą (ocena stanu ogólnego i położniczego kobiety, stanu psychicznego w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej), jak również nad noworodkiem (stan ogólny noworodka, ocenę odżywiania, stanu skóry, sposobu zapewniania higieny ciała oraz bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek). W Standardzie XIV wskazano również na potrzebę zapewnienia kobiecie w położeniu pomocy psychologicznej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających (część XIV ust. 1–3).

**g) opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych<sup>266</sup>.** Wskazujące na potrzebę umożliwienia kobiecie znajdującej się w takiej sytuacji m.in. skorzystania z pomocy psychologicznej i kontaktu z duchowym jej wyznania, pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, zapewnienia możliwości pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko oraz informowania pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, w tym o miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, a także możliwości pochówku utraconego dziecka (część XV ust. 1–3).

Zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej, ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że:

- I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i porodem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży;
- II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
- III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży (część I, ust. 6 załącznika).

---

<sup>266</sup> Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

### 6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

---

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1461, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 15).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, ze zm.).
14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2335).

## 6.4. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

---

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
9. Minister Zdrowia
10. Rzecznik Praw Pacjenta
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



# Minister Zdrowia

---

NKM.0910.14.2025.16.KCZ  
Warszawa, 12 maja 2026

**Pani**  
**Katarzyna Budnikowska**  
**Wiceprezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**

*Szanowna Pani Prezes,*

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli<sup>1</sup> o wynikach kontroli nr P/25/061 - „Opieka okołoporodowa”, która została przekazana przy piśmie z 29 kwietnia 2026 r.<sup>2</sup> o znaku: DKI.430.3.2026, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK<sup>3</sup>, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

Na wstępie należy zaznaczyć, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje systematycznie działania na rzecz zapewnienia kobietom w okresie okołoporodowym optymalnych świadczeń zdrowotnych, zgodnych z oczekiwaniami pacjentek i aktualną wiedzą medyczną. Temu celowi służyły przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>4</sup>, jak również służyć mają przepisy znowelizowanego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>5</sup>, które weszły w życie w dniu 7 maja 2026 r.

Bezpieczeństwo i komfort kobiet w ciąży, rodzących, kobiet w połogu i ich nowo narodzonych dzieci jest jednym z kluczowych elementów działań na rzecz poprawy sytuacji demograficznej w kraju. Podejmowane działania mają przyczynić się do pozytywnej zmiany relacji z personelem medycznym i społecznego postrzegania porodu, który nie powinien kojarzyć się z bólem, brakiem godności, życzliwości, zrozumienia i szacunku.

## **1) Rozdział 1. Wprowadzenie, str. 10.**

Uprzejmie informuję, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej obowiązują od dnia 1 stycznia 2019 r., nie zaś – jak wskazała NIK – od 2018 r.

## **2) Rozdział 2. Ocena ogólna, str. 13, rozdział 3. Synteza, str. 18-19 i i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 52-54.**

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, że: „Minister Zdrowia dopiero pięć lat po wejściu w życie Standardu opieki okołoporodowej podjął działania mające służyć poprawie dostępności do zewnątrzoponowego znieczulenia w czasie naturalnego porodu oraz

---

<sup>1</sup> Zwanej dalej „NIK”.

<sup>2</sup> Data wpływu do Ministerstwa Zdrowia: 29 kwietnia 2026 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

<sup>5</sup> tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525).

wprowadzeniu zmian finansowania tej formy znieczulenia. Jednak w dalszym ciągu odsetek porodów, w których zastosowano ten rodzaj znieczulenia wykazuje duże regionalne zróżnicowanie i w wielu województwach nie przekracza 10%”, uprzejmie wskazuję, iż działania sukcesywnie podejmowane przez Ministra Zdrowia przynoszą efekt w postaci zwiększającego się odsetka stosowanych znieczuleń zewnątrzoponowych w porodach drogami natury, który w 2025 r. wyniósł 27%.

Dodatkowy impuls do wzrostu odsetka porodów, w których zastosowano ten rodzaj znieczulenia, stanowi wejście w życie, w dniu 7 maja 2026 r., przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Przedmiotowa nowelizacja powinna zagwarantować m.in. zwiększenie dostępności łagodzenia bólu porodowego różnymi metodami farmakologicznymi, które obejmują analgezję regionalną i miejscową, analgezję wziewną, stosowanie dożylnie opioidów, przez:

- zobowiązanie podmiotów leczniczych prowadzących szpital do zapewnienia dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu każdej kobiecie rodzącej,
- wprowadzenie obowiązku publikowania przez podmioty lecznicze informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularną jej aktualizację,
- doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym, a z drugiej strony gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej.

Ponadto, w ww. standardzie dookreślono, że ustalenia w zakresie postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego należy odnotować w dokumentacji medycznej, co pozwoli na weryfikację czy pacjentki są właściwie informowane o przysługującym im prawie w ww. zakresie oraz czy rezygnują z danej metody łagodzenia bólu z własnej woli, czy też nie mają możliwości skorzystania z niej.

**3) Rozdział 2. Ocena ogólna, str. 13, rozdział 3. Synteza, str. 17 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 46-48.**

W odniesieniu do ustaleń NIK, że pomimo działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia, które mają na celu uzupełnienie sieci banków mleka kobiecego, takich jednostek nadal nie uruchomiono w województwach: świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, uprzejmie informuję, co następuje.

Ministerstwo Zdrowia wspiera i aktywnie współpracuje z bankami mleka kobiecego w ramach realizacji Programu polityki zdrowotnej, służącego wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „*Za życiem*” na lata 2022–2026, którego jednym z działań jest zwiększanie dostępności do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie i rozwój sieci banków mleka kobiecego, jak również wsparcie na rzecz współpracy podmiotów leczniczych o II i III poziomie referencyjnym neonatologii z bankami mleka kobiecego.

Planuje się dalsze zapewnienie finansowania działalności banków mleka kobiecego oraz podejmowanie działań wspierających rozwój ich współpracy z podmiotami leczniczymi, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności. Mając na uwadze wzrost liczby dzieci żywionych mlekiem z banku mleka, co świadczy o coraz większej świadomości kierujących podmiotami leczniczymi w zakresie korzyści z żywienia dzieci mlekiem z banku mleka oraz o poparciu środowiska medycznego dla wykorzystywania mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci, rozważa się podejmowanie działań motywujących do jeszcze większej współpracy podmiotów

lecniczych prowadzących szpitale, w strukturach których funkcjonują oddziały neonatologiczne o II lub III stopniu referencyjności, z bankami mleka kobiecego.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że banki mleka kobiecego mogą współpracować z podmiotami leczniczymi, posiadającymi oddziały neonatologiczne na II i III poziomie referencyjności funkcjonującymi, na terenie różnych województw.

Założeniem ww. Programu jest utworzenie przynajmniej jednego banku mleka kobiecego w danym województwie. W celu zwiększenia dostępności do banków mleka kobiecego, Minister Zdrowia podejmuje działania zmierzające do utworzenia banków na obszarach tych województw, w których one nie funkcjonują (województwa: świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie). Zgodnie z harmonogramem ww. Programu, kolejne postępowanie konkursowe na realizację zadania: *odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego o województwa, w których banki mleka nie funkcjonują (województwo: świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie)*, zostało zaplanowane na 2026 r. Należy tutaj zaznaczyć, że aktualnie jest przygotowywane ogłoszenie konkursowe w ww. zakresie.

Na zadanie odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt w 2026 r., które obejmuje:

- 1) zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim;
- 2) zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności, współpracujących z bankami mleka kobiecego;
- 3) doposażenie w sprzęt, o którym mowa w Programie, funkcjonujących banków mleka kobiecego,

zaplanowano środki w wysokości 5 200 000,00 zł.

**4) Rozdział 2. Ocena ogólna, str. 13, rozdział 3. Synteza, str. 19 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 51-52.**

W odniesieniu do kwestii braku sfinalizowania prac nad ogólnopolską ankietą dotyczącą jakości opieki okołoporodowej, uprzejmie informuję, iż prace nad projektem ankiety zostały zawieszono w 2023 r., ze względu na liczne, inne projekty powierzone do realizacji Centrum e-Zdrowia.

Z uwagi na nowelizację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, która weszła w życie 7 maja 2026 r. i która powinna stanowić podstawę do formułowania pytań w przedmiotowej ankiecie, jest niezbędne jej ponowne przeanalizowanie i dopracowanie w taki sposób, aby odpowiadała ona na rzeczywiste potrzeby kobiet w okresie okołoporodowym, zgodnie z obowiązującym stanem prawnym.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że od 2024 r. funkcjonuje Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet<sup>6</sup>, który skupia swoje prace na poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej. W skład Zespołu wchodzi eksperci, których ocena merytoryczna i doświadczenie w monitorowaniu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej są niezbędne przy opracowaniu ankiety, jak również przy wskazaniu ścieżki analizy zebranych na jej podstawie danych i ich dalszego wykorzystywania na rzecz podnoszenia jakości świadczeń w opiece okołoporodowej.

---

<sup>6</sup> na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 35, z późn. zm.).

Prace nad ankietą zostaną przedstawione Zespołowi, w celu omówienia, weryfikacji i aktualizacji poruszonych w ankiecie zagadnień oraz treści zawartych pytań. Wyniki prac Zespołu będą podstawą do dalszego procedowania ankiety.

**5) Rozdział 3. Synteza, str. 15-16 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 39-40.**

W odniesieniu do kwestii braku „ogłoszenia konkursu na zadanie obejmujące wymianę łóżek szpitalnych, wynikające z części VI Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych”, uprzejmie informuję, iż pierwotny harmonogram konkursów dla subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych Funduszu Medycznego wynikał z „Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych”. Z uwagi na przedłużający się proces legislacyjny, program ten wszedł w życie w terminie późniejszym niż zakładano, tj. 22 września 2022 r. W związku z powyższym, terminy ogłoszenia konkursów już w momencie jego wejścia w życie musiały zostać przesunięte.

Ponadto należy zaznaczyć, że od 2022 r. zaszły istotne zmiany w zakresie potrzeb ochrony zdrowia, w tym wynikające z realizacji znaczących inwestycji infrastrukturalnych. W wyniku toczących się na przełomie 2025 r. i 2026 r. prac nad zmianą uchwały nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, dostosowano harmonogram wsparcia do aktualnie planowanych i możliwych do osiągnięcia działań, zapewniając ich adekwatność i realność. Uwzględniono przy tym okoliczność, że wsparcie w zakresie m.in. wymiany łóżek szpitalnych jest realizowane z innych źródeł finansowania, w tym Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Kolejne konkursy w zakresie subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych Funduszu Medycznego będą realizowane w ramach zaktualizowanego „Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych”, przy czym interwencje będą podejmowane w komplementarności z działaniami z innych źródeł finansowania.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż uchwała nr 93 Rady Ministrów z dnia 12 marca 2026 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”<sup>6</sup>, weszła w życie w dniu 31 marca 2026 r.

Obecnie wydatkowanie środków na wymianę łóżek szpitalnych w ramach środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych Funduszu Medycznego jest planowane w 2028 r.

**6) Rozdział 3. Synteza, str. 16-17 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 38-39.**

W odniesieniu do poruszonego przez NIK zagadnienia braku refundacji szczepionki przeciwko wirusowi RSV dla hospitalizowanych pacjentek, uprzejmie informuję, co następuje.

Zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>: „*świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala (...) zapewnia się bezpłatnie leki (...) jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia*”.

Oznacza to, że jeśli lekarz prowadzący proces diagnostyczno-terapeutyczny, w trakcie hospitalizacji kwalifikuje pacjentkę ciężarną do podania szczepionki zalecanej, to podanie tej szczepionki stanowi element świadczenia udzielanego w toku hospitalizacji i powinno zostać zapewnione pacjentce nieodpłatnie w ramach tego świadczenia. Wyłączenie z art.

---

<sup>7</sup> M.P. poz. 908.

<sup>8</sup> M.P. poz. 343.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.

35 ust. 2 ww. ustawy, dotyczy natomiast ściśle określonej kategorii wyrobów medycznych, wykonywanych na zamówienie i nie znajduje zastosowania do leków.

W tym kontekście, przesądzające znaczenie ma status prawny szczepionek: w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne<sup>10</sup>, są one produktami leczniczymi immunologicznymi (a więc lekami), nie zaś wyrobami medycznymi. Definicja „*produktu immunologicznego*” sformułowana w ww. ustawie wprost wymienia szczepionkę, a definicja „*produktu leczniczego*” obejmuje produkty, które mają działanie immunologiczne.

Niezależnie od powyższego, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>11</sup>, definiuje hospitalizację jako ciągły proces diagnostyczno-terapeutyczny, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do jego wypisu, a w jego ramach to zespół leczący decyduje – zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – o czynnościach składających się na świadczenie, w tym o podaniu leku koniecznego do jego wykonania. Skoro więc podanie szczepionki jest klinicznie uzasadnione i niezbędne z perspektywy prawidłowego przebiegu hospitalizacji (np. ochrony ciężarnej w ciąży zagrożonej powikłaniami), to świadczeniodawca, w myśl powyższego i na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest obowiązany do jej zapewnienia i podania.

**7) Rozdział 3. Synteza, str. 19-21 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki okołoporodowej, str. 54-57.**

W związku z oceną NIK, iż w Ministerstwie Zdrowia podejmowano różne zadania, które miały na celu prowadzenie edukacji i przekazywanie informacji dotyczących opieki okołoporodowej, jednak w dwóch realizowanych zadaniach NIK stwierdziła błędy (zadanie *Promocja karmienia piersią*, Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, cel operacyjny *1 Profilaktyka nadwagi i otyłości* oraz zadanie polegające na upowszechnianiu rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej – zadanie 2, cel operacyjny *5 Wyzwania demograficzne*), uprzejmie informuję, co następuje.

Wskazania wymaga fakt, iż w obydwu realizowanych zadaniach, opóźnienia w zawarciu umów w 2023 r. spowodowały, że nie zachowano terminów i zakresu zaplanowanych zadań, a w konsekwencji było niezbędne zawarcie aneksów dla dokonania korekty planowanego poziomu osiągnięcia wskaźnika rezultatu. Z uwagi na brak możliwości przenoszenia niewykorzystanych środków na kolejne lata realizacji działań, realizatorzy zwrócili niewykorzystaną kwotę dotacji.

Ponadto uprzejmie informuję, iż okres realizacji umów, które były przedmiotem oceny NIK, tj. umowy nr 6/1/85195/NPZ/2023/2136/939 zawartej z Centrum Medycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz umowy nr 6/2/85195/NPZ/2023/1206/977 zawartej z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, został zakończony z dniem 31 grudnia 2025 r.

**8) Rozdział 3. Synteza, str. 22-23 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Opieka okołoporodowa w podmiotach leczniczych prowadzących oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne, 5.2.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej, str. 63-64.**

W Informacji o wynikach kontroli NIK zwraca uwagę, że wszystkie szpitale zapewniły dostęp do porad laktacyjnych udzielanych przez położne, dodając, że „jednak jedynie” w ośmiu z nich świadczenia te były realizowane przez certyfikowanych doradców laktacyjnych, a w pozostałych szpitalach porad takich udzielały położne, które ukończyły inne kursy specjalistyczne i szkolenia.

---

<sup>10</sup> Dz. U. z 2026 r. poz. 612.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.

W związku z powyższym, uprzejmie informuję, że tytuł „*certyfikowanego doradcy laktacyjnego (CDL)*” jest nadawany przez Centrum Nauki o Laktacji – niepubliczną placówkę edukacyjną, szkolącą w dziedzinie laktacji, według własnego programu. Podkreślenia wymaga, że certyfikat CDL nie ma umocowania w polskim systemie ochrony zdrowia. Tak sformułowana przez NIK ocena stanu faktycznego może wzbudzać u odbiorców przedmiotowego dokumentu NIK nieuzasadnione wątpliwości, w odniesieniu do kompetencji w obszarze laktacji położnych, które nie legitymują się certyfikatem CDL lub międzynarodowym certyfikatem IBCLC<sup>12</sup>, a ukończyły inne kursy specjalistyczne i szkolenia, np. kurs specjalistyczny dla położnych: Edukacja i wsparcie kobiety w czasie laktacji.

**9) Rozdział 3. Synteza, str. 30 i rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Opieka okołoporodowa w podmiotach leczniczych prowadzących oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne, 5.2.1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej, str. 93-94.**

W odniesieniu do ustalenia NIK, iż: „*Spośród skontrolowanych szpitali, tylko sześć nawiązało współpracę z bankami mleka kobiecego. W trzech z nich, w okresie objętym kontrolą, skorzystano z mleka z banku, przy czym w dwóch szpitalach były to pojedyncze przypadki*”, należy zaznaczyć, że trzy spośród czternastu skontrolowanych podmiotów leczniczych posiadały oddział neonatologiczny na I poziomie referencyjnym, na którym powinny znajdować się noworodki, które nie wymagają żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego.

Mleko z banku mleka kobiecego jest bowiem przeznaczone przede wszystkim dla hospitalizowanych noworodków i niemowląt, które nie mogą być odżywiane mlekiem biologicznej matki, tj.:

- 1) urodzonych przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 37 tygodni lub z masą urodzeniową  $\leq 2500$  g;
- 2) donoszonych w stanie ciężkim, ze szczególnym uwzględnieniem tych, u których zdiagnozowano ciężkie lub nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu lub wymagającym żywienia centralnego.

Wsparcie dla ww. noworodków i niemowląt zostało zapewnione przez stworzenie sieci banków mleka kobiecego.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad ciążą o patologii średniego stopnia, a III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad ciążą o najcięższej patologii. To właśnie współpraca tych oddziałów z bankami mleka kobiecego powinna stać się nieodłącznym elementem systemu opieki nad matką i dzieckiem, z uwagi na fakt, że zajmują się one głównie noworodkami wymagającymi długotrwałego leczenia, gdy często karmienie piersią przez biologiczną matkę jest utrudnione. Dla tych dzieci mleko z banku jest nie tylko pożywieniem, ale ma wartość leku, którego nie zawsze mogą otrzymać od własnej mamy.

**10) Rozdział 4. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 35.**

Uprzejmie informuję, iż w celu wyeliminowania niespójności i zapewnienia zgodności przepisów regulujących termin pierwszej wizyty patronażowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które są zawarte w dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia, tj. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz w

---

<sup>12</sup> International Board Certified Lactation Consultant.

sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>13</sup>, wnioskowana przez NIK zmiana jest planowana do realizacji przy najbliższej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kęcka  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/

---

<sup>13</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

DKI.430.3.2026

Warszawa, 2026-05-25

**Opinia**

**Prezesa Najwyższej Izby Kontroli**

**do stanowiska Ministra Zdrowia do informacji o wynikach kontroli *Opieka okołoporodowa***

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, uprzejmie przedkładam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia, zawartego w piśmie z 12 maja 2026 r. (nr NKM.0910.14.2025.16.KCZ).

Dziękuję za informację o podjętych przez Ministra Zdrowia działaniach dotyczących zapewnienia jak najlepszej opieki kobietom w ciąży, rodzącym, kobietom w połogu i ich nowo narodzonym dzieciom. W szczególności pozytywnie należy ocenić wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących tej opieki zawartych w nowym Standardzie opieki okołoporodowej. Cieszą także efekty, które przynoszą zmiany dotyczące ułatwienia w korzystaniu ze znieczuleń zewnątrzoponowych w porodach drogami natury. Dziękuję również za zwrócenie uwagi na oczywistą omyłkę pisarską dotyczącą daty obowiązywania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Na podkreślenie zasługuje także, zauważona przez Panią Minister, potrzeba zmiany relacji z personelem medycznym i społecznego postrzegania porodu, który nie powinien kojarzyć się z bólem, brakiem godności, życzliwości, zrozumienia i szacunku.

Dostrzegając kolejne działania Ministra Zdrowia służące rozwojowi banków mleka, dziękuję za deklarację Pani Minister o zapewnieniu finansowania działalności banków mleka kobiecego oraz podejmowanie działań wspierających rozwój ich współpracy z podmiotami leczniczymi, w których funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności.

Cieszy także deklaracja o wznowieniu prac nad ogólnopolską ankietą dotyczącą jakości opieki okołoporodowej. Przyjmując informację, że wydatkowanie środków na wymianę łóżek szpitalnych w ramach środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych Funduszu Medycznego jest planowane w 2028 r., należy podkreślić, iż według ustaleń kontroli NIK, podmioty lecznicze oczekują na te środki.

Odnosząc się do kwestii kwalifikacji personelu medycznego dotyczących poradnictwa laktacyjnego należy zauważyć, że wskazany w informacji fakt nierealizowania tych świadczeń we wszystkich skontrolowanych szpitalach przez certyfikowanych doradców laktacyjnych nie został negatywnie oceniony. Kwalifikacje personelu zostały pozytywnie ocenione przez NIK, co znajduje odzwierciedlenie w wystąpieniach pokontrolnych, a w Informacji o wynikach kontroli pokazano jedynie zróżnicowanie form dodatkowego, ponadstandardowego kształcenia.

Na podkreślenie zasługuje także zapewnienie Pani Minister o przyjęciu do realizacji sformułowanego przez NIK wniosku o wyeliminowanie niespójności w przepisach regulujących termin pierwszej wizyty patronażowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Z szacunkiem

Mariusz Haładaj  
*/podpisano elektronicznie/*