



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.11.1.2025

**Pan Andrzej Prochota**  
**Dyrektor**  
**Zespół Opieki Zdrowotnej**  
**w Oleśnie**  
**Ul. Klonowa 1**  
**46-300 Olesno**

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/25/061 - Opieka okołoporodowa**

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, ul. Klonowa 1, 46-300 Olesno <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Prochota, Dyrektor, od 20 listopada 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli <sup>2</sup> ), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Paweł Toczek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LOP/91/2025 z 2 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1)

---

<sup>1</sup> Dalej: ZOZ lub Szpital.

<sup>2</sup> Czynności kontrolne zakończono 30 września 2025 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił prawidłowe sprawowanie opieki nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz ich dziećmi.

W kontrolowanej jednostce zapewniono udzielanie świadczeń zdrowotnych przez odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Pomieszczenia Oddziałów Szpitala zostały wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt, a sposób organizacji sal zapewniał pacjentkom komfortowe warunki, umożliwiające poszanowanie ich godności i prawa do intymności w zakresie działań medycznych. Szpital prawidłowo przyjmował pacjentki do porodu i zapewniał im możliwość łagodzenia bólu, choć w treści obowiązującej w tym zakresie procedury nie uwzględniono jednej ze stosowanych w Szpitalu metod farmakologicznych i nie zapoznano z jej treścią części osób stanowiących personel Szpitala.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły także nierzetelnej organizacji pracy lekarzy poprzez dopuszczenie do nieprzerwanego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez ponad 24 godziny. Nie dopełniono również jednego z wymogów dotyczących urządzenia i wyposażenia Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z uwagi na brak kolposkopu.

Chociaż szpital zapewniał wsparcie w laktacji, rzetelnie sprawował opiekę nad noworodkami, jak również umożliwił im kontakt „skóra do skóry” po porodzie, to w prowadzonej dokumentacji nie zamieszczano informacji o czasie jego trwania oraz o świadczeniach udzielanych pacjentkom w sytuacjach szczególnych. Świadczyło to o braku wymaganej rzetelności postępowania w tym zakresie. Dyrektor Szpitala rzetelnie przeprowadził natomiast postępowania wyjaśniające w związku z wpływającymi do ZOZ skargami.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

### 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

#### Opis stanu faktycznego

1. Strukturę organizacyjną ZOZ w ramach sprawowanej opieki okołoporodowej tworzył Szpital Powiatowy w Oleśnie z wydzielonymi Oddziałami: Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym (udzielającym świadczeń w zakresie neonatologii). Powyższe Oddziały posiadały I poziom referencyjności<sup>6</sup>, a najbliższe Oddziały o poziomie wyższym, tj. II znajdowały się w odległości 51 km<sup>7</sup> w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz 71

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>6</sup> W zakresie oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych wyróżniamy trzy poziomy referencyjności: I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem 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.

<sup>7</sup> Referencyjność poziomu II dla oddziału ginekologiczno-położniczego posiadał Szpital Powiatowy im. prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich.

km w przypadku Oddziału Neonatologicznego<sup>8</sup>. W zakresie obu ww. Oddziałów, III - najwyższy stopień referencyjności posiadało Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu<sup>9</sup>, oddalone od ZOZ o 46 km. Liczba ludności powiatu oleskiego w roku 2024<sup>10</sup> wynosiła 60 798 osób, w tym 13 069 kobiet w wieku rozrodczym<sup>11</sup>. W Szpitalu przewidziano 32<sup>12</sup> miejsca na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz 16<sup>13</sup> na Oddziale Noworodkowym.

(akta kontroli str. 9-13, 23, 32-34, 42-49, 78)

Szpital posiadał aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>14</sup>, o numerze księgi rejestrowej 000000009626. W RPWDL wskazano, że Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Noworodkowy rozpoczęły działalność 18 sierpnia 1998 r. Regulamin organizacyjny<sup>15</sup> obowiązywał od 23 października 2019 r.<sup>16</sup> z aktualizacjami z 26 kwietnia 2023 r., 6 grudnia 2023 r., 29 maja 2024 r., 5 i 30 grudnia 2024 r. W treści ww. Regulaminu wskazano, że nadzór nad pracą komórek udzielających świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej sprawował Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka oraz Ordynatorzy Oddziałów.

(akta kontroli str. 13, 42-139, 569)

2. W latach 2022-2025 (I półrocze) liczba noworodków wynosiła odpowiednio: 738 (w tym dwa martwourodzone), 613 (cztery), 532 (dwa) i 255. W Szpitalu odnotowano także łącznie 285<sup>17</sup> przypadków poronień.

Analiza danych porodowych za okres 2022–2025 (I półrocze) w zakresie proporcji porodów naturalnych i cięć cesarskich oraz skali stosowania indukcji porodu i nacięć krocza, wskazała kluczowe trendy dotyczące metod prowadzenia porodu, z czego:

- w 2022 r., liczba porodów wyniosła ogółem 736, z czego w 449 przypadkach były to porody naturalne oraz w 287 (39%) porody z zastosowaniem cięcia cesarskiego; odnotowano także 100 przypadków indukcji porodu, w tym 37 dotyczyło amniotomii, a w 105 przypadkach poród wymagał nacięcia krocza;
- w 2023 r., nastąpił spadek liczby odebranych porodów do 613, w tym 340 porodów naturalnych i 272 (44,4%) porodów rozwiązanych poprzez cięcie cesarskie; wystąpiło ponadto 65 przypadków indukcji porodu, w tym 20 w zakresie amniotomii, a w 75 poród wymagał nacięcia krocza.
- w 2024 r. zanotowano dalszy spadek liczby porodów, który wyniósł 532, z czego 318 porodów naturalnych i 214 (40,2%) odebranych w drodze cięcia cesarskiego; w 106 przypadkach zastosowano indukcję porodu, z czego w 18 była to amniotomia, a w 88 poród wymagał nacięcia krocza.

---

<sup>8</sup> Referencyjność poziomu II dla oddziału neonatologicznego posiadało Krapkowskie Centrum Zdrowia sp. z o.o.

<sup>9</sup> Dysponujące I Oddziałem Klinicznym Ginekologii i Położnictwa oraz Oddziałem Klinicznym Neonatologii.

<sup>10</sup> Dane GUS według stanu na dzień 22 maja 2025 r., <https://bdl.stat.gov.pl>.

<sup>11</sup> W praktyce statystycznej GUS jako wiek rozrodczy (dla umiarkowanej strefy klimatycznej, w jakiej znajduje się Polska) przyjmuje się wiek 15-49 lat. <https://stat.gov.pl/metainformacje/sownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/864,pojcie.html>.

<sup>12</sup> W tym jedno miejsce z przeznaczeniem na intensywną opiekę medyczną.

<sup>13</sup> W tym 12 miejsc dla noworodków oraz 4 miejsca z inkubatorami.

<sup>14</sup> Na dzień rozpoczęcia kontroli NIK w dniu 4 lipca 2025 r. Dalej: RPWDL.

<sup>15</sup> Dalej: Regulamin.

<sup>16</sup> Wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 28/2019 z dnia 23 października 2019 r.

<sup>17</sup> W roku 2022 było to 89, w 2023 98 i w 2024 98.

- w I półroczu 2025 r. odebrano 225 porodów, w tym 139 porodów naturalnych i 116 (45,5%) z zastosowaniem cięcia cesarskiego; indukcji porodu dokonano 30-krotnie (w tym dwa przypadki amniotomii) a w 31 przypadkach poród wymagał nacięcia krocza.

W badanym okresie stosowano u pacjentek znieczulenie porodu. Wśród metod jakie stosowano w roku 2024 i 2025 (I półrocze) były m.in. analgezja wziewna, w ilości odpowiednio: 180 i 75 oraz w jednym przypadku analgezja regionalna<sup>18</sup>. W latach 2022-2023 Szpital nie prowadził statystyk w tym zakresie. W Szpitalu nie stosowano innych farmakologicznych metod znieczulenia porodu (w tym opioidów).

Odsetek porodów poprzez cięcie cesarskie w stosunku do porodów siłami natury, wynosił 39%/45,5%. Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *problem jest znany od lat, wielowątkowy, dotyczy całego świata. Dość przytoczyć dane statystyczne z różnych państw świata, a nawet województw w Polsce (np. woj. podkarpackie 58,5%, opolskie 49,2%, województwa z niskim wskaźnikiem ok. 38-39%). Średnia za 2024 r. to 48%. Jedną z istotnych przyczyn jest to, że trafiają na sale porodowe rodzące po przebytych cięciach cesarskich, gdzie prawie wszystkie porody są kończone drogą cięcia cesarskiego. Drugą przyczyną jest coraz wyższy wiek rodzących pierwsze lub kolejne dziecko i związanych z tym problemów (np. podatności tkanek, przebytych chorób i wypadków). Nie można pominąć zniechęcenia do porodów drogami naturalnymi przez lekarzy prowadzących ciążę. Rodzące, niekiedy wręcz nie zgadzają się na żadne czynności związane z porodem drogami naturalnymi, żądając rozwiązania drogą cięcia cesarskiego, bo tak im zalecił lekarz prowadzący ciążę. Następnym aspektem to dostępność znieczuleń do porodu drogami naturalnymi, głównie związana z brakiem anestezjologów. Bardzo istotne są sprawy odpowiedzialności cywilno-prawnej lekarza prowadzącego poród. Powstały kancelarie prawne wyspecjalizowane w oskarżaniu lekarzy o błędy, które bardzo łatwo zarzucić personelowi sali porodowej po niepomyślnie zakończonym porodzie. Często zarzutem tak zwanych biegłych (często ze znikomym doświadczeniem, w pracy na sali porodowej) jest brak wykonania cięcia cesarskiego.*

W 2022 r., na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym hospitalizowano ogółem 280 pacjentek w okresie ciąży, z czego przyczyną na podstawie rozpoznania głównego było: krwawienie we wczesnej ciąży (48 pacjentek), niepowściągliwe wymioty ciężarnych (4), niepowściągliwe wymioty ciężarnych z zaburzeniami materii (6), cukrzyca pojawiająca się w ciąży (44), obrzęki ciążowe (12), nadciśnienie w ciąży (2), małowodzie (1), cholestaza (8), choroby układu oddechowego (4), podejrzenie hipotrofii płodu (6), tachykardia (22), nieprawidłowe wyniki krwi (2), poród przedwczesny (16), poród fałszywy przed 37 tygodniem (12), poród fałszywy po 37 tygodniu (4), łożysko przoduujące (2), przedwczesne oddzielenie łożyska (1), rzucawka (1), niewydolność szyjki (1), zakażenie pęcherza moczowego (2), zakażenie nerek (2), poronienie (55), poronienie samoistne zupełne (6), poronienie niezupełne (6), puste jajo płodowe (7), ciąża pozamaciczna (2), ciąża jajowodowa (4). Liczba pacjentek korzystających ze szkoły rodzenia wyniosła 21 ciężarnych, a liczba dzieci hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym wyniosła 737. Na Oddziale

---

<sup>18</sup> Zastosowano ją w I półroczu 2025 r.

Ginekologiczno-Położniczym nie prowadzono statystyk pacjentek z niepełnosprawnością przyjętych do porodu.

W 2023 r., nastąpił istotny wzrost liczby hospitalizowanych pacjentek, których było ogółem 397, a przyczyną na podstawie rozpoznania głównego było: krwawienie we wczesnej ciąży (52 pacjentki), niepowściągliwe wymioty ciężarnych (13), niepowściągliwe wymioty ciężarnych z zaburzeniami materii (11), cukrzyca pojawiająca się w ciąży (40), obrzęki ciążowe (5), białkomocz (1), nadciśnienie w ciąży (13), małowodzie (1), cholestaza (1), podejrzenie hipotrofii płodu (6), tachykardia (23), nieprawidłowe wyniki krwi (10), poród przedwczesny (28), poród fałszywy przed 37 tygodniem (4), poród fałszywy po 37 tygodniu (18), ciąża przenoszona (16), niewydolność szyjki (4), zakażenie dróg rodnych (1), zakażenie pęcherza moczowego (2), zakażenie nerek (5), poronienie (56), poronienie samoistne zupełne (37), poronienie niezupełne (39), puste jajo płodowe (5), ciąża pozamaciczna (2), ciąża jajowodowa (4). Liczba pacjentek korzystających ze szkoły rodzenia wyniosła 110 ciężarnych, a liczba dzieci hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym wyniosła 611<sup>19</sup>. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie prowadzono statystyk pacjentek z niepełnosprawnością przyjętych do porodu.

W 2024 r., zanotowano spadek do 326 hospitalizowanych pacjentek, u których przyczyną na podstawie rozpoznania głównego było: krwawienie we wczesnej ciąży (54 pacjentki), niepowściągliwe wymioty ciężarnych (12), niepowściągliwe wymioty ciężarnych z zaburzeniami materii (10), cukrzyca pojawiająca się w ciąży (22), obrzęki ciążowe (5), białkomocz (1), nadciśnienie w ciąży (10), małowodzie (2), cholestaza (3), podejrzenie hipotrofii płodu (6), tachykardia (32), nieprawidłowe wyniki krwi (2), poród przedwczesny (21), poród fałszywy przed 37 tygodniem (3), poród fałszywy po 37 tygodniu (21), przedwczesne oddzielenie łożyska (4), zakrzepica (2), ciąża przenoszona (5), niewydolność szyjki (3), zakażenie pęcherza moczowego (5), zakażenie nerek (5), poronienie (59), poronienie samoistne zupełne (7), poronienie niezupełne (20), puste jajo płodowe (7), ciąża pozamaciczna (3), ciąża jajowodowa (5). Liczba pacjentek korzystających ze szkoły rodzenia wyniosła 105 ciężarnych, a liczba dzieci hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym wyniosła 534<sup>20</sup>. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie prowadzono statystyk pacjentek z niepełnosprawnością przyjętych do porodu.

W I półroczu 2025 r., hospitalizowano ogółem 142 pacjentki w okresie ciąży, z czego przyczyną na podstawie rozpoznania głównego było: krwawienie we wczesnej ciąży (18 pacjentek), niepowściągliwe wymioty ciężarnych (1), niepowściągliwe wymioty ciężarnych z zaburzeniami materii (2), cukrzyca pojawiająca się w ciąży (23), nadciśnienie w ciąży (4), toksoplazmowa (1), podejrzenie hipotrofii płodu (3), tachykardia (11), nieprawidłowe wyniki krwi (1), poród przedwczesny (7), poród fałszywy przed 37 tygodniem (3), poród fałszywy po 37 tygodniu (3), łożysko przodujące (1), przedwczesne oddzielenie łożyska (2), nieprawidłowe wyniki ciężarnych (5), ciąża przenoszona (5), niewydolność szyjki (2), zakażenie pęcherza moczowego (1), zakażenie nerek (3), poronienie (24),

---

<sup>19</sup> W tym dwoje dzieci pozaszpitalnych.

<sup>20</sup> W tym dwoje dzieci pozaszpitalnych.

poronienie samoistne zupełne (3), poronienie niezupełne (15), puste jajo płodowe (2), ciąża jajowodowa (2).

Liczba pacjentek korzystających ze szkoły rodzenia wyniosła 62 ciężarne, a liczba dzieci hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym wyniosła 255. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie prowadzono statystyk pacjentek z niepełnosprawnością przyjętych do porodu.

(akta kontroli str. 140-145, 397)

3. W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnętrzne procedury (w formie zasad postępowania, wskazówek) określające podział zadań dla personelu medycznego, w tym dotyczących opieki okołoporodowej.

Wśród obowiązujących na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym procedur, występowały m.in.: *Poród fizjologiczny, Przygotowanie rodzącej do cięcia cesarskiego, Łagodzenie bólu porodowego w przebiegu porodu fizjologicznego, Postępowanie w przypadku poronienia z pacjentką i płodem, Poronienie zagrażające, jak również Przyjęcie pacjentki na Oddział Ginekologiczno-Położniczy.* Natomiast na Oddziale Noworodkowym obowiązywały m.in. procedury pielęgniarские w zakresie: *Wykonywania szczepień ochronnych, Pielęgnacji noworodka, Pielęgnacji pępka, Stosowania fototerapii u noworodka, Przyjęcia noworodka do oddziału, Badania słuchu u noworodka, a także procedury lekarskie dotyczące: Żółtaczki noworodka, Konflikty serologicznego, Zapalenia płuc noworodka, Resuscytacji noworodka, Infekcji wewnątrzmacicznej, Leczenia bólu w Oddziale Noworodkowym oraz Infekcji dróg moczowych u noworodka.*

Personel obu oddziałów potwierdzał zapoznanie się z ww. procedurami, poprzez złożenie podpisu na sporządzonych w tym celu listach<sup>21</sup>.

(akta kontroli str. 146-237)

4. W Regulaminie określono wskaźniki opieki okołoporodowej<sup>22</sup> oraz ich zakres, sposób realizacji i dokumentowania a także częstotliwość monitorowania, zgodnie z którym pomiar wskaźników obejmował: a/ liczbę amniotomii, b/ liczbę stymulacji i indukcji porodu, c/ liczbę pacjentek którym podano opioidy, d/ liczbę nacięć krocza, e/ liczbę cięć cesarskich, f/ liczbę noworodków, którym podano mleko modyfikowane, g/ liczbę zgonów okołoporodowych i noworodków, h/ strukturę urodzeń według czasu trwania ciąży, urodzeniowej masy ciała oraz sposobu ukończenia ciąży. Wyniki pomiarów poddawano corocznej analizie, którą przekazywano Dyrekcji Szpitala, jak również pozostawały one przedmiotem prowadzonych szkoleń wewnątrzoddziałowych. Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *stosowanie wskaźników opieki okołoporodowej umożliwia ocenę jej jakości oraz stopnia wykonania zaleceń zawartych w standardach postępowania i rekomendacjach. Pozwala to na optymalizację rozwiązań stosowanych w opiece nad matką i dzieckiem oraz identyfikację obszarów wymagających poprawy – głównie medykalizacji porodu, zapobiegania, wczesnego rozpoznania i leczenia ewentualnych komplikacji okołoporodowych oraz wsparcia emocjonalnego rodzącej i jej rodziny.*

---

<sup>21</sup> Ustaleń dokonano na próbie 30 pracowników udzielających świadczeń na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym.

<sup>22</sup> Wprowadzono aneksem nr 3 z dnia 27 listopada 2020 r. do zarządzenia nr 28/2019 Dyrektora ZOZ w Oleśnie z dnia 23 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia zmiany do Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

W Regulaminie wskazano ponadto<sup>23</sup>, że w ramach sprawowanej opieki okołoporodowej do zadań Oddziałów należy w szczególności m.in. obowiązek monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych za pomocą ankiet badania opinii pacjenta, na podstawie których przygotowywano *Raport oceniający satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej w ZOZ w Oleśnie*<sup>24</sup>. W Regulaminie wskazano także, że świadczenia w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem, realizowane będą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>25</sup>, zgodnie z którym w ramach monitorowanych wskaźników należało uwzględnić ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką. Stwierdzono, że monitoring ustalonych wskaźników opieki okołoporodowej nie uwzględniał tej oceny, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 59-60, 238, 243-266, 569)

5. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego<sup>26</sup> dostosowanego do potrzeb i możliwości Szpitala został opracowany 18 listopada 2020 r.<sup>27</sup>, a po zaopiniowaniu przez Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego zaakceptowany został przez Dyrektora ds. Lecznictwa. W dokumencie tym wskazano nefarmakologiczne<sup>28</sup> i farmakologiczne<sup>29</sup> metody łagodzenia bólu dostępne w ZOZ, wynikające ze *Standardu. Procedura* określała zakres stosowania przyjętych metod, kompetencje oraz sposób postępowania przez personel, a także uregulowano w niej m.in. odpowiedzialność położnych i pielęgniarek bloku porodowego za poinformowanie pacjentek w sposób dla nich zrozumiały o dostępnych metodach łagodzenia bólu porodowego, jak również zobowiązanie do dokumentowania tego faktu w dokumentacji medycznej pacjentek.

Na dzień 19 września 2025 r., liczba personelu Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego, Noworodkowego i Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zobowiązanego do zapoznania z procedurą dotyczącą łagodzenia bólu porodowego wynosiła odpowiednio: 31, 13 i 37 osób. W wyniku analizy przekazanych dokumentów ustalono, że spośród 81 osób, potwierdzenia w formie podpisu dokonało 31 pracowników, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 267-274, 647, 747-752, 756-757, 959-960, 964-969)

---

<sup>23</sup> Regulamin Organizacyjny - § 25 ust. 2 pkt 10.

<sup>24</sup> Dalej: Raport Satysfakcji.

<sup>25</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, dalej: *Standard*.

<sup>26</sup> Procedura systemu zarządzania jakością QP MED 3/LP/GP *Łagodzenie bólu porodowego w przebiegu porodu fizjologicznego*, dalej: *Procedura*.

<sup>27</sup> Data obowiązywania od 19 listopada 2020 r.

<sup>28</sup> Utrzymanie aktywności fizycznej, techniki oddechowe i relaksacyjne, masaż relaksacyjny, ciepłe i zimne okłady, TENS.

<sup>29</sup> Analgezja wziewna.

W przekazanej do analizy dokumentacji wskazano, że w I półroczu 2025 r. zastosowano u jednej z pacjentek znieczulenie w formie analgezji regionalnej<sup>30</sup>, która nie była dostępna w obowiązującej w Szpitalu *Procedurze*, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 145, 267-274, 748-757)

6. W okresie objętym kontrolą na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym zapewniono odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>31</sup>.

(akta kontroli str. 726-746, 764-765, 774-775, 788-789, 801-802, 816-817, 831-832, 843, 846, 849, 852, 855, 858)

W okresie objętym kontrolą Szpital zapewnił pacjentkom oraz pracownikom ZOZ możliwość skorzystania z konsultacji z psychologiem<sup>32</sup>. W Szpitalu zapewniono również stałą obecność lekarza anestezjologa (podczas zabiegów cesarskiego cięcia asystował anestezjolog, który w danym dniu pełnił dyżur).

(akta kontroli str. 655, 711-724)

Na podstawie przekazanych dokumentów ustalono, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek określono w sposób zgodny z art. 50 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>33</sup>, jak również spełniały wymagania wynikające z załącznika nr 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wynosiły one: na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 0,7 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko (tj. 22,4 etatu) oraz 0,8 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko (tj. 12,8 etatu) na Oddziale Noworodkowym.

Na podstawie wybranych do próby kontrolnej miesięcy<sup>34</sup> ustalono, że powyższe wskaźniki zatrudnienia osiągnięto w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, jak również Noworodkowego z wyjątkiem 2024 r., co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 238, 710, 758-858)

Analiza czasu pracy lekarzy świadczących pracę na Oddziałach Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym na podstawie umów cywilnoprawnych w lutym i sierpniu w latach 2022-2024 wykazała, że wystąpiły przypadki nieprzerwanego

---

<sup>30</sup> Ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>32</sup> W latach 2022-2024 obowiązywała umowa z osobą prowadzącą gabinet psychologiczno-psychoterapeutyczny, której przedmiot obejmował wykonywanie konsultacji psychologicznych zleconych przez ZOZ. Osoba ta posiadała zaświadczenie Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP o członkostwie w sekcji, ukończyła drugi rok szkolenia z zakresu psychoterapii atestowanego przez PTP, poddawała swoją pracę terapeutyczną superwizji, posiadając ponadto dyplom ukończenia kursu psychoterapii atestowany przez Sekcję Naukową Psychoterapii PTP obejmujący 730 godzin kształcenia. W roku 2025 (I półrocze) zatrudniono psychologa na podstawie umowy zlecenia posiadającego dyplom ukończenia studiów w dziedzinie psychologii.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

<sup>34</sup> Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (luty, sierpień) w latach 2022-2024. Ustalenia stanu faktycznego dokonano na podstawie zestawienia personelu świadczącego pracę. Jako osoby udzielające świadczeń medycznych na Oddziale w miesiącach wybranych do próby kontrolnej, należy rozumieć osoby faktycznie świadczące pracę z wyłączeniem personelu przebywającego na urloпах, świadczeniach rehabilitacyjnych, zwolnieniach lekarskich itp.

świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin (maksymalnie 55 godzin), co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 758-840)

W Szpitalu nie zatrudniano certyfikowanego doradcy laktacyjnego. Wsparcie i edukację dotyczącą laktacji świadczyło 13 położnych, które ukończyły specjalistyczne kursy w tym zakresie<sup>35</sup>.

(akta kontroli str. 507, 607-618)

7. W okresie objętym kontrolą, personelowi sprawującemu opiekę okołoporodową zapewniono możliwość udziału w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych w zakresie *Standardu*. Szkolenia planowano wewnątrzoddziałowo, jak również centralnie, uwzględniając potrzeby ww. personelu. Szkolenia wewnętrzne odbywały się cyklicznie<sup>36</sup> i realizowane były zgodnie z przyjętym harmonogramem szkoleń w danym roku. W poszczególnych latach dla personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego zorganizowano łącznie 34 szkolenia, z czego:

- w 2022 r. w zakresie: analizy pracy oddziału oraz wskaźników opieki okołoporodowej podlegających monitorowaniu za 2021 r. (udział w nim wzięło 20 osób), ekspozycji zawodowej, procedur i instrukcji dotyczących poprawnego stosowania *Standardu* (16), praw i obowiązków pacjenta (17), higieny rąk (20), monitorowania stanu płodu i interpretacji zapisu KTG (18), laktacji i wspomagania matek w karmieniu naturalnym (18), postępowania z pacjentką po stracie dziecka w wyniku poronienia i ciąży obumarłej (17), współczesnych metod łagodzenia bólu porodowego (14) oraz ochrony przeciwpożarowej (19);
- w 2023 r. w zakresie: analizy pracy oddziału za 2022 r. (18), ekspozycji zawodowej (13), porodu zabiegowego - *cięcie cesarskie vacuum extractor* (12), higieny rąk (15), praw i obowiązków pacjenta - *świadoma zgoda na świadectwo zdrowia* (14), laktacji i wspomagania matek w karmieniu piersią (10), opieki nad pacjentką chorą ginekologicznie i po zabiegu operacyjnym (11), procedur prawidłowego wykonywania zleceń lekarskich i zasad bezpiecznego przygotowania, oznakowania i podania leków (11), monitorowania stanu płodu i interpretacji zapisu KTG (11), systemu zarządzania jakością - *polityka jakości* (8);
- w 2024 r. w zakresie: analizy pracy oddziału i wskaźników opieki okołoporodowej za 2023 r. (15), prowadzenia porodu fizjologicznego oraz *Standardu* (15), polityki jakości (11), higieny rąk (13), praw i obowiązków pacjenta (13), laktacji i wspomagania matek w karmieniu naturalnym (16), ekspozycji zawodowej i spraw organizacyjnych (8), postępowania z pacjentką po stracie dziecka w wyniku poronienia lub ciąży obumarłej (9), depresji poporodowej (12), procedur dotyczących prawidłowego wykonywania zleceń lekarskich w tym zasad bezpiecznego przygotowania, oznakowania i podawania leków, pobierania materiału do badań laboratoryjnych (12);

---

<sup>35</sup> W jednym przypadku było to szkolenie pt. „Aktualne możliwości wsparcia w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych na terenie szpitala i poza nim, w oparciu o obowiązujące standardy opieki okołoporodowej”, a w pozostałych, kursy specjalistyczne pt. „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych”.

<sup>36</sup> Co do zasady raz w miesiącu.

- w 2025 r. (I półrocze)<sup>37</sup> w zakresie: analizy pracy oddziału za 2024 r. w tym analizy wskaźników podlegających monitorowaniu (14), ekspozycji zawodowej (11), prowadzenia porodu fizjologicznego uwzględniając najważniejsze aspekty dotyczące *Standardu* (17), higieny rąk (18), praw i obowiązków pacjenta (8).

Dla personelu Oddziału Noworodkowego zorganizowano łącznie 30 szkoleń, z czego:

- w 2022 r. w zakresie: karmienia piersią w przypadku zakażenia COVID19 (12 osób), procedur postępowania z noworodkiem matki zakażonej SARS-Cov-2 (12), postępowania z noworodkiem matki chorej na cukrzycę wraz z omówieniem wskaźników okołoporodowych (12), postępowania z noworodkiem urodzonym z niedotlenieniem okołoporodowym (11), postępowania z noworodkiem podczas stosowania fototerapii (11), instruktażu karmienia piersią – informacje dla matek karmiących (11), ekspozycji zawodowej (12), praw i obowiązków pacjenta w tym świadczeń dla pacjentów z Ukrainy (12);

- w 2023 r. w zakresie: badań przesiewowych prowadzonych u noworodków – informacje dla matek (12), stosowania na oddziale środków dezynfekcyjnych i zapobieganiu zakażeniom wewnątrzszpitalnym (12), postępowania z odpadami oraz omówienia wskaźników okołoporodowych (12), promowania karmienia piersią i roli pielęgniarek w tym zadaniu (12), zakażeń wrodzonych u noworodka w tym postępowania, diagnostyki i izolacji podczas opieki nad noworodkiem (12), szczepień ochronnych, HBS i procedur (12), ekspozycji zawodowej (12), zapoznania z raportem zespołu ds. zakażeń szpitalnych za I półrocze 2023 r. (12);

- w 2024 r. w zakresie: zakażeń noworodka w tym badań GBS, zapalenia płuc u noworodka (12), żółtaczki okresu noworodkowego, standardu opieki medycznej, stosowania fototerapii, obserwacji i dokumentacji (12), pielęgnacji skóry noworodka, kąpieli oraz stosowanych środków wynikających ze standardów postępowania (12), postępowania z noworodkiem matki chorej na cukrzycę (12), wykonywania testu pulsoksymetrycznego i badań w kierunku wrodzonych wad serca – standard 2023 (12), procedur postępowania po ekspozycji – nowe wydanie (12), algorytmu postępowania z noworodkiem po urodzeniu (12), zapoznania z raportem zespołu ds. zakażeń szpitalnych za rok 2023 (13);

- w 2025 r. (I półrocze) w zakresie: badań przesiewowych u noworodków, informacji dla matek i testu pulsoksymetrycznego (12), instruktażu karmienia piersią, technik przystawiania noworodka do piersi (12), postępowania z odpadami powstającymi z oddziału (12), postępowania z noworodkiem matki dotyczącego HBS, szczepień, a także omówienia wskaźników okołoporodowych (12), dezynfekcji na Oddziale w tym stosowanych środków i segregacji odpadów (12), zakażeń noworodków, badań profilaktycznych matek GBS oraz zapalenia płuc u noworodka (12).

(akta kontroli str. 239-242, 275-362, 647-654)

---

<sup>37</sup> W II półroczu 2025 r. zaplanowano do realizacji szkolenia w zakresie opieki nad pacjentką w okresie menopauzalnym i senium, procedur dotyczących wykonywania zleceń lekarskich w tym zasad bezpiecznego przygotowania, oznakowania i podawania leków, problemów związanych z karmieniem naturalnym, monitorowania stanu płodu i interpretacji zapisu KTG oraz polityki jakości.

Zgodnie z przekazaną dokumentacją, łączna kwota wydatków poniesionych na szkolenia personelu medycznego komórek organizacyjnych objętych analizą w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosła 6 330 zł w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz 120 zł w przypadku Oddziału Noworodkowego. Szpital nie ponosił kosztów szkoleń w zakresie *Standardu*.

(akta kontroli str. 360-362)

8. W ZOZ nie wprowadzono wewnętrznych regulacji dotyczących możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentkami przez personel spoza Szpitala, jak również nie wprowadzono cennika sprawowania takich usług przez personel medyczny. Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *w latach objętych kontrolą nie pobierano opłat w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, a w szczególności za porody rodzinne, dodatkową opiekę położniczą, pobyt osoby towarzyszącej pacjentce czy pobyt w jednoosobowej sali. W naszym Oddziale pacjentka nie ma potrzeby zapewniania sobie dodatkowej opieki, ponieważ wszystkie mają ją zapewnioną przez dyżurny personel. Obecność osobistej opiekunki budzi u pozostałych pacjentek poczucie braku odpowiedniej opieki, spowodowanej np. brakiem możliwości finansowych. W powyższym okresie nie było przypadków obecności dodatkowej, tym bardziej płatnej opiekunki. Kwestie dodatkowej opieki zostały rozwiązane poprzez dobrą opiekę zapewnioną przez dyżurny personel.*

(akta kontroli str. 380-381)

9. W Szpitalu nie zorganizowano i nie umożliwiono płatnej opieki położnych nad pacjentkami podczas porodu. Pacjentki rodzące nie miały także możliwości wyboru konkretnej położnej, ponieważ jak wyjaśnił Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego *na poszczególnych odcinkach z blokiem porodowym łącznie, dyżury są jednoosobowe.*

(akta kontroli str. 380, 382)

10. W ZOZ przeprowadzone zostały łącznie cztery kontrole obejmujące swoim zakresem funkcjonowanie Oddziałów: Ginekologiczno-Położniczego oraz Noworodkowego, z czego:

- w 2023 r. dwie kontrole przeprowadzone przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Oleśnie<sup>38</sup> w zakresie m.in. szczepień ochronnych oraz spełnienia wymagań sanitarno-higienicznych i zdrowotnych na Oddziale Noworodkowym, a także jedna kontrola przeprowadzona na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla obszaru województwa opolskiego w zakresie: a/ realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, b/ dostępności do świadczeń zdrowotnych, c/ wyposażenia podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny oraz efektywnego jego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych, d/ analizy sytuacji na Oddziale w związku z pandemią COVID-19;

- w 2024 r. jedna kontrola przeprowadzona przez PSSE w Oleśnie w zakresie m.in. szczepień ochronnych na Oddziale Noworodkowym.

W wyniku przeprowadzonych kontroli nie formułowano zaleceń ani uwag.

(akta kontroli str. 693)

---

<sup>38</sup> Dalej: PSSE w Oleśnie.

11. Analiza dotycząca przeglądów i konserwacji sprzętu<sup>39</sup> znajdującego się na wyposażeniu Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego wykazała, że sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>40</sup>. Wyposażenie powyższych Oddziałów było zgodne ze *Standardem* (cz. XIII, ust. 1) a także obejmowało sprzęt dostosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami<sup>41</sup>. Oddział Ginekologiczno-Położniczy nie spełniał jednego z wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 383-396, 398-508)

12. W Szpitalu, na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, stosownie do załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych zapewniono w miejscu udzielania świadczeń dostęp do ciągłego badania KTG przed i w trakcie porodu, jak również dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych<sup>42</sup>.

(akta kontroli str. 542-553)

13. Warunki lokalowe, w których udzielano świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej spełniały określone przepisami wymagania. Pomieszczenia Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego znajdowały się na I piętrze<sup>43</sup> Szpitala w bloku A. Część ginekologiczna została wyodrębniona i znajdowała się po prawej stronie budynku, a po stronie przeciwnej znajdował się Oddział Położniczy, Noworodkowy oraz blok porodowy. W środkowej części zlokalizowano część administracyjną. Pokoje łóżkowe wyposażone były m.in. w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, a także zużyte ręczniki.

W salach porodowych, przedporodowych oraz poporodowych, zapewniono dostęp do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych. Odstęp pomiędzy łózkami umożliwiał swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoju łóżkowego zapewniała wyprowadzenie łózka.

---

<sup>39</sup> Analizą objęto 15 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości tego sprzętu.

<sup>40</sup> Dz.U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

<sup>41</sup> W tym m.in. łóżka porodowe oraz stół operacyjny w pełni zautomatyzowane, pozwalające na dostosowanie ułożenia do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz personelu w tym zapewniające udźwig nawet do 250 kg.

<sup>42</sup> W wyniku umów z podmiotem zewnętrznym m.in. w zakresie badań histopatologicznych planowych i śródoperacyjnych.

<sup>43</sup> Dostęp dla pacjentek z niepełnosprawnościami lub wskaźnikiem BMI powyżej 30 zapewniały windy.

Warunków w zakresie dostępu do łóżek nie spełniono natomiast w pokojach „matki z dzieckiem”, w których łóżka ustawione były wzdłuż ściany, jedno obok drugiego, uniemożliwiając do nich dostęp z trzech stron w tym dwóch dłuższych, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 420-439, 444, 501)

Pokoje łóżkowe urządzone były w systemie "matka z dzieckiem" i przeznaczone zostały dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka. Wyposażone były w zespoły urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka. W części tej wyodrębniono również dwa pokoje dla noworodków obserwowanych (w tym wcześniaków i intensywnej opieki noworodka), które posiadały wspólną służbę umywalkowo-fartuchową oraz zapewniono w nich obserwację ciągłą, a także pomieszczenie dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.

Blok porodowy składał się z dwóch sal porodowych jednostanowiskowych (obie przeznaczone do porodów rodzinnych), jak również sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka. W układzie pomieszczeń znajdowała się sala poporodowa przeznaczona dla położnic z zapewnioną ciągłą obserwacją.

Szpital zapewnił udzielanie świadczeń z zachowaniem prawa do poszanowania godności i intymności. Pomieszczenia były dokładnie oznaczone, a drzwi i okna pomieszczeń uniemożliwiały obserwację z zewnątrz przez osoby postronne. Zapewniono także poczucie intymności dla hospitalizowanych pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnych, umożliwiając im pobyt w części ginekologicznej, w której nie przebywały m.in. ciężarne i matki po porodzie wraz z noworodkami.

(akta kontroli str. 399-507)

14. W trakcie oględzin<sup>44</sup> potwierdzono, że w Szpitalu przestrzegano, stosownie do art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia<sup>45</sup>, zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Również książki zdrowia (wydawane podczas wypisu) oraz tzw. pudełka z wyprawkami nie promowały preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Na Oddziałach Ginekologiczno-Położniczym oraz Noworodkowym, podawano preparaty do początkowego żywienia niemowląt różnych producentów. Ordynator Oddziału Noworodkowego wyjaśniła, że *w latach 2022-2025 na Oddziale korzystano z mleka modyfikowanego zarówno zakupionego przez Szpital, jak i pochodzącego z darowizn od firm. Jednak każde mleko rejestrowane jest przez aptekę szpitalną i apteka wydaje mleko na Oddział zgodnie ze zgłaszanym zapotrzebowaniem.*

*Dyrektor wyjaśnił, że preparaty do początkowego żywienia niemowląt były pozyskiwane w formie darowizny, bezpłatnych próbek, a także były zakupywane przez Szpital.*

---

<sup>44</sup> Obejmujących miejsca przebywania pacjentek, którym udzielane były świadczenia obejmujące opiekę okołoporodową.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1448.

W okresie lat 2022–2025 (do 30 czerwca) Szpital otrzymał 1440 sztuk preparatów zastępczych na podstawie dziewięciu umów darowizn oraz 984 sztuk w formie próbek. Ilość zakupionych preparatów wyniosła 7056 sztuk z czego:

- w 2022 r. - 1992 za kwotę 23,93 zł
- w 2023 r. - 1992 za kwotę 21,58 zł
- w 2024 r. - 2472 za kwotę 408,27 zł
- w 2025 r. - 600 za kwotę 44,89 zł

W Szpitalu dostępne były trzy marki mleka modyfikowanego w siedmiu odmianach, co było podyktowane oczekiwaniami rodzących, z uwagi na fakt, że o ich wyborze, jak również potrzebie podania decydowały matki noworodków, o czym szerzej opisano w obszarze 2 pkt. 7 wystąpienia.

(akta kontroli str. 490, 554, 655-684, 695-704)

15. W latach 2022-2025 (I półrocze) Szpital w związku z funkcjonowaniem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ponosił koszty oraz otrzymywał środki z NFZ w wysokości:

- w 2022 r. – koszty 9 283 679,57 zł, natomiast przychody z NFZ wyniosły 3 771 659,99 zł);
- w 2023 r. – koszty 9 558 953,72 zł, a przychody z NFZ 5 644 567,63 zł;
- w 2024 r. – koszty 9 776 419,63 zł, a przychody z NFZ 5 846 827,80 zł;
- w 2025 r. – koszty 5 323 337,27 zł, a przychody z NFZ 2 791 077,26 zł.

W przypadku funkcjonowania Oddziału Noworodkowego kwoty ponoszonych kosztów i otrzymywanych przychodów z NFZ wyniosły odpowiednio:

- w 2022 r. – koszty 2 596 788,33 zł, a przychody z NFZ 1 884 523, 23 zł;
- w 2023 r. – koszty 2 917 657,11 zł, a przychody z NFZ 3 046 093,01 zł;
- w 2024 r. – koszty 3 182 490,52, a przychody z NFZ 2 804 140,59 zł;
- w 2025 r. – koszty 1 627 261,77 zł, a przychody z NFZ 1 298 955,82 zł.

W przypadku obu Oddziałów, grupę najwyższych wydatków stanowiły wynagrodzenia oraz koszty usług obcych. W Szpitalu nie pobierano dodatkowych opłat w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, w szczególności związanych z porodami rodzinnymi, dodatkową opieką położnej, pobytem w jednoosobowej sali, pobytem członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce. Dyrektor wskazał, że *Oddział Ginekologiczno-Położniczy posiadał dodatkowe przychody z tytułu nieubezpieczonych pacjentów, rezydentur, cząstkowych staży podyplomowych lekarskich oraz praktyk zawodowych.*

(akta kontroli str. 555-567, 655)

16. W Szpitalu funkcjonowała szkoła rodzenia, a liczba osób uczestniczących w organizowanych zajęciach wyniosła:

- w 2022 r. – 31 osób, w tym 21 ciężarnych i 10 osób towarzyszących;
- w 2023 r. – 165 osób, w tym 110 ciężarnych i 55 osób towarzyszących;
- w 2024 r. – 160 osób, w tym 105 ciężarnych i 55 osób towarzyszących;
- w 2025 r. (I półrocze) – 94 osoby, w tym 62 ciężarne i 32 osoby towarzyszące.

Pierwszy cykl zajęć rozpoczęto w grudniu 2022 r. (dwa spotkania), następnie prowadzono je jeden raz tygodniowo, w cyklu trwającym 8 zajęć po cztery w miesiącu, co łącznie wyniosło 50 zajęć w skali roku. Zajęcia prowadzone były bezpłatnie. Tematyka zagadnień obejmowała m.in.: zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży, rozwój płodu w łonie kobiety, zasady prawidłowego odżywiania, wpływ środków psychoaktywnych i substancji

niebezpiecznych na przebieg ciąży i rozwój płodu, sposoby pielęgnacji noworodka i reagowania na płacz, możliwe problemy zdrowotne, przebieg okresów porodu i połogu, sposoby łagodzenia bólu porodowego, rolę partnera, psychologię ciąży i porodu, tematykę powrotu płodności, karmienie piersią. Umożliwiono też „ogłędziny” oddziałów i bloku porodowego. Zajęcia prowadzone były przez dwie położne zatrudnione w Szpitalu, z czego pierwsza jako specjalista z pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, położna operacyjna, edukator laktacyjny, położna bloku porodowego i specjalista ds. BHP oraz druga, specjalista pielęgniarstwa neonatologicznego, edukator laktacyjny, położna oddziału noworodkowego. Zajęcia prowadzone były również przez zaproszonych gości, w tym: dietetyka klinicznego (w zakresie prawidłowego odżywiania w czasie ciąży i laktacji), fizjoterapeutę uroginekologicznego (gimnastyki ogólnospawnościowej w ciąży, technik relaksacyjnych i oddechowych, ćwiczeń przygotowujących do porodu i połogu), fizjoterapeutę dziecięcego (prawidłowego rozwoju i dysfunkcji u noworodka i niemowlęcia), doradcę chustonoszenia (znaczenia bliskości z noworodkiem), doułę (znaczenia przygotowania się do porodu) oraz specjalistę ds. medycznych w temacie bankowania komórek macierzystych podczas porodu. Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśniła, że *kwestie dotyczące prowadzonej szkoły rodzenia nie były uregulowane wewnętrznymi procedurami, a informacje dotyczące jej funkcjonowania zamieszczone były na stronie internetowej Szpitala oraz dostępne były w sekretariacie Oddziału.*

(akta kontroli str. 568, 571)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Sporządzone corocznie analizy monitorowanych wskaźników opieki okołoporodowej, określonych w Regulaminie, nie zawierały elementów oceny satysfakcji kobiet objętych tą opieką. Zgodnie z cz. I ust. 2 *Standardu*, 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 w szczególności oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

Na podstawie powyższego, w § 25 ust. 10 Regulaminu określono wskaźniki podlegające monitoringowi zawierające zalecenia w postaci ograniczania interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1 *Standardu*, lecz nie uwzględniono w nich obowiązku oceny satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową, co stało w sprzeczności z wymaganiami określonymi w *Standardzie*.

(akta kontroli str. 59-60, 243-266)

Dyrektor wyjaśnił, że *kwestie analizy wskaźników opieki okołoporodowej poruszane są podczas szkoleń wewnątrzoddziałowych. Omawiając raport oceny satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową, niektóre z raportów uwzględniają wyniki corocznej analizy wskaźników opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 685-692)

Zdaniem NIK - biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia - wskaźniki opieki okołoporodowej określone w Regulaminie nie uwzględniały wyników oceny

satysfakcji kobiet objętych opieką, a oba dokumenty były przygotowywane niezależnie bez wspólnej relacji między sobą. Jak wskazuje *Standard*, jednym ze wskaźników podlegającym monitoringowi powinna być „ocena satysfakcji kobiet”. Prowadziło to zatem do nieskutecznego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowanej opieki okołoporodowej.

2. Pomimo obowiązku wynikającego z części VII ust. 6 *Standardu*, Dyrektor nie zapewnił potwierdzenia zapoznania się przez 50 (61,7%) pracowników z treścią przyjętej w Szpitalu procedury łagodzenia bólu porodowego. Zgodnie z powyższym przepisem, lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, Oddziale Położniczym, Oddziale Neonatologicznym, Oddziale Anestezjologii, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa powyżej, potwierdzając to podpisem. Z ustaleń kontroli wynika, że część personelu nie potwierdziła zapoznania się w powyższą procedurą swoim podpisem.

Do dnia zakończenia czynności<sup>46</sup> kontrolnych, Szpital poinformował o uzupełnieniu brakujących podpisów przez 34 osoby.

(akta kontroli str. 273-274, 747-757, 964-969)

3. W I półroczu 2025 r. w przypadku jednej pacjentki zastosowano znieczulenie bólu porodowego w formie analgezji regionalnej, pomimo że w obowiązującej w Szpitalu procedurze QP MED. 3/LP/GP – *Łagodzenie bólu porodowego w przebiegu porodu fizjologicznego* wskazano, że jedyną farmakologiczną metodą dostępną w ZOZ jest analgezja wziewna. Działanie to było niezgodne z obowiązującym w Szpitalu aktem wewnętrznym oraz wytycznymi zawartymi w ust. 4 części VII *Standardu*, zgodnie z którymi Szpital zobowiązany był do opracowania trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, w tym określenia metod farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego, z pośród wymienionych w ust. 11 części VII *Standardu*, w których wskazano: 1/ analgezję wziewną, 2/ dożylnie lub domięśniowe stosowanie opioidów, 3/ analgezję regionalną i miejscową.

(akta kontroli str. 145, 267-274)

Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że w *procedurze łagodzenia bólu porodowego*, znalazła się *analgezja wziewna jako najczęściej stosowana, inne metody analgezji regionalnej i miejscowej są również stosowane, ale sporadycznie. Staramy się wdrożyć ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe jako najbardziej pożądany sposób analgezji porodu. Mamy przygotowaną informację dla pacjentki oraz instrukcję wykonania znieczulenia dla personelu (przygotowaną przez oddział anestezjologii)*. Obecnie zgodę na znieczulenie ciągłe zewnątrzoponowe rodząca wyraża na uniwersalnym formularzu zgody na zabieg. (...) wszystkie sposoby analgezji nie uwzględnione w obecnie obowiązującej procedurze zostaną uwzględnione w procedurze zaktualizowanej.

(akta kontroli str. 572-584)

---

<sup>46</sup> Tj. 30 września 2025 r.

NIK nie kwestionuje wyboru zastosowanej w powyższym przypadku metody łagodzenia bólu porodowego, natomiast zwraca uwagę na fakt niezamieszczenia w obowiązującej procedurze innych metod, które były stosowane u pacjentek, a do czego zobowiązany był Szpital zgodnie z częścią VII *Standardu*. Skutkiem tego zaniechania było uniemożliwienie wszystkim rodzącym pacjentkom zapoznania się z innymi niż analgezja wziewna metodami łagodzenia bólu, które jak wskazują powyższe wyjaśnienia, dostępne były w Szpitalu. Nadmienić należy, że procedura została opracowana przez lekarza, zaopiniowana przez Ordynatora, sprawdzona przez Dyrektora ds. Lecznictwa oraz zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala przy udziale Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością z uwagi na fakt, że powyższa procedura znajdowała się wśród zestawu standardów akredytacyjnych (2009) ISO 9001.

4. W 2024 r. odpowiednio w miesiącach luty i sierpień, 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 o pierwszym poziomie referencyjnym. Zgodnie z ww. dokumentem minimalna norma wynosiła 12,8 etatów<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 238, 853-858)

Dyrektor wyjaśnił, że *liczba 12 etatów w pełni zabezpiecza potrzeby grafkowe Oddziału Noworodkowego. Z powodu mniejszej liczby porodów a co za tym idzie mniejszego wykorzystania łóżek, jedna osoba została oddelegowana do pracy w Oddziale Położniczym. W przypadku braku personelu spowodowanego np. dłuższym L-4, Oddział może zwrócić się z prośbą o ponowne przeniesienie tego pracownika.*

(akta kontroli str. 960)

NIK zwraca uwagę na fakt, że powyższe rozporządzenie reguluje kwestie minimalnego zatrudnienia pielęgniarek lub położnych na Oddziale Noworodkowym, w celu zagwarantowania odpowiedniej opieki, w tym przypadku nad najmłodszymi pacjentami. Szpital biorąc powyższe pod uwagę ustalił tę ilość na poziomie 12,8 etatu, która z założenia powinna odpowiadać liczbie możliwych pacjentów. Zgodnie bowiem z § 5 ww. rozporządzenia, Szpital zobowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarsko-położniczej w ilości personelu odpowiadającej m.in. liczbie i bieżącego wykorzystania łóżek. Zdaniem NIK Szpital zobowiązany jest do zapewnienia minimalnej obsady pracowników, w tym przypadku odpowiadającej 12,8 etatu lub ograniczenia ilości łóżek (miejsc przeznaczonych dla noworodków) do liczby zatrudnionego personelu.

5. W lutym i sierpniu lat 2022-2024 wystąpiły 72 przypadki świadczenia pracy przez dwóch lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający 24 godziny.

---

<sup>47</sup> Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, liczba pielęgniarek lub położnych winna wynosić równoważnik co najmniej 0,8 etatu na jedno łóżko (stanowisko noworodkowe). Liczba łóżek w okresie objętym kontrolą wynosiła 16.

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach, najdłuższy czas nieprzerwanej pracy wyniósł 55 godzin.

(akta kontroli str. 758-840)

Dyrektor wyjaśnił, że *powyższe zdarzenia spowodowane były m.in. prośbą kierowaną przez dwóch lekarzy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego o zwolnienie z obowiązku pełnienia dyżurów lekarskich, co znacząco ograniczyło możliwości wyboru przy tworzeniu grafików lekarskich przez Ordynatora oddziału.*

(akta kontroli str. 960)

Ordynator wyjaśnił, że *taka, jak przedstawiona organizacja pracy była wymuszona małą liczbą dyżurujących oraz brakiem nieograniczonej dyspozycyjności dyżurujących (każdy z nich był ograniczony innymi zajęciami). W tym czasie osoby zatrudnione na etacie pracowały zgodnie z wyznaczonymi okresami wypoczynku. Dwoje lekarzy, których dotyczą okresy pracy przewyższającego 24 godziny, zatrudnieni są w ramach umowy cywilno-prawnej. W przypadku 11 godzinnego wypoczynku pomiędzy dyżurami i pracą w godzinach przedpołudniowych liczba pracowników byłaby nie wystarczająca.*

(akta kontroli str. 961)

Zdaniem NIK, działaniem nierzetelnym było dopuszczanie do wykonywania przez pracowników kontraktowych czynności zawodowych ponad normy określone w art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>48</sup> – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – może sprzyjać popełnianiu ewentualnych błędów medycznych, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną zarówno pracownika, jak i Szpital.

6. Dyrektor nie zapewnił wyposażenia Oddziału Ginekologiczno-Położniczego<sup>49</sup> zgodnego z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W wyniku przeprowadzonych oględzin ustalono, że ww. Oddział nie dysponował kolposkopem, mimo że zgodnie z powyższym rozporządzeniem, Oddział Ginekologiczno-Położniczy (I stopień referencyjności) powinien być wyposażony w kolposkop.

(akta kontroli str. 384-394, 504, 531-535)

Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *na wyposażeniu Oddziału Ginekologicznego do roku 2014 znajdował się kolposkop. Po 2014 r. wszystkie pacjentki wymagające rozszerzonej diagnostyki w zakresie patologii szyjki, są kierowane do specjalistycznej poradni, w tym wypadku Poradni Patologii Szyjki Macicy. Osobna umowa z podmiotem zewnętrznym na udzielanie świadczeń w zakresie kolposkopii nie jest wymagana. Wystarczy zwykłe skierowanie do poradni.*

(akta kontroli str. 508)

---

<sup>48</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

<sup>49</sup> W dniu 4 września 2025 r.

Dyrektor wyjaśnił, że na wyposażeniu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego nie znajdował się kolposkop, ponieważ nie był używany od czasu jego wprowadzenia. Na wniosek ordynatora oddziału w 2014 r. kolposkop został zlikwidowany o czym powiadomiono Opolski Oddział Wojewódzki w Opolu Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>50</sup>.

Diagnostykę ginekologiczną w zakresie kolposkopii wykonywano innymi metodami, tj. poprzez badanie USG oraz cytologię. W razie potrzeby wykonywania kolposkopii wystawiano skierowanie z poradni ginekologicznej do ośrodka wykonującego to badanie. Skierowania te są realizowane bez konieczności zawierania dodatkowych umów z tymi podmiotami.

(akta kontroli str. 655)

Zdaniem NIK, przepisy rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, jednoznacznie wskazują, że na wyposażeniu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego powinien znajdować się kolposkop.

7. W ośmiu pokojach łóżkowych „matki z dzieckiem” ustawienie łóżek<sup>51</sup> nie zapewniało dostępu do nich z trzech stron w tym dwóch dłuższych, jak również nie zachowano między nimi odstępu. Było to niezgodne z § 18 oraz § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>52</sup>, z którego wynika, że łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a także odstępy między łóżkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.

(akta kontroli str. 479, 481-482, 484-485, 501)

Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że łóżka na salach porodowych, przedporodowych i poporodowych ustawione są zgodnie ze szczegółowymi wymaganiami, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ponieważ umożliwia to szybką interwencję medyczną w nagłym przypadku. Natomiast w pokojach „matki z dzieckiem” ustawione są nieco inaczej. W żadnym wypadku nie utrudnia to interwencji, gdyby okazała się potrzebna. Łóżka są wyposażone w kółka i w razie potrzeby natychmiast, jednym ruchem uzyskujemy dostęp do położnicy z każdej strony. Nadmieniam, że w salach położnic przebywają osoby zdrowe, w pełni sił, po okresie wstępnej obserwacji poporodowej i w ciągu kilkudziesięciu lat nie wystąpiła sytuacja wymagająca natychmiastowej interwencji. Natomiast takie jak w chwili obecnej ustawienie łóżek, zwiększa bezpieczeństwo noworodków, poprawia komfort położnic, zwiększa dostępną przestrzeń, umożliwia ustawienie stolika i krzesła (zapewnia wygodne spożywanie posiłków). Takie jak obecnie ustawienie łóżek jest również bardziej właściwe ze względu na rozmieszczenie gniazd instalacji gazów medycznych, drzwi wejściowych i kącika noworodka.

(akta kontroli str. 508)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) po wprowadzeniu wymogu, iż w pokojach łóżkowych, łóżka są dostępne z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, dostosowano

---

<sup>50</sup> Dalej: OOW NFZ.

<sup>51</sup> Po dwa łóżka w każdym pokoju.

<sup>52</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 402, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

*ustawienia łóżek na salach chorych na wszystkich Oddziałach ZOZ zgodnie z w/w zasadami, w tym także na salach „matki z dzieckiem”. Na tych salach, matka zajmuje łóżko pacjenta, do którego przylega specjalistyczna przystawka dedykowana dziecku. Samodzielną decyzją personelu Oddziału wynikającą z praktyki codziennej, szczególnie kiedy matki chcą przebywać bezpośrednio ze swoimi dziećmi (dziecko płacziwe, niespokojne) była zmiana ustawienia łóżek poprawiająca bezpieczeństwo pacjentek.*

*Posiadane łóżka spełniają wymogi techniczne dla Oddziału i ich wymiana wynika tylko ze stanu ich zużycia.*

(akta kontroli str. 655-656)

Zdaniem NIK, uwzględniając powyższe wyjaśnienia, wymóg dostępu do łóżek z trzech stron jest niezbędny do utrzymania odpowiedniego standardu opieki w systemie "matka z dzieckiem". Zapewnia komfortowy i swobodny dostęp do matki i noworodka, umożliwiając personelowi bezpieczne i higieniczne wykonywanie codziennych czynności pielęgnacyjnych oraz obsługę łóżeczka niemowlęcego.

(akta kontroli str. 473-485, 501, 508, 655-656)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Szpital zapewnił odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego oraz w prawidłowy sposób wyposażył pomieszczenia Oddziałów w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, przy czym sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności. Zapewniono także dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy nie został wyposażony w kolposkop, jak również w sposób nie w pełni prawidłowy określono i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej. W procedurze łagodzenia bólu porodowego nie uwzględniono też jednej z dostępnych i możliwych do stosowania metod farmakologicznych, a z dokumentacji jednostki nie wynikało, że cały personel zobowiązany do stosowania tej procedury, zapoznał się z jej treścią. Stwierdzono też przypadki długotrwałego udzielania świadczeń (nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin) przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

#### **OBSZAR**

### **2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej**

Opis stanu faktycznego

1. Na podstawie badania obejmującego próbę<sup>53</sup> dokumentacji medycznej pacjentek, które urodziły na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w latach 2022-2024 ustalono, że podczas przyjęcia na ww. Oddział, we wszystkich przypadkach przestrzegano zasad wskazanych w *Standardzie*. Podczas przyjmowania pacjentek na oddział weryfikowano: grupę krwi pacjentek, potencjalne zakażenie paciorkowcem grupy B (GBS), a w dokumentacji medycznej odnotowano również wyniki badań na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV. Plany porodu znajdowały się w dokumentacji medycznej 24 pacjentek, a w pozostałych przypadkach zamieszczony został zapis o braku takiego dokumentu. Ordynator Oddziału Ginekologiczno-

---

<sup>53</sup> Próbą objęto 30 pacjentek, w tym 10 pacjentek, które urodziły za pomocą cięcia cesarskiego oraz 3 pacjentki o współczynniku BMI powyżej 30.

Położniczego wyjaśnił, że w Szpitalu umożliwiono przygotowanie planu porodu pacjentkom, które go nie posiadały przy przyjęciu i są przygotowane do tego odpowiednie druki. W miarę wolnego czasu są takie plany sporządzane. Natomiast przygotowanie planu porodu należy do obowiązków położnej środowiskowej i personel oddziału nie jest do tego zobowiązany.

Przedstawiony wzór planu porodu zapewniał możliwość wskazania preferencji i oczekiwań pacjentek w zakresie porodu i okresu poporodowego.

(akta kontroli str. 507, 585-590, 598-599)

2. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek, objętych próbą kontrolną NIK, wykazała, że personel medyczny w sposób prawidłowy i rzetelny zapewnił pacjentkom stosowne wsparcie i wymaganą opiekę w zakresie wskazanym w *Standardzie*. Ustalono m.in., że:

- 20 porodów odbyło się siłami natury, natomiast 10 za pomocą cesarskiego cięcia;
- w przypadku wszystkich cięć cesarskich każdorazowo uzyskano zgodę rodzącej na operację;
- uwzględniano decyzje pacjentek o przebiegu porodu określone w planach porodu;
- każdorazowo uzyskiwano zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań (w tym m.in. na nacięcie krocza, indukcję porodu, wykonanie znieczulenia<sup>54</sup>);
- we wszystkich przypadkach rodzące skorzystały z pomocy osoby bliskiej, w tym w 22 przypadkach był to poród rodzinny;
- zabieg nacięcia krocza przeprowadzono jedynie w czterech przypadkach, uzasadniając konieczność jego przeprowadzenia w dokumentacji medycznej<sup>55</sup>;
- w żadnym z przypadków nie przeprowadzono zabiegu amniotomii;
- 23 pacjentkom zakładano wkłucia do żyły obwodowej<sup>56</sup>.

(akta kontroli str. 587-595)

3. Pacjentkom Szpitala w sposób prawidłowy zapewniono dostęp do metod łagodzenia bólu porodowego określonych w przyjętej *Procedurze*. W dokumentacji wszystkich pacjentek odnotowano z jakich form łagodzenia bólu porodowego skorzystały. Najczęściej łączono metody nefarmakologiczne<sup>57</sup> z metodami farmakologicznymi<sup>58</sup>, z czego w 10 przypadkach skorzystano ze znieczulenia podpajęczynówkowego oraz w ośmiu z analgezji wziewnej<sup>59</sup>. Stosowane metody uwzględniały oczekiwania kobiet określone w planach porodu. Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *Szpital dąży do wdrożenia ciągłego znieczulenia zewnątrzoponowego jako najbardziej pożądanego sposobu analgezji porodu. Pomimo nieuwzględnienia metody w Procedurze, pacjentki miały możliwość korzystania z tej formy łagodzenia bólu porodowego na podstawie instrukcji i dokumentów przygotowanych przez Oddział*

---

<sup>54</sup> Pisemna zgoda na wykonanie znieczulenia.

<sup>55</sup> Duże prawdopodobieństwo pęknięcia samoistnego.

<sup>56</sup> Z uwagi na dożylny podawanie leków i zabezpieczenie dostępu do żyły.

<sup>57</sup> W tym aktywizacja ruchowa, ćwiczenia, gimnastyka oddechowa, przysznic.

<sup>58</sup> W 18 przypadkach.

<sup>59</sup> Stosowano preparat Entonox.

Anestezjologii. Poinformował również, że wszystkie sposoby analgezji zostaną uwzględnione w zaktualizowanej Procedurze.

(akta kontroli str. 574-584, 593-595)

4. Na podstawie próby<sup>60</sup> ustalono, że dokumentacja medyczna pacjentek prowadzona była prawidłowo i rzetelnie. Dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o *upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego*. We wszystkich przypadkach do dokumentacji medycznej pacjentek dołączano karty obserwacji, karty obserwacji porodu, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia. Wszystkie karty obserwacji porodu były rzetelnie wypełniane oraz zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>61</sup>.

(akta kontroli str. 596-597, 600)

5. W przypadku 29<sup>62</sup> porodów umożliwiono noworodkom kontakt „skóra do skóry”. Kontakt ten został zapewniony 20 noworodkom urodzonym w wyniku porodu naturalnego, jak również w dziewięciu przypadkach porodów przebiegających w drodze cięcia cesarskiego<sup>63</sup>. W dokumentacji medycznej jednej z pacjentek oraz jej dziecka nie dokonano zapisu w tym zakresie. Co do zasady, kontakt „skóra do skóry” zapewniony był zaraz po porodzie w okresie 2 godzinnej obserwacji matki i noworodka, a w 17 przypadkach kontakt ten był przerywany z adnotacją, że przerwano go na prośbę matki. W jednym przypadku kontakt wynosił 10 minut<sup>64</sup>, a w pozostałych 28 przypadkach nie odnotowano w dokumentacji medycznej pacjentek oraz noworodków czasu trwania kontaktu „skóra do skóry”, co uniemożliwiało stwierdzenie na podstawie tych dokumentów, czy zapewniony został kontakt w sposób określony w *Standardzie* (cz. XIII ust. 1 pkt 8), tj. nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry", trwający dwie godziny po porodzie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 601-602)

6. Analiza dokumentacji medycznej 30 noworodków, urodzonych w latach 2022-2024, wykazała, że personel medyczny w sposób prawidłowy i rzetelny zapewnił noworodkom stosowne wsparcie i wymaganą opiekę. Ustalono m.in., że:

- we wszystkich przypadkach dokonano oznakowania noworodka i oceny stanu noworodka według skali Apgar;

---

<sup>60</sup> Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

<sup>61</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 798. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

<sup>62</sup> Z 30 przypadków objętych próbą kontrolną.

<sup>63</sup> W tym w siedmiu przypadkach „kangurował” ojciec.

<sup>64</sup> W dokumentacji medycznej zamieszczony został zapis o przerywaniu kontaktu na prośbę matki.

- wobec badanych noworodków wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka<sup>65</sup>, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- noworodki miały wykonane szczepienia<sup>66</sup>, zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych, po uprzedniej kwalifikacji dokonanej przez lekarza i pisemnym wyrażeniu zgody przez matkę;
- noworodkom wykonano: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu<sup>67</sup>, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na białą<sup>68</sup> (badanie suchej kropli krwi);
- we wszystkich przypadkach, podczas porodu<sup>69</sup> na sali porodowej znajdował się lekarz Oddziału Neonatologicznego;
- wszystkie noworodki zostały poddane badaniu klinicznemu przez lekarza Oddziału Neonatologicznego, w okresie 12 godzin od urodzenia w obecności matki lub ojca;
- zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali "matka z dzieckiem".

(akta kontroli str. 603-605)

7. Na podstawie próby<sup>70</sup> ustalono, że wszystkie kobiety, które urodziły dziecko w Szpitalu otrzymały od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Przekazywano im również informacje o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia. Edukację oraz wsparcie w tym zakresie zapewniły położne Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, które ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie edukacji i wsparcia kobiet w okresie laktacji dla położnych oraz dodatkowo w jednym przypadku szkolenie pt. „Aktualne możliwości wsparcia w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych na terenie szpitala i poza nim, w oparciu o obowiązujące standardy opieki okołoporodowej”. Zapewniono również dostęp do trzech automatycznych, przenośnych laktatorów, a wśród dostępnych pomieszczeń wydzielono „kuchnię mleczną” z lodówką przeznaczoną do przechowywania pokarmu oraz podgrzewaczami.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że *korzyści wynikające z naturalnego karmienia przekazywane były matkom w formie ustnej, połączone z pokazem technik karmienia. Każda pacjentka otrzymywała materiały informacyjne.*

W przypadku dokumentacji 30 noworodków objętych analizą, u wszystkich podjęto próbę przystawienia do piersi oraz dokonano oceny umiejętności ssania. W 10 przypadkach noworodki żywione były wyłącznie mlekiem matek, w dwóch przypadkach wyłącznie mlekiem modyfikowanym<sup>71</sup>, w 18 przypadkach noworodki były dokarmiane mlekiem zastępczym na życzenie matek, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej. W Szpitalu nie nawiązano współpracy z bankiem mleka kobiecego. Ordynator Oddziału Noworodkowego wyjaśniła, że *zgodnie z ustawą jesteśmy pierwszym stopniem referencyjności, czyli zajmujemy się*

<sup>65</sup> Z wyjątkiem jednego noworodka, gdzie matka nie wyraziła zgody.

<sup>66</sup> Z wyjątkiem jednego noworodka, gdzie matka nie wyraziła zgody.

<sup>67</sup> Z wyjątkiem jednego noworodka, gdzie matka nie wyraziła zgody.

<sup>68</sup> Z wyjątkiem jednego noworodka, gdzie matka nie wyraziła zgody.

<sup>69</sup> Lub zaraz po nim, przed przyjęciem noworodka na oddział noworodkowy.

<sup>70</sup> Obejmującej 30 matek, które urodziły w Szpitalu w latach 2022-2024.

<sup>71</sup> Na wyraźne żądanie matek – kobiety odmówiły karmienia piersią.

*prostymi, niepowikłanymi porodami i opieką nad noworodkiem donoszonym. Mleko z banku mleka kobiecego przeznaczone jest dla wcześniaków i noworodków ciężko chorych, długo hospitalizowanych. Jeśli zdarzy się w naszym oddziale poród przedwczesny, taki noworodek szybko przekazany jest do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.*

(akta kontroli str. 554, 596, 607-623, 632-641)

8. W Szpitalu nie opracowano procedur wewnętrznych w zakresie sprawowania opieki nad kobietą, w przypadku której: rozpoznano podczas ciąży ciężką chorobę lub wadę dziecka, nastąpiło urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. Obowiązywała natomiast procedura *Postępowania w przypadku poronienia z pacjentką i płodem*<sup>72</sup>, a w jej treści zobowiązano lekarza do przeprowadzenia rozmowy w warunkach zapewniających intymność, przekazaniu pacjentce informacji o planowym postępowaniu medycznym, możliwych rodzajach pochówku, badaniu genetycznym oraz możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. Uwzględniała ona także na życzenie pacjentki możliwość pożegnania się z płodem również w obecności męża/partnera. Szczegółowej analizie podano dokumentację 10<sup>73</sup> pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnych. We wszystkich przypadkach dokumentacja zawierała oświadczenie pacjentki po poronieniu, w którym określono rodzaj pochówku<sup>74</sup> oraz informacje o przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły. W żadnym przypadku nie było możliwości stwierdzenia, czy zapewniono pacjentkom pomoc psychologiczną, czy umożliwiono im pobyt w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub porodu, czy umożliwiono im pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem, jak również czy zostały poinformowane o możliwości uzyskania dalszej pomocy, w tym psychologicznej, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 165-173, 585-586, 642)

9. Dyrektor Szpitala w sprawie konieczności ponoszenia przez Szpital pełnej odpłatności za zakup szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla kobiet przebywających w Szpitalu w uwagi na zagrożenie ciąży pomiędzy 32. a 36. tygodniem wyjaśnił, że w ZOZ *nie wykonywano szczepień przeciwko wirusowi RSV u kobiet ciężarnych (w tym pomiędzy 32-36 tygodniem ciąży)*. W sprawie braku środków finansowych na wymianę łóżek szpitalnych (w Oddziałach Ginekologiczno-Położniczych i Neonatologicznych) oraz pozyskania takich środków z Funduszu Medycznego wyjaśnił natomiast, że *posiadane łóżka szpitalne ww. oddziałach spełniały wymagania rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń. Wymiana łóżek następuje jedynie w wyniku oceny ich stanu technicznego. Aktualnie Szpital nie aplikował o uruchomienie środków z Funduszu Medycznego na ten cel, priorytetem było ukończenie modernizacji i rozbudowy SOR*.

---

<sup>72</sup> Procedura QP MED 2/L/GP z dnia 4 listopada 2019 r.

<sup>73</sup> Była to losowa próba obejmująca występujące sytuacje szczególne w okresie lat 2022-2024, obejmujące ciąży powyżej 12 tygodnia.

<sup>74</sup> Na podstawie analizowanej próby dokumentacji 10 pacjentek stwierdzono, że w ośmiu przypadkach zdecydowano się na pochówek zbiorowy organizowany przez miasto oraz w dwóch przypadkach zobowiązano się do zgodnego z prawem pochówku we własnym zakresie.

W okresie lat 2022-2025 (I półrocze) wystąpił jeden przypadek pozostawienia dziecka przez matkę w Szpitalu. Dziecko przebywało w nim od 24 do 31 marca 2023 r., a następnie zostało zabrane do rodziny zastępczej. Szpital nie otrzymywał z NFZ środków finansowych na ten cel oraz miał zapewnione warunki sprawowania opieki.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że *największym zagrożeniem dla funkcjonowania Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z punktu widzenia zarządu Szpitala jest poziom finansowania usług w tym zakresie przez NFZ. W celu zapewnienia funkcjonowania bloku porodowego i położnictwa konieczne jest utrzymywanie 24 godzinnej gotowości personelu zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami określającymi minimalne zatrudnienie personelu. Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w służbie zdrowia powoduje coroczny wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, w roku bieżącym około 12%. W ostatnich latach ustalił się stały trend corocznego spadku ilości urodzeń w Polsce, co jest odczuwalne także w naszej placówce, pomimo zamknięcia dwóch oddziałów położniczych w ościennych szpitalach. Szacowana na podstawie pierwszego półrocza ilość porodów w roku 2025 jest na około 530, czyli podobna jak w roku ubiegłym. Szacowana strata Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i poradni ginekologicznej za rok 2025 na podstawie I półrocza wyniesie około 4,8 mln zł. od 1 lipca 2025 r. nastąpił wzrost wyceny punktowej i ceny punktu w zakresie położnictwa i ginekologii, na chwilę obecną nie jesteśmy w stanie określić, w jakim stopniu poprawi to wynik oddziału i poradni i czy zrekompensuje wzrost wynagrodzeń personelu.*

Personel Szpitala zwrócił uwagę na fakt, że najistotniejszym problemem w sprawowaniu opieki okołoporodowej w chwili obecnej jest potrzeba większej dostępności zespołu anestezyjologicznego, by można było zapewnić rodzącym pacjentkom znieczulenie zewnątrzoponowe.

(akta kontroli str. 634, 643-646)

10. W okresie objętym kontrolą do ZOZ wpłynęły cztery skargi dotyczące opieki okołoporodowej. We wszystkich przypadkach Dyrektor niezwłocznie i rzetelnie wyjaśnił okoliczności objęte skargami, prowadząc postępowanie wyjaśniające. Żadna ze skarg nie skutkowałą koniecznością podejmowania działań naprawczych. Z informacji uzyskanej w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK przedstawionej przez OOW NFZ wynikało, że w okresie objętym kontrolą nie wpłynęła do OOW NFZ żadna skarga na ZOZ dotycząca opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 376-379, 694)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Pomimo zapewnienia noworodkom kontakt „skóra do skóry” po porodzie, w badanej dokumentacji medycznej 28 pacjentek rodzących<sup>75</sup> oraz noworodków brak było zapisów dotyczących czasu trwania kontaktu, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

---

<sup>75</sup> Tj. 19 pacjentek rodzących siłami natury oraz 9 porodów zakończonych cięciem cesarskim, których dokumentację medyczną poddano analizie.

Zgodnie z cz. XIII ust. 1 pkt 8 *Standardu*, bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry", trwający dwie godziny po porodzie.

Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *wszystkim rodzącym, jeśli tylko ich stan i stan noworodka na to pozwala (ocena stanu noworodka należy do pediatri) proponujemy nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”, trwający minimum 2 godziny. Kontakt ten jest przerywany wyłącznie w przypadku zagrożenia życia matki lub noworodka. Mogło się zdarzyć, że fakt przerywania kontaktu nie był odnotowany w dokumentacji przez przeoczenie. Zdecydowanie częściej kontakt „skóra do skóry” jest przerywany na prośbę matki, która np. twierdzi, że jest zbyt zmęczona, żeby zajmować się dzieckiem. Brak zapisów o czasie trwania kontaktu jest zwykłym przeoczeniem. Ewentualnie może być spowodowany dużym obciążeniem personelu pracą. Położnicom po cięciu cesarskim, kontakt z noworodkiem jest umożliwiony bezpośrednio po przewiezieniu z sali operacyjnej na oddział położniczy.*

Ordynator Oddziału Noworodkowego wyjaśniła, że *brak wpisów w niektórych historiach choroby o długości kontaktu: skóra do skóry” wynikał niestety z naszego niedopatrzenia. Wszystkim matkom rodzącym w naszym Szpitalu proponujemy kontakt „skóra do skóry”. I nie zawsze kontakt ten jest przerywany z powodu stanu zdrowia noworodka czy matki. Bardzo często to mama decyduje o przerywaniu kontaktu np. mówiąc, że jest zmęczona i pragnie odpocząć – my przychylamy się do prośby mamy. Ojcowie rzadko zgłaszają chęć przerywania kontaktu „skórka do skóry” po cięciu cesarskim.*

Zdaniem NIK, długość trwania kontaktu „skóra do skóry” powinna być rzetelnie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjentów (matki i noworodka), a w przypadku jego przerywania – zgodnie z regulacją określoną w *Standardzie* (cz. XIII ust. 1 pkt 8), tj. nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry" - trwający dwie godziny po porodzie – ze wskazaniem przyczyn oraz długości przerywania kontaktu w tym ewentualnego późniejszego jego kontynuowania.

NIK wskazuje również na potrzebę odnotowywania w dokumentacji medycznej dotyczącej porodów przez cięcie cesarskie czasu trwania tego kontaktu lub czasu trwania „kanguruowania”.

(akta kontroli str. 507, 554, 601-602)

2. Dokumentacja medyczna 10 pacjentek doświadczających sytuacji szczególnej nie zawierała informacji dotyczących: zapewnienia im pomocy psychologicznej, umożliwienia pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży, porodu lub które urodziły zdrowe dziecko, umożliwienia pożegnania ze zmarłym dzieckiem, jak również czy poinformowano pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, w tym miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. Zgodnie z cz. XV *Standardu*, kobietom doświadczającym sytuacji szczególnych należy umożliwić: możliwie szybko skorzystanie z pomocy psychologicznej (ust. 2), pobyt w sali, w której nie przebywają kobiety w ciąży, porodu lub które urodziły zdrowe dziecko (ust. 3), pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (ust. 5), jak również informuje się je o dostępnej pomocy psychologicznej i organizacjach wsparcia (ust. 8). Udzielone świadczenia w powyższym zakresie powinny mieć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.

Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił, że *pacjentkom doświadczających sytuacji szczególnych związanych z poronieniem, porodem, umożliwiamy pobyt w miejscu odizolowanym od pozostałych ciężarnych i położnic. Zwykle jest to realizowane przez przeniesienie na osobną salę, w Oddziale Ginekologicznym. Pacjentki te mają zapewnioną pomoc psychologiczną, chyba, że same z niej rezygnują. Wszystkim pacjentkom po poronieniu, martwym porodzie, nawet matkom dzieci, które zostały przewiezione do leczenia w innym szpitalu (czyli zostały czasowo pozbawione kontaktu z dzieckiem), proponujemy odizolowanie od położnic i ciężarnych. Wszystkim pacjentkom w sytuacjach szczególnych umożliwiamy pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem. Wszystkie pacjentki tego wymagające są informowane o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej. Jeśli w analizowanej dokumentacji pacjentek (...) jest brak informacji szczegółowych, to jest to spowodowane zwykłym niedopatrzeniem.*

Odnosząc się do wyjaśnień, zdaniem NIK zaniechanie dokumentowania, które świadczenia (jakie wsparcie) zaproponowano pacjentce, które z tych świadczeń zrealizowano lub czy udokumentowano fakt odmowy i jej przyczynę, było postępowaniem nierzetelnym. Podkreślić należy, że jedynie rzetelnie prowadzona dokumentacja pacjentek odzwierciedla w rzeczywistości przestrzeganie *Standardu*. Dokumentacja medyczna stanowi fundament rzetelnej i transparentnej opieki zdrowotnej. Jest ona nie tylko narzędziem pracy dla personelu medycznego, ale przede wszystkim kluczowym dokumentem dla pacjenta, który, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>76</sup>, ma prawo do pełnego dostępu do informacji na temat swojego stanu zdrowia i udzielonych mu świadczeń. Zgodnie z art. 23 ust. 1 oraz art. 25 ust. 1 pkt 3 wspomnianej ustawy, każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną w sposób rzetelny i wyczerpujący. Oznacza to, że powinna ona zawierać kompletny opis stanu zdrowia pacjenta oraz wszystkich udzielonych mu świadczeń. Niezbędne jest, aby wpisy odzwierciedlały rzeczywisty przebieg leczenia, w tym wszystkie porady, zabiegi i formy wsparcia, które zostały zaproponowane lub udzielone.

(akta kontroli str. 642, 507-508)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Szpital prawidłowo przyjmował pacjentki do porodu, zapewniając tym osobom wymaganą opiekę, w tym umożliwiając łagodzenie bólu porodowego zgodnie z przyjętą *Procedurą*. Matkom zapewniono także wsparcie w laktacji i odżywianiu noworodka. Należycie przeprowadzane były postępowania wyjaśniające w związku z wpływającymi do Szpitala skargami dotyczącymi opieki okołoporodowej.

Stwierdzono jednak, że dokumentacja medyczna nie była prowadzona w pełni rzetelnie. Nie zamieszczano w niej bowiem informacji dotyczących czasu trwania kontaktu „skóra do skóry”, jak również udzielonych świadczeń pacjentkom doświadczających sytuacji szczególnych.

---

<sup>76</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581, ze zm.

#### **IV. Uwagi i wnioski**

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

- Uwagi      Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
- Wnioski    Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:
1. Podjęcie działań zmierzających do uzupełnienia wyposażenia o brakujący kolposkop, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
  2. Podjęcie skutecznych działań, mających na celu dostosowanie *Procedury łagodzenia bólu porodowego w przebiegu porodu fizjologicznego* do faktycznie stosowanych metod w Szpitalu.
  3. Doprowadzenie do pisemnego potwierdzenia przez pozostałych - zobowiązanych pracowników Szpitala - zapoznania się procedurą łagodzenia bólu porodowego.
  4. Uwzględnianie wyników corocznej oceny satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową w monitorowanych wskaźnikach opieki okołoporodowej.
  5. Wzmocnienie nadzoru nad dokumentowaniem czasu trwania kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” oraz zapewnieniem wymaganej długości jego trwania, jeśli nie wystąpią przeciwwskazania.
  6. Zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, w tym z uwzględnieniem wszystkich informacji o świadczeniach, których im udzielono.
  7. Podjęcie działań na rzecz zapewnienia odpowiedniej, wymaganej obowiązującymi przepisami liczby pielęgniarek/położnych na Oddziale Noworodkowym.
  8. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres dłuższy niż 24 godziny, bez zapewnienia możliwości odpoczynku przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych.
  9. Dostosowanie ustawienia łóżek do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

#### **V. Pozostałe informacje i pouczenia**

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury w Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania  
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Opole, 17 października 2025 r.

Kontroler  
Paweł Toczek  
specjalista kontroli państwowej  
*podpisano elektronicznie*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu  
Dyrektor  
Arkadiusz Kuglarz  
p. o. Dyrektora  
*podpisano elektronicznie*