



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.11.2.2025

Kamil Dybizbański  
Dyrektor  
Brzeskiego Centrum Medycznego  
Brzeskie Centrum Medyczne,  
ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 - Opieka okołoporodowa

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Brzeskie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Kamil Dybizbański, Dyrektor Brzeskiego Centrum Medycznego od 1 sierpnia 2019 r. <sup>2</sup>
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), 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	Jarosław Pałęga, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LOP/90/2025 z 1 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-2)

---

<sup>1</sup> Dalej: BCM.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

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

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

### OCENA OGÓLNA

W BCM co do zasady przestrzegano przepisów Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>5</sup> i w wymaganym zakresie sprawowano opiekę nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz nad ich dziećmi. Pacjentkom oraz ich nowonarodzonym dzieciom zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych oraz wsparcia psychologicznego. Stwierdzono jednak, że pomimo takiego obowiązku, w pięciu przypadkach nie wykonano badania w kierunku zakażenia HIV. BCM spełniał również wymagania dotyczące dostępnego sprzętu medycznego i pomocniczego. Jednakże w dwóch salach urządzonych w systemie „matka z dzieckiem” znajdowały się trzy łóżka, a w siedmiu - łóżka nie były ustawione w sposób zapewniający dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>6</sup>. Wprawdzie z dokumentacji medycznej wynikało, że pacjentkom zapewniano kontakt „skóra do skóry”, to jednak nie we wszystkich przypadkach czas tego kontaktu został odnotowany w dokumentacji medycznej. W BCM zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy, w tym specjalisty w dziedzinie anestezjologii oraz psychologa, położnych i pielęgniarek. Ponadto w odniesieniu do pacjentek w sytuacjach szczególnych, stwarzano odpowiednie warunki do godnego pożegnania utraconych dzieci.

W BCM wprowadzono procedury łagodzenia bólu porodowego, jednak nie dopełniono obowiązku udokumentowania zapoznania z ich treścią niektórych osób wchodzących w skład personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych, a procedura przyjęta w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie została pisemnie zaakceptowana przez Dyrektora BCM. Procedury te nie uwzględniały również części stosowanych w jednostce metod łagodzenia bólu porodowego. Stwierdzono także, że w regulaminie organizacyjnym BCM nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej. Nie określono również sposobu realizacji i dokumentowania dotyczących wskaźników opieki okołoporodowej oraz oceny satysfakcji kobiet objętych opieką.

---

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

<sup>5</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1324. Dalej: *Standard opieki okołoporodowej*.

<sup>6</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 402, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>7</sup> kontrolowanej działalności**

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

Opis stanu faktycznego

1.1. BCM jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, dla którego podmiotem tworzącym jest Powiat Brzeski. W świetle statutu<sup>8</sup> do podstawowych zadań BCM należała m.in. opieka nad kobietą ciężarną, jej porodem i położeniem oraz nad noworodkiem (§ 8 pkt 1 lit. e statutu z 2012 r.). W statucie z 2024 r. wskazano, że celem BCM jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, a także ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (§ 6 pkt 1). Do zadań BCM należało m.in. osiągnięcie określonych, wysokich standardów jakości w zakresie prowadzonej działalności, w tym działalności leczniczej (§ 7.1. pkt 1).

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym<sup>9</sup> BCM udzielał stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych m.in. w zakresie ginekologii i położnictwa i neonatologii (§ 6 ust. 2 pkt 5), a w skład Lecznictwa Stacjonarnego BCM wchodził m.in. Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Blok Porodowy oraz Oddział Noworodków (§ 14 ust. 1 pkt 6, 7 i 16). W ramach Lecznictwa Ambulatoryjnego BCM funkcjonowała Poradnia Ginekologiczno-Położnicza oraz Szkoła Rodzenia (§ 14 ust. 2 pkt 1 lit c oraz pkt 4<sup>10</sup>). Do zadań oddziałów szpitalnych należało m.in. diagnozowanie, leczenie, pielęgnowanie i orzekanie o stanie zdrowia oraz udzielanie konsultacji specjalistycznych, monitorowanie i ciągła poprawa jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, monitorowanie kosztów funkcjonowania oddziału oraz stałe dążenie do racjonalizacji kosztów diagnostyki i terapii (§ 18 ust. 1). Do podstawowych zadań Bloku Porodowego należało m.in. organizowanie porodów, utrzymywanie sal porodowych i ich wyposażenia w gotowości, zapewnienie odpowiednich zestawów narzędzi oraz środków leczniczych (§ 22 ust. 1<sup>11</sup>). Do podstawowych zadań Szkoły Rodzenia należała m.in. działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia w zakresie przygotowywania rodziców do narodzin dziecka, w tym w zakresie przedstawiania zagadnień związanych z ciążą, porodem i okresem połogu, laktacji i pielęgnacji dziecka oraz prowadzenia zajęć warsztatowych (§ 25 ust. 1<sup>12</sup>). Wspólnymi zadaniami ww. komórek organizacyjnych było stałe podnoszenie kwalifikacji personelu, działalność szkoleniowa, rzetelne prowadzenie dokumentacji oraz przestrzeganie zarządzeń, instrukcji i procedur. Pion medyczny, w skład którego wchodziły wszystkie oddziały oraz przychodnie

---

<sup>7</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>8</sup> Przyjętego uchwałą nr XXVII/197/12 Rady Powiatu Brzeskiego z 20 grudnia 2012 r. oraz uchwałą nr VIII/57/24 Rady Powiatu Brzeskiego z 28 listopada 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 11 grudnia 2024 r., poz. 3326).

<sup>9</sup> Wprowadzonym zarządzeniem nr 73/2020 Dyrektora BCM z 1 października 2020 r., zmienionym zarządzeniem nr 7 z 20 stycznia 2021 r. oraz wprowadzonym zarządzeniem nr 30/2023 z 27 czerwca 2023 r. zmienionym zarządzeniami: nr 51 z 6 grudnia 2023 r., nr 2/2024 z 31 stycznia 2024 r. oraz nr 15/2024 z 8 kwietnia 2024 r.

<sup>10</sup> Pkt 6 w regulaminie wprowadzonym zarządzeniem z 2023 r.

<sup>11</sup> § 23 ust. 1 w regulaminie wprowadzonym zarządzeniem z 2023 r.

<sup>12</sup> § 26 ust. 1 w regulaminie wprowadzonym zarządzeniem z 2023 r.

podlegał Dyrektorowi BCM, Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych i Naczelnej Pielęgniarsce. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, który był bezpośrednio podległy Dyrektorowi BCM, należała m.in. kontrola i nadzór nad: a/ organizacją sfery medycznej BCM, w tym w zakresie dostępności oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, b/ nad prowadzeniem w BCM dokumentacji medycznej; c/ nad pracownikami sfery medycznej; d/ wdrażaniem ustalonych w BCM standardów medycznych. Do Dyrektora BCM należało m.in. sprawowanie kontroli i nadzoru nad działaniami BCM, jego jednostek i komórek organizacyjnych, a także nad wszelkimi czynnościami podejmowanymi przez pracowników oraz wydawanie wewnętrznych aktów prawnych.

(akta kontroli str. 3-4, 8-9, 46-52, 65-66, 72-81, 105)

Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Noworodków zaliczone były do pierwszego poziomu referencyjności. W latach 2022-2025 (I półrocze) w oddziałach tych przewidziano odpowiednio 19 i 7 dostępnych miejsc. Dane w zakresie struktury organizacyjnej związanej z opieką okołoporodową oraz liczba miejsc na oddziałach były zgodne z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>13</sup>. Odległość od najbliższych oddziałów o wyższym poziomie referencyjności, tj. od Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu wynosiła 44 km. Liczba mieszkańców powiatu brzeskiego w 2024 r. wynosiła 85 613, z tego 19 043 kobiet w wieku rozrodczym<sup>14</sup>.

(akta kontroli str. 12-43, 285, 424-425)

1.2. W latach 2022-2025 (I półrocze) w BCM przyjęto 1 048 porodów<sup>15</sup>, z tego 596 (56,9 %) fizjologicznych<sup>16</sup> oraz 452 (43,1 %) rozwiązanych cesarskim cięciem<sup>17</sup>. Liczba noworodków wynosiła odpowiednio 376, 301, 256 i 115. W okresie tym nie odnotowano zgonów noworodków do szóstej doby życia. W pięciu przypadkach nastąpił poród martwego dziecka (po dwa w 2022 r. i w 2024 r. oraz jeden w I półroczu 2025 r.). W 225 przypadkach ciąża zakończyła się poronieniem<sup>18</sup>. Podczas porodów zastosowano pozostałe interwencje medyczne, tj. nacięcie krocza (łącznie 120 przypadków<sup>19</sup>), stymulacja czynności skurczowej – indukcja porodu (łącznie 95 przypadków<sup>20</sup>), przebicie pęcherza płodowego – amniotomia (łącznie 33 przypadki<sup>21</sup>). Znieczulenie podczas porodu podano łącznie 140 pacjentkom, z tego analgezję wziewną<sup>22</sup> zastosowano wobec

---

<sup>13</sup> <https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl/wyszukiwarka>. Nr księgi rejestrowej – 9440.

<sup>14</sup> Liczba kobiet w wieku od 15 do 49 lat.

<sup>15</sup> Z tego 371 w 2022 r., 301 w 2023 r., 254 w 2024 r. oraz 117 w I półroczu 2025 r.

<sup>16</sup> Z tego 232 w 2022 r., 175 w 2023 r., 117 w 2024 r. oraz 72 w I półroczu 2025 r.

<sup>17</sup> Z tego 141 (37,8 %) w 2022 r., 126 (41,9 %) w 2023 r., 139 (54,3 %) w 2024 r. oraz 46 (39 %) w I półroczu 2025 r.

<sup>18</sup> Z tego 76 w 2022 r., 50 w 2023 r., 67 w 2024 r. oraz 32 w I półroczu 2025 r.

<sup>19</sup> Z tego 43 w 2022 r., 31 w 2023 r., 24 w 2024 r. i 22 w I półroczu 2025 r.

<sup>20</sup> Z tego 29 w 2022 r., 26 w 2023 r., 27 w 2024 r. i 13 w I półroczu 2025 r.

<sup>21</sup> Z tego 18 w 2022 r., 3 w 2023 r., 9 w 2024 r. i 3 w I półroczu 2025 r.

<sup>22</sup> Nieinwazyjny rodzaj znieczulenia porodowego, w którym środek leczniczy podawany jest w postaci gazu do dróg oddechowych kobiety.

132 pacjentek, a analgezję regionalną<sup>23</sup> - ośmiu. W okresie objętym kontrolą nie stosowano opioidów jako metody znieczulenia porodu.

(akta kontroli str. 131-132, 166)

Liczba pacjentek w okresie ciąży hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w latach 2022-2025 (I półrocze) wynosiła odpowiednio: 712, 568, 540 i 254. W okresie tym ze szkoły rodzenia skorzystało odpowiednio: 82, 104, 72 i 46 pacjentek. Na oddziale neonatologicznym hospitalizowano odpowiednio: 374, 301, 254 i 114 dzieci. Dyrektor wyjaśnił: *Na dzień dzisiejszy nie jest możliwe podanie liczby pacjentek z niepełnosprawnością, gdyż tego rodzaju dane nie są zbierane w systemie AMS, co uniemożliwia ich wygenerowanie.* Głównymi przyczynami hospitalizacji pacjentek w okresie ciąży były: a/ poród samoistny pojedynczy w ułożeniu podłużnym potylicowym (483 przypadki<sup>24</sup>); b/ poród pojedynczy przez planowe cięcie cesarskie (327 przypadków<sup>25</sup>); c/ poród fałszywy przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży (242 przypadki<sup>26</sup>); d/ poród pojedynczy przez cesarskie cięcie ze wskazań nagłych (232 przypadki<sup>27</sup>); e/ poronienie zagrażające (221 przypadków<sup>28</sup>).

(akta kontroli str. 126-127, 167-173)

W odniesieniu do udziału porodów przez cesarskie cięcie do ogólnej liczby porodów (43,1%) Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnił: *Procedura cesarskiego cięcia stosowana jest w przypadku, gdy poród siłami natury może stanowić zagrożenie zdrowia lub życia matki lub płodu. Wśród wskazań położniczych (ok. 75%) najczęściej wykonywane jest cięcie cesarskie z powodu braku postępu porodu oraz stan po poprzednim cięciu cesarskim, a także z powodu nieprawidłowego położenia płodu. Stale rosnący wiek kobiet rodzących oraz ich średnia masa ciała są również istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko konieczności rozwiązania cięciem cesarskim. Osobną grupą są wskazania pilne, bezpośrednio zagrażające życiu matki i płodu jak krwotoki, przedwczesne oddzielenie łożyska oraz ostre niedotlenienie płodu. Najczęstszymi pozapołożniczymi przyczynami rozwiązania ciąży są wskazania okulistyczne, ortopedyczne oraz kardiologiczne. Na osobną uwagę zasługuje wskazanie, które pojawiło się 10 lat temu – tokofobia<sup>29</sup>, należące do grupy wskazań psychiatrycznych, które ze względu na wysoki odsetek występowania (ok. 25%) jest na czele wskazań pozapołożniczych. Warto zwrócić uwagę na rosnącą roszczeniowość pacjentów i często brak zaufania do systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, co może wpływać na decyzję pacjentek o porodzie drogą cięcia cesarskiego, które jawi im się jako wybór bezpieczniejszy i obciążony mniejszym ryzykiem powikłań i uszkodzenia noworodka. Nie do pominięcia jest obecna linia orzecznicza sądów przyznających obecnie ok. 1,5 mln zł odszkodowania za trwałe uszkodzenie lub śmierć noworodka. Ponad dwukrotny wzrost odsetka cięć cesarskich na przestrzeni ostatnich 10 lat z tendencją wzrostową*

---

<sup>23</sup> Metoda znieczulenia, która polega na miejscowym podaniu leku znieczulającego w celu zniesienia bólu w określonym obszarze ciała. Obejmuje ona różne techniki, takie jak znieczulenie zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe i blokady nerwów obwodowych.

<sup>24</sup> Z tego 162 w 2022 r., 136 w 2023 r., 118 w 2024 r. i 67 w I półroczu 2025 r.

<sup>25</sup> Z tego 125 w 2022 r., 93 w 2023 r., 83 w 2024 r. i 26 w I półroczu 2025 r.

<sup>26</sup> Z tego 87 w 2022 r., 71 w 2023 r., 63 w 2024 r. i 21 w I półroczu 2025 r.

<sup>27</sup> Z tego 84 w 2022 r., 74 w 2023 r., 54 w 2024 r. i 20 w I półroczu 2025 r.

<sup>28</sup> Z tego 75 w 2022 r., 61 w 2023 r., 52 w 2024 r. i 33 w I półroczu 2025 r.

<sup>29</sup> Silny i patologiczny lęk przed ciążą i porodem.

*jest obserwowany na całym świecie i ma charakter trwały, a zalecenia WHO z lat dziewięćdziesiątych odnośnie 10% odsetka cięć cesarskich w dobie obecnych realiów należy uznać za anachroniczne i nierealne.*

(akta kontroli str. 264)

1.3. W okresie objętym kontrolą w BCM opracowano i wdrożono procedury i instrukcje związane z opieką okołoporodową, tj.: a/ *Procedura opieki okołoporodowej nr QEP/L/354 z 4 lipca 2025 r.* b/ instrukcja postępowania nr QEO/O/024 - *Pobieranie krwi na badanie przesiewowe noworodków w kierunku fenylketonurii, mukowiscydozy i hypotyreozy w oddziale noworodków z 7 maja 2013 r.;* c/ procedura postępowania nr QEP/O/022 - *Kwalifikacja do podania immunoglobiny anty-RhD z 22 maja 2024 r.;* d/ procedura nr QI/O/336 - *Prowadzenie nadzoru nad preparatami szczepionkowymi oraz realizacja szczepień ochronnych w oddziale noworodków z 13 września 2022 r.;* e/ standard nr QES/O/205 - *Identyfikacja noworodka z 7 grudnia 2012 r.;* f/ procedura nr QEP/L/012 - *Powiadomienie i przygotowanie zespołu operacyjnego do cięcia cesarskiego w trybie dyżurowym z 20 stycznia 2025 r.;* g/ procedura nr QEP/L/335 - *Postępowanie w analgezji regionalnej porodu z 20 lutego 2025 r.;* h/ instrukcja postępowania nr QEI/S/025 - *Dezynfekcja i mycie inkubatora w oddziale noworodków z 17 maja 2016 r.;* i/ instrukcja postępowania nr QI/S/185 - *Postępowanie z urzędzeniem do odsysania wydzielin po użyciu z 26 października 2018 r.* W świetle zapisów procedury postępowania w analgezji regionalnej porodu, nadzór nad prawidłowym przebiegiem procedury prowadzą: Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>30</sup>, Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Pielęgniarka Oddziałowa i Pielęgniarka Koordynująca OAiIT oraz Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Dodatkowo, przed opracowaniem i wdrożeniem ww. procedury w dniu 12 września 2021 r. Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego opracował procedurę wewnętrzną leczenia bólu porodowego, w której określono sposób postępowania w przypadku stosowania analgezji regionalnej, w tym wymóg podpisania przez pacjentkę formularza świadomej zgody na zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego.

(akta kontroli str. 133-165, 459-463)

Personel medyczny został zapoznany z procedurą opieki okołoporodowej, co potwierdzone było - na imiennych listach - własnoręcznym podpisem tych osób, opatrzonym datą.

(akta kontroli str. 230-236)

1.4. W załączniku do procedury opieki okołoporodowej wprowadzonej do stosowania 4 lipca 2025 r. określono wskaźniki, które miały być dokumentowane w Książce Porodów i monitorowane raz w roku, tj.: 1/ liczba porodów ogółem; 2/ liczba porodów siłami natury; 3/ liczba porodów fizjologicznych prowadzących wyłącznie przez położne; 4/ liczba porodów z udziałem osoby towarzyszącej; 5/ liczba porodów z nacięciem krocza, w tym w przypadku wieloródek; 6/ liczba rodzących, u których doszło do pęknięcia krocza: a/ II stopnia, w tym w przypadku wieloródek; b/ III stopnia, w tym w przypadku wieloródek;

---

<sup>30</sup> Dalej: OAiIT.

c/ IV stopnia, w tym w przypadku wieloródek; 7/ liczba porodów indukowanych; 8/ liczba porodów drogami i siłami natury po odbytych wcześniej cięciach cesarskich; 9/ liczba porodów drogami i siłami natury w sytuacji położenia podłużnego miednicowego; 10/ liczba porodów odbywających się poza podmiotem leczniczym; 11/ liczba pacjentek, u których wykonano cięcie cesarskie, w tym efektywne i nagłe; 12/ liczba pacjentek, u których wykonano amiotomię, w tym: a/ podczas I okresu porodu; b/ podczas II okresu porodu; 13/ liczba pacjentek, u których wykonano: a/ analgezję wziewną; b/ analgezję regionalną; c/ podano opioidy dożylnie lub domięśniowo; d/ analgezję miejscową; 14/ liczba pacjentek, u których zastosowano podczas porodu ciągły zapis KTG; 15/ liczba pacjentek, u których zapewniono 2-godzinny kontakt „skóra do skóry”, w tym: a/ po porodzie siłami natury; b/ po cięciu cesarskim; 16/ liczba żywo urodzonych noworodków, w tym przedwcześnie urodzonych; 17/ liczba pacjentek posiadających własny plan porodu; 18/ liczba pacjentek przekazanych na wyższy stopień opieki perinatalnej; 19/ liczba żywo urodzonych noworodków; 20/ liczba noworodków karmionych wyłącznie piersią; 21/ liczba noworodków karmionych wyłącznie sztucznie; 22/ liczba zgłoszeń urodzenia noworodków do pomocy społecznej. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora, *Wskaźniki opieki okołoporodowej były opracowywane na podstawie pytań zadawanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. Wskaźniki te były monitorowane raz w roku, a następnie przesyłane do Konsultanta Wojewódzkiego.*

(akta kontroli str. 138-139, 265-266)

W trakcie kontroli NIK przedłożono – przekazywane w latach 2022-2024 Konsultantowi Wojewódzkiemu – sprawozdania dotyczące sytuacji zawodowej położnych w podmiotach leczniczych oraz realizacji założeń standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, według stanu na dzień 30 września danego roku wraz z danymi dotyczącymi opieki okołoporodowej za rok poprzedni<sup>31</sup>. W sprawozdaniach tych przekazywano dane statystyczne dotyczące wskaźników określonych we wprowadzonej w lipcu 2025 r. procedurze opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 286-339)

Przed opracowaniem i wprowadzeniem do stosowania procedury opieki okołoporodowej, tj. przed 2 lipca 2025 r. w BCM w żadnym dokumencie wewnętrznym, w szczególności w regulaminie organizacyjnym nie określono wskaźników opieki okołoporodowej, sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania tych wskaźników, jak i ich docelowych wartości, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 133-140, 265-266)

W trakcie kontroli NIK nie przedłożono żadnych dokumentów w zakresie wyników monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, stwierdzonych obszarów problematycznych oraz oczekiwanego poziomu tych wskaźników. Dyrektor wskazał, że w wyniku monitorowania wskaźników opieki

---

<sup>31</sup> Arkusz kwestionariusza nr 1 – Sytuacja zawodowa położnych; arkusz kwestionariusza nr 2 – Realizacja założeń standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

okołoporodowej zidentyfikowano problemy: (...) *Niską dostępność znieczulenia okołoporodowego, co obniżało komfort pacjentki podczas porodu. Wynikało to z tego, że lekarze anestezjolodzy pełnią jednocześnie dyżury w innych obszarach szpitala (blok operacyjny, zabezpieczenie pacjentów internistycznych i zabiegowych). Liczba lekarzy tej specjalizacji jest ograniczona, co znacząco wpływa na możliwość zapewnienia całodobowego dyżuru anestezjologicznego dedykowanego dla Bloku Porodowego. Kolejnym problemem jest brak wystarczającej edukacji przedporodowej pacjentek, co doprowadza do nieświadomości i niepokoju związanego z przebiegiem ciąży i porodu. Mimo dostępności do bezpłatnej szkoły rodzenia, pacjentki nieregularnie (lub wcale) nie uczęszczają na zajęcia. Sporadycznie także korzystają z możliwości opieki położnej środowiskowej przed porodem.*

(akta kontroli str. 127-128)

W latach 2022-2025 (I półrocze) w BCM przeprowadzono dwie oceny satysfakcji kobiet objętych opieką, wymagane na podstawie cz. I ust. 2 i 3 *Standardu opieki okołoporodowej* w ramach monitorowania jakości<sup>32</sup>. W trakcie kontroli NIK nie przedłożono żadnych dokumentów potwierdzających przeprowadzenie oceny satysfakcji w latach 2022-2023. Ponadto w regulaminie organizacyjnym nie określono sposobu realizacji i dokumentowania tej oceny, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 44-105, 429-430, 432-456)

1.5. Wypełniając obowiązek określony w ust. 4<sup>33</sup> części VII Łagodzenie bólu porodowego *Standardu opieki okołoporodowej* w BCM wprowadzono 23 lutego 2025 r. *Procedurę postępowania w analgezji regionalnej porodu*. Tryb postępowania zawarty w tej procedurze opracował Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, sprawdził Dyrektor ds. Medycznych, a zatwierdził Dyrektor BCM, czym wypełniono obowiązek określony w ust. 5 części VII ww. rozporządzenia. Fakt zapoznania z trybem postępowania określonym w ww. procedurze potwierdziły jedynie pielęgniarki, położne oraz część lekarzy, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Przed wprowadzeniem do stosowania ww. procedury, 12 września 2021 r. Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego opracował wewnętrzną procedurę leczenia bólu porodowego, w której określono sposób postępowania w przypadku stosowania analgezji regionalnej. Nie została ona jednak zaakceptowana przez Dyrektora BCM, jak i przez Dyrektora ds. Medycznych. Ponadto ww. procedury, nie określały innych form łagodzenia bólu porodowego stosowanych w BCM, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 157-160, 459-462)

W BCM normę zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Noworodków ustalono zgodnie z art. 50 ustawy

---

<sup>32</sup> Jedna w 2024 r. oraz jedna w I półroczu 2025 r.

<sup>33</sup> W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1-3 i 7-24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>34</sup>, tj. po zasięgnięciu opinii kierowników ww. oddziałów oraz przedstawiciela związków zawodowych pielęgniarek. Normy te ustalono na minimalnym poziomie, tj. 0,7 na łóżko na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz 0,8 na łóżko na Oddziale Noworodków, z uwagi na niskie średnioroczne obłożenie łóżek na tych oddziałach, tj. odpowiednio 42,9% i 39,3% w 2020 r. oraz 48,7% i 30,1% w 2024 r.

(akta kontroli str. 128, 710-714)

W latach 2022-2025 (I półrocze) zatrudniano średnio pięciu psychologów<sup>35</sup> (z wyjątkiem 2022 r., w którym średnia liczba etatów wynosiła 5,92). Wszyscy psychologowie byli zatrudnieni w pełnym wymiarze etatu. W BCM nie prowadzono ewidencji udzielonych przez psychologów porad. Dyrektor wyjaśnił: *Sporadycznie się sytuacje aby pacjentka wyraziła zgodę na proponowaną przez personel medyczny poradę psychologa. Dlatego właśnie, że ilość porad jaka była udzielona przez psychologów pacjentkom na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz na Oddziale Noworodków jest tak znikoma, to nie jest prowadzona ewidencja w tym obszarze. Wskazani psycholodzy byli dostępni dla personelu medycznego szpitala w przypadku takiej potrzeby wyrażonej przez pracowników.*

(akta kontroli str. 128-129, 668-674)

Analiza czasu pracy lekarzy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Noworodków w miesiącu lutym oraz sierpniu każdego z lat 2022-2024 wykazała, że trzech z 14 lekarzy udzielających świadczeń medycznych w tym okresie (tj. 21,4%) pracowało ponad 200 godzin w miesiącu<sup>36</sup>. Stwierdzono również, że czas nieprzerwanej pracy czterech lekarzy w 22 przypadkach przekraczał 24 godziny<sup>37</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W dwóch przypadkach po przepracowaniu 24 godzin ponowne rozpoczęcie pracy nastąpiło po upływie 7 godzin i 35 minut, co skutkowało brakiem 11 godzinnego odpoczynku po dyżurze medycznym. Osoby udzielające świadczeń medycznych w Oddziałach Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Noworodków były ujęte w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy z NFZ. W BCM stale dostępni byli specjaliści anestezjologowie oraz trzy osoby posiadające ukończony kurs specjalistyczny *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji*.

(akta kontroli str. 416-417, 521-596, 667, 783)

1.6. W latach 2022-2025 (I półrocze) personel medyczny Oddziału Ginekologiczno-Położniczego uczestniczył w szkoleniach: a/ planowanie i rozliczanie czasu pracy pracowników medycznych; b/ szkolenie podstawowe i uzupełniające pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników; c/ prawne aspekty komunikacji z pacjentem i rodziną; d/ resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

---

<sup>34</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

<sup>35</sup> Psychologowie nie posiadali specjalizacji z wyjątkiem jednego – psychologia kliniczna.

<sup>36</sup> Najdłuższy czas pracy w miesiącu wyniósł 315 godzin i 45 minut.

<sup>37</sup> Najdłuższy czas nieprzerwanej pracy w badanej próbie wyniósł 48 godzin.

Personel medyczny Oddziału Noworodków uczestniczył jedynie w szkoleniu podstawowym i uzupełniającym dotyczącym przetaczania krwi i jej składników.

(akta kontroli str. 174-177)

Ponadto na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym organizowano szkolenia wewnątrzoddziałowe, tj.: a/ w 2022 r. dotyczące dystocji barkowej, ablacji łożysk, ciąży ektopowej w bliźnie po cięciu cesarskim, martwego urodzenia (przyczyn, rozpoznania, postępowania i wsparcia dla pacjentki i jej rodziny), pozycji wertykalnych do porodu, higienicznego mycia i dezynfekcji rąk, nadciśnienia tętniczego w ciąży; b/ w 2023 r. dotyczące wirusa brodawczaka ludzkiego, kardiomiopatii okołoporodowej, standardu opieki okołoporodowej, przyjęcia pacjentki do szpitala, kolposkopii w diagnostyce raka szyjki macicy, bezpiecznego przetaczania krwi i jej składników, raka jajnika; c/ w 2024 r. dotyczące bezpiecznego przetaczania krwi i jej składników, pielęgnacji ran w położnictwie, postępowania poekspozycyjnego po kontakcie z materiałem biologicznym zakażonym, aspektów prawnych postępowania personelu w przypadkach poronienia lub martwego urodzenia, nowotworów w ciąży, kompleksowej opieki w przypadkach poronienia, dystocji barkowej; d/ w I półroczu 2025 r. dotyczące zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, nowych standardów opieki okołoporodowej, stanów nagłych w położnictwie oraz cukrzycy ciążowej.

(akta kontroli str. 178-204)

Wydatki z tytułu szkoleń personelu medycznego w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosły odpowiednio 94,7 tys. zł, 75,4 tys. zł, 23,7 tys. zł oraz 16,4 tys. zł. Na szkolenia personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wydatkowano odpowiednio 2,7 tys. zł, 2,1 tys. zł, 0,7 tys. zł oraz 1,3 tys. zł. Z tytułu szkoleń personelu Oddziału Neonatologicznego wydatkowano natomiast 2,1 tys. zł w 2022 r. oraz 0,25 tys. zł w 2024 r.

(akta kontroli str. 174-177)

1.7. W BCM nie wprowadzono regulacji wewnętrznych dotyczących możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentkami, jak i cennika takich usług. Dyrektor wyjaśnił, że *żadna z pacjentek, ani osoba udzielająca świadczenia opiekuńczego nie informowała o chęci podjęcia opieki nad pacjentką.*

(akta kontroli str. 419-423)

1.8. W BCM nie organizowano i nie umożliwiano dodatkowej, płatnej opieki położnych nad pacjentkami podczas porodu. Nie wprowadzono również wewnętrznych regulacji dotyczących możliwości sprawowania takiej opieki. Dyrektor wyjaśnił: *Każda pacjentka przyjęta do porodu ma możliwość wyboru położnej, która będzie prowadziła poród spośród położonych będących w danym dniu na dyżurze. Za opiekę polegającą na prowadzeniu porodu przez położną, która została wybrana do porodu nie jest pobierana żadna opłata. Żadna pacjentka nie informowała o chęci dokonania wyboru położnej.*

(akta kontroli str. 119, 129, 419-423)

1.9. W latach 2022-2025 (I półrocze) Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Noworodków objęty był jedną kontrolą, przeprowadzoną 10 grudnia

2024 r. przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego dla obszaru województwa opolskiego. W wyniku kontroli sformułowano wnioski: a/ zabezpieczenie sprzętowe i lokalowe oddziałów spełniało wymogi dla podmiotu realizującego świadczenia medyczne na pierwszym poziomie referencyjności, również w zakresie wyposażenia i dostępności gazów medycznych z centralnego zasilania zarówno przy stanowisku do RKO noworodka mieszczącym się w Bloku Porodowym, jak i w Oddziale Noworodków w Sali obserwacyjnej – zalecono doposażenia oddziału w laktator elektryczny; b/ Blok Porodowy oddzielony jest od Oddziału Noworodków klatką schodową – w przypadku potrzeby przewiezienia samego noworodka wykorzystywany jest inkubator, który powinien być stale włączony i ogrzany; c/ na Bloku Porodowym zaleca się wykorzystanie krwi pępowinowej do pobrania badań gazometrycznych zgodnie ze standardem neonatologicznym lub wg indywidualnego zalecenia lekarza; d/ jednocześnie na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym pełni dyżur 1-2 położne oraz 1-2 położne w sali porodowej – zalecono zapewnienie obsady położnych w taki sposób aby na dyżurze jednocześnie w sumie dyżur pełniło nie mniej niż 3 położne, które mogą się uzupełniać i wspierać, z korzyścią dla bezpieczeństwa pacjentek; e/ na Bloku Porodowym – po urodzeniu się noworodka – w sytuacjach podejrzenia zakażenia wrodzonego – zalecono pobieranie posiewu krwi z pępowiny celem jak najszybszej diagnostyki zakażenia porodowego zgodnie ze standardami neonatologicznymi; f/ na Bloku Porodowym – po urodzeniu się noworodka, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu opieki okołoporodowej zalecono stosowanie nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” (kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej), a pobieranie wymiarów antropometrycznych powinno być wykonane dopiero po 2 godzinach; g/ w oddziałach prowadzone są systematyczne szkolenia personelu – zalecono kontynuację szkoleń, zwłaszcza szkoleń z zakresu RKO noworodka wg algorytmu z 2021 r. (nowy ma powstać w 2025 r.) dla personelu Oddziału Noworodków oraz sali porodowej. Dyrektor wyjaśnił, że Konsultant Wojewódzki nie wymagał pisemnej odpowiedzi na protokół.

(akta kontroli str. 208-217, 282)

1.10. Na podstawie wybranych 15 urządzeń/aparatury medycznej<sup>38</sup> znajdujących się w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Noworodków stwierdzono, że w wymaganych terminach podlegały one obowiązkowym okresowym przeglądom wykonanym 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>39</sup>. Fotele ginekologiczne, stół operacyjny, winda oraz wózki dostosowane były do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz z otyłością.

---

<sup>38</sup> Pompa infuzyjna AP-22; pompa strzykawkowa Alaris CC Plus; stanowisko do resuscytacji Panda (2 szt.); inkubator zamknięty ATOM V-2100G (2 szt.); aparat InanftFlow SiPAP na stojaku jednoznaczym; laktator elektryczny MEDELA; ssak elektryczny DYNAMIC II; stanowisko do resuscytacji RESUSCITAIRE DRAEGER; inkubator zamknięty ISOLETTE C2000; inkubator zamknięty do intensywnej terapii noworodków AIR INCU I (2 szt.); lampa do fototerapii na statywie; kardiomonitor Carescape B125; wideokolposkop VC-101; kardiograf Corometrics 171;

<sup>39</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

(akta kontroli str. 340-405)

W BCM w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie zapewniono jednak wagi dla osób ze szczególnymi potrzebami. Dyrektor wyjaśnił: *Oddział nie posiada wagi o skali powyżej 150 kg. Oddział stanowi I stopień referencyjności, dlatego pacjentki z niepełnosprawnością oraz ze znaczną otyłością są kierowane do szpitali, które posiadają wyższy stopień referencyjności.*

(akta kontroli str. 609-630, 646)

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień NIK wskazuje na potrzebę wyposażenia oddziału w taką wagę. Wprawdzie przepisy prawa nie precyzują, czy waga powinna być dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, to jednak stosownie do art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>40</sup>, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Ponadto zgodnie z art. 20 ust. 1 ww. ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

1.11. W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Noworodków zapewniono dostęp do wymaganych procedur medycznych oraz niezbędnego sprzętu i aparatury, a także realizację wymaganych badań (badanie KTG przed i w trakcie porodu, badania laboratoryjne, badania histopatologiczne i śródoperacyjne). W wyniku przeprowadzonych w dniu 25 sierpnia 2025 r. oględzin stwierdzono, że Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Noworodków spełniały wymagania dotyczące sprzętu medycznego i pomocniczego określone w załączniku nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>41</sup>. W pierwszym z nich znajdowały się m.in. kolposkop, aparaty KTG oraz kardiomonitory. Oddział Noworodków posiadał m.in. zestaw reanimacyjny, zestaw do wspomaganie oddechu, pulsoksymetr, źródło tlenu, urządzenie ssące, stanowisko do odciągania pokarmu, laktatory oraz sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego, inkubatory zamknięte lub otwarte do opieki podstawowej, lampę do fototerapii, strzykawkę z jednym torem infuzyjnym oraz dwoma torami infuzyjnymi. Sala porodowa wyposażona była m.in. w stanowisko noworodkowe wyposażone w promiennik ciepła, układ do wspomaganie oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor i wagę, co było zgodne z *Standardem opieki okołoporodowej* (cz. XIII, ust. 1)

(akta kontroli str. 609-630)

1.12. Warunki lokalowe, w których udzielano świadczeń opieki okołoporodowej spełniały określone przepisami wymagania. Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Noworodków oraz Blok Porodowy znajdowały się w bezpośrednim sąsiedztwie się na III piętrze BCM, do których prowadziła również winda. Część ginekologiczno-położnicza posiadała izbę przyjęć z punktem pielęgniarskim,

---

<sup>40</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

<sup>41</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

gabinet zabiegowy z USG i zapleczem sanitarnym oraz sale dla pacjentek. Wejścia do pomieszczeń, w których badano pacjentki, od zewnątrz wyposażono w nieprzekręcane gałki, co uniemożliwiało otworzenie drzwi od zewnątrz w trakcie badania, zapewniając w ten sposób pacjentkom pełną dyskrecję przed ewentualnym wtargnięciem osób obcych. We wszystkich oknach zainstalowano rolety. Pomieszczenia, w których wykonywane były badania lub zabiegi wyposażono m.in.: w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą; dozownik z mydłem w płynie; dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym; pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Na wyposażeniu znajdowały się fotele położnicze dostosowane do potrzeb pacjentek ze wskaźnikiem BMI powyżej 30.

W salach dla pacjentek zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość sal i drzwi umożliwiały wyprowadzenie łóżka z pokoju. Jednak nie we wszystkich salach łóżka były ustawione w sposób zapewniający dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych<sup>42</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Sale nr 16, 17 i 18 urządzone w systemie "matka z dzieckiem", były wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka. W pokojach łóżkowych nr 16 i 17 znajdowały się trzy łóżka, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, a w pokoju nr 18 jedno.

Blok porodowy składał się z jednej sali porodowej jednostanowiskowej wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka, w której przeprowadzano również porody rozwiązywane cięciem cesarskim, sali porodowej trzystanowiskowej oraz osobnej sali do porodów rodzinnych z łazienką. Personel wchodził na blok porodowy przez służbę umywalkowo-fartuchową.

W Oddziale Noworodków wyodrębniono m.in. salę obserwacji oraz salę nadzoru (monitorowania). Zgodnie z wyjaśnieniem Oddziałowej, wcześniaki i noworodki wymagające intensywnej opieki pośredniej i ciągłej przewożone są do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym.

(akta kontroli str. 609-630)

1.13. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że w BCM przestrzegano, stosownie do art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia<sup>43</sup>, zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Również wydawane podczas wypisu książeczki nie promowały preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Noworodków, noworodkom podawano preparaty do początkowego żywienia niemowląt różnych producentów. W latach 2022-2025 (I półrocze) BCM – na podstawie zawartych umów – otrzymał dziewięć darowizn preparatów do żywienia niemowląt, tj. Hipp Bio Combiotic 1 (1 920 szt.), Humana

---

<sup>42</sup> Sale o numerach 3, 4, 14, 15, 16, 18 oraz sali bez numeru w dniu oględzin.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1448.

1 (480 szt.) oraz Nan OptiPro Plus (3 328 szt.). Ponadto w tym okresie BCM dokonywał zakupów takich preparatów w ramach przetargu, tj. Bebilon z Pronutra 1 (3 168 szt.), Bebilon Advance z Pronutra 1 (912 szt.), Bebilon Nenatal Premium (408 szt.), Nan OptiPro Plus 1 (288 szt.), Nan Supreme Pro 1 (192 szt.). Łączna kwota wydatków na ten cel wyniosła 354,98 zł. Dyrektor wyjaśnił: *BCM przyjmowało darowizny w postaci preparatów do żywienia niemowląt, aby zapewnić ciągłość i bezpieczeństwo żywienia noworodków w oddziale neonatologicznym, szczególnie w sytuacjach, gdy matki nie mogły karmić naturalnie. Preparaty te stanowiły uzupełnienie standardowej opieki żywieniowej i były stosowane zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami medycznymi. Przyjmowanie darowizn pozwalało również ograniczyć koszty zakupu specjalistycznych produktów, co miało znaczenie dla racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi.*

(akta kontroli str. 238, 609-630, 675-691)

1.14. W 2022-2025 (I półrocze) koszty funkcjonowania Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyniosły odpowiednio 2,5 mln zł; 3,5 mln zł; 3,9 mln zł oraz 4,6 mln zł. Na ten cel BCM otrzymał z NFZ odpowiednio 1,2 mln zł; 1,6 mln zł; 1,8 mln zł oraz 2 mln zł. Koszty funkcjonowania Oddziału Noworodków w ww. okresie wyniosły odpowiednio 601,6 tys. zł; 792,1 tys. zł; 715,5 tys. zł oraz 1,2 mln zł. Środki przekazane przez NFZ na funkcjonowanie tego oddziału wyniosły odpowiednio 348,1 tys. zł; 596,7 tys. zł; 605,1 tys. zł oraz 670,4 tys. zł. Najwyższymi grupami kosztów w przypadku obu oddziałów były usługi obce, tj. podwykonawstwo medyczne oraz wynagrodzenia wraz z pochodnymi.

(akta kontroli str. 218-219)

W BCM nie pobierano dodatkowych opłat w związku z porodami rodzinnymi oraz innymi związanymi z pobytem kobiet przyjętych do porodu.

(akta kontroli str. 129)

1.15. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym (§ 14 ust. 2 pkt 4<sup>44</sup>), w BCM funkcjonowała szkoła rodzenia. W latach 2022-2025 (I półrocze) liczba osób uczestniczących w organizowanych zajęciach wynosiła odpowiednio: 82, 104, 72 i 46. Jeden cykl zajęć składał się z 8-10 spotkań w danym miesiącu. Maksymalna liczebność uczestników w grupie wynosiła 12 osób. Z tytułu uczestnictwa w zajęciach nie pobierano żadnych opłat. Tematyka poruszanych zagadnień podczas zajęć dotyczyła: a/ spraw organizacyjnych (jak przygotować się do szpitala, jakie dokumenty przygotować, jak wygląda pobyt w szpitalu, jakie badania są wykonywane kiedy i dlaczego, zwiedzanie oddziału noworodków i położniczego); b/ szczepień ochronnych; c/ pielęgnacji i kąpieli noworodka (pokaz i ćwiczenia); d/ karmienia piersią (pozycje do karmienia, odżywianie matki karmiącej, nawał, zastój pokarmowy); e/ spraw organizacyjno-informacyjnych (plan porodu, oznaki rozpoczynającego się porodu, dokumenty, pakowanie torby do szpitala, zwiedzanie bloku porodowego); f/ porodu aktywnego - przebiegu porodu i położu; g/ cięcia cesarskiego, sposobów łagodzenia bólu porodowego; h/ ćwiczeń przygotowujących do porodu i położu. Dodatkowo w szkole rodzenia prowadzone były zajęcia w zakresie: a/ bankowania krwi pępowinowej - fakty i mity - prowadzone przez eksperta do spraw medycznych;

---

<sup>44</sup> Pkt 6 w regulaminie wprowadzonym zarządzeniem z 2023 r.

b/ przygotowania ciała do porodu i położu, fizjoterapii uroginekologicznej w praktyce - prowadzone przez fizjoterapeutkę. W skład kadry prowadzącej zajęcia w ramach szkoły rodzenia wchodził: a/ lekarz pediatra ze specjalizacją neonatologiczną; b/ położna ze specjalizacją neonatologiczną oraz kursem Edukatora laktacyjnego; c/ położna ze specjalizacją ginekologiczno-położniczą; d/ magister położnictwa ze specjalizacją neonatologiczną.

(akta kontroli str. 129-130)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym nie został określony sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej oraz sposób realizacji i dokumentowania oceny satysfakcji kobiet objętych opieką.

Zgodnie z ust. 2 i ust. 3 części I *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 w szczególności ograniczeniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1<sup>45</sup>, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką (ust. 2). Sposób realizacji oraz dokumentowanie ww. działań, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą (ust. 3). W trakcie kontroli NIK stwierdzono, że regulamin organizacyjny, nie określał wskaźników opieki okołoporodowej oraz sposobu ich realizacji i dokumentowania oraz sposobu dokonywania oceny satysfakcji kobiet.

(akta kontroli str. 265-266)

Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Położna Oddziałowa wyjaśnili: *Wskaźniki dotyczące opieki okołoporodowej były dokumentowane w Książkach Porodów oraz w systemie AMMS<sup>46</sup>. Wskaźniki te zostały opracowane według Procedury Opieki Okołoporodowej, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r.*

(akta kontroli str. 205)

Dyrektor wyjaśnił: *W latach 2022-2025 monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej. Były one opracowywane na podstawie pytań zadawanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno - położniczego. Wskaźniki opieki okołoporodowej były monitorowane raz w roku, następnie przesyłane do Konsultanta Wojewódzkiego. W art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) ustawodawca określił zakres spraw wymagających uregulowania w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. Wskazany w przepisie katalog nie obejmuje obowiązku określania w regulaminie sposobu monitorowania wskaźników dotyczących opieki okołoporodowej. Obecnie, mając na uwadze jednoznaczne brzmienie przepisów § 2 ust. 3 Standardu, potwierdzamy konieczność wprowadzenia*

---

<sup>45</sup> 1) Amniotomii, 2) indukcji porodu, 3) stymulacji czynności skurczowej, 4) podawania opioidów, 5) nacięcia krocza, 6) cięcia cesarskiego, 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

<sup>46</sup> Asseco Medical Management Solutions to kompleksowy system informatyczny wspierający zarządzanie szpitalami i innymi placówkami medycznymi.

stosownych uzupełnień w regulaminie organizacyjnym. Zmiany te zostaną przygotowane i wdrożone w najbliższej aktualizacji regulaminu, tak aby dokument w pełni odpowiadał wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r.

Wyjaśnił też, że w art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.) ustawodawca określił zakres spraw wymagających uregulowania w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. Wskazany w przepisie katalog nie obejmuje obowiązku określania w regulaminie sposobu realizacji i dokumentacji takiej oceny satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową. Obecnie, mając na uwadze jednoznaczne brzmienie przepisów § 2 ust. 2 i 3 Standardu, potwierdzamy konieczność wprowadzenia stosownych uzupełnień w regulaminie organizacyjnym. Zmiany te zostaną przygotowane i wdrożone w najbliższej aktualizacji regulaminu, tak aby dokument w pełni odpowiadał wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r.

(akta kontroli str. 266-268, 422-423)

2. Obowiązująca w BCM procedura łagodzenia bólu porodowego nie określała wszystkich metod łagodzenia tego bólu, które były stosowane w okresie objętym kontrolą. W świetle 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 ust. 1-3 i 7-24 tej części i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

Jak wskazał Dyrektor, w BCM stosowano następujące formy łagodzenia bólu porodowego: a/ techniki oddechowe; b/ ćwiczenia relaksacyjne; c/ muzykoterapia; d/ pozycje wertykalne; e/ swobodny dostęp do prysznicy; f/ wykorzystanie sprzętów pomocniczych - worki sako, piłki gimnastyczne, materace; g/ ciepłe/zimne okłady w okolicie odczuwania bólu; h/ przeszkońska stymulacja nerwów TENS oraz farmakologiczne, tj.: a/ paracetamol; b/ analgezja wziewna - entonox; c/ analgezja regionalna.

(akta kontroli str. 157-160, 431)

W trakcie kontroli NIK stwierdzono, że wprowadzona do stosowania procedura nr QEP/L/335 - *Postępowanie w analgezji regionalnej porodu* nie zawierała określenia trybu postępowania w przypadku niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego określonych w ust. 8 ww. przepisu oraz dwóch metod farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego, tj. analgezji wziewnej i analgezji miejscowej, o których mowa w ust. 11 pkt 1 i pkt 3 części VII Standardu opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 157-160)

Dyrektor oraz Z-ca Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnili, że *Brak procedur uwzględniających pozostałe formy łagodzenia bólu wynika z tego, że położne opierały się o rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Zawiera ono wszystkie niezbędne informacje dotyczące prawidłowego postępowania związanego z łagodzeniem bólu porodowego.*

(akta kontroli str. 157-160, 408)

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień NIK zauważa, że przywołany *Standard opieki okołoporodowej* jednoznacznie określa obowiązek pisemnego opracowania trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego uwzględniającego dostępne w BCM metody łagodzenia takiego bólu.

3. Fakt zapoznania z trybem postępowania określonym procedurami łagodzenia bólu porodowego potwierdziły jedynie pielęgniarki, położne oraz część lekarzy. Ponadto, wewnętrzna procedura w tym zakresie wprowadzona przez Kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego nie została zaakceptowana przez Dyrektora BCM, jak i przez Dyrektora ds. Medycznych.

Zgodnie z ust. 6 części VII *Standardu opieki okołoporodowej*, 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, potwierdzając to podpisem. Ponadto w świetle ust. 5 tej części *Standardu opieki okołoporodowej*, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.

Dyrektor wyjaśnił, że *dokument ten miał charakter wewnętrzny i dotyczył organizacji pracy w określonych przypadkach. Procedura została opracowana oraz wdrożona w celu usprawnienia funkcjonowania opieki nad rodzącą. Dyrektor Szpitala został poinformowany o jej przygotowaniu i stosowaniu, jednak dokument nie został opatrzony jego podpisem. Została przedstawiona lekarzom do zapoznania, jednak mimo jej stosowania nie wszyscy złożyli swój podpis. Pomimo braku podpisów lekarzy na dokumencie, jej zapisy były przez nich respektowane i wdrażane w praktyce zawodowej. Brak podpisów wynikał nie tyle z przyjętej praktyki a raczej z charakteru dokumentu, który nie miał charakteru formalnej umowy, lecz stanowił wewnętrzne uregulowanie organizacyjne, znane i stosowane przez personel. Kilku lekarzy złożyło podpisy na liście (...). Procedura postępowania w analgezji regionalnej wprowadzona w lutym 2025 r. została przedstawiona lekarzom, jednak nie wszyscy zdążyli złożyć podpis pod listą, zapisy procedury są respektowane i wdrażane w praktyce zawodowej. Wszystkie niezbędne podpisy zostaną uzupełnione niezwłocznie.*

(akta kontroli str. 157-160, 239-252, 414-418, 457-463, 641)

4. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że w salach o numerach 3, 4, 14, 15, 16, 18 oraz w sali bez numeru w dniu oględzin, łóżka nie były ustawione w sposób zapewniający dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Zgodnie z § 18 ust. 1 oraz § 19 rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń, łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łózkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów.

Dyrektor wyjaśnił: *Łóżka są mobilne i w sytuacjach tego wymagających w każdej chwili można uzyskać dostęp do pacjentki z trzech stron.*

(akta kontroli str. 609-630, 646)

5. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że salach nr 16 i 17 urządzonych w systemie „matka z dzieckiem” znajdowały się trzy łóżka, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

(akta kontroli str. 609-630)

Zgodnie z załącznikiem nr 1 rozdział III ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń 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.

*Dyrektor wyjaśnił: Pokoje w systemie „matka z dzieckiem” są przeznaczone dla maksymalnie dwóch osób, aby zapewnić komfort i prywatność matki oraz dziecka. Pojawienie się trzeciego łóżka w pokoju nie oznacza, że pokój przeznaczony jest dla więcej niż dwóch pacjentek. Trzecie łóżko służy jedynie utrzymaniu wymaganej sumarycznej liczby łóżek na oddziale na wypadek obłożenia łóżek przekraczającego 2 osoby na pokój. O faktycznej liczbie osób w pokoju decyduje oddziałowa, która dba o to, aby w żadnym pokoju nie przebywały więcej niż dwie osoby jednocześnie.*

(akta kontroli str. 665)

6. Trzech lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej udzielało świadczeń zdrowotnych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Noworodków nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin. W wyniku analizy czasu pracy lekarzy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Noworodków w miesiącu lutym oraz sierpniu każdego z lat 2022-2024, stwierdzono, że czas nieprzerwanej pracy czterech lekarzy w 22 przypadkach wynosił 24 godziny, co skutkowało brakiem 11 godzinnego odpoczynku po dyżurze medycznym. Powyższe, w ocenie NIK, świadczy o nierzetelnej organizacji pracy tych Oddziałów.

(akta kontroli str. 528, 530, 533, 539, 544-548, 554, 559, 567, 577, 581, 588, 593)

*Dyrektor wyjaśnił: Wszyscy lekarze wymienieni w piśmie Najwyższej Izby Kontroli świadczyli usługi na rzecz Brzeskiego Centrum Medycznego na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów), zawartych zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z obowiązującym orzecznictwem oraz stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, w przypadku umów cywilnoprawnych (w tym kontraktów lekarskich), nie znajdują bezpośredniego zastosowania przepisy Kodeksu pracy dotyczące dobowego i tygodniowego czasu pracy, w tym m.in. obowiązek zapewnienia 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Organizacja świadczeń zdrowotnych, ich czas i sposób wykonywania ustalane są indywidualnie w zawartej umowie oraz harmonogramach sporządzanych w porozumieniu z lekarzami. Wskazani lekarze wyrażali zgodę na świadczenie usług w proponowanych okresach oraz nie zgłaszali zastrzeżeń co do warunków pracy. Brzeskie Centrum Medyczne dokłada wszelkich starań, aby organizacja świadczeń zdrowotnych zapewniała bezpieczeństwo zarówno pacjentkom, jak i personelowi medycznemu.*

(akta kontroli str. 631-633)

NIK nie kwestionuje faktu, że przepisy dotyczące norm czasu pracy i odpoczynku personelu medycznego nie odnoszą się do personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. Jednak, zdaniem NIK, naruszenie tych norm poprzez 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>47</sup> było działaniem nierzetelnym. Zmęczenie, niewyspanie i przepracowanie może sprzyjać popełnianiu ewentualnych błędów medycznych, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną zarówno lekarza, jak i BCM.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W BCM zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, sprawowano opiekę nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz nad ich dziećmi. Pacjentkom oraz ich nowonarodzonym dzieciom zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Spełniono również wymagania dotyczące dostępnego sprzętu medycznego i pomocniczego oraz zapewniono dostęp do wsparcia psychologicznego. Stwierdzono jednak przypadki niezgodnego z przepisami ustawiania łóżek oraz zwiększenia ich liczby w pokojach przeznaczonych dla matek z dzieckiem.

Nie wszystkie osoby personelu medycznego potwierdziły jednak na piśmie fakt zapoznania się z procedurami łagodzenia bólu porodowego. Procedury te nie zawierały również niektórych stosowanych w BCM metod łagodzenia bólu porodowego. Ponadto regulamin organizacyjny BCM nie określał wskaźników opieki okołoporodowej i oceny satysfakcji kobiet objętych opieką oraz sposobu ich realizacji i dokumentowania. Stwierdzono również przypadki nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych - przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych - w czasie dłuższym niż 24 godziny, tj. bez zapewnienia tym osobom możliwości odpoczynku.

#### **OBSZAR**

Opis stanu faktycznego

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

2.1. Na podstawie dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentek<sup>48</sup> Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ustalono, że podczas przyjęcia na ww. Oddział, we wszystkich przypadkach przestrzegano wytycznych wskazanych w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Podczas przyjmowania weryfikowano: grupę krwi pacjentek, potencjalne zakażenie paciorkowcem grupy B (GBS), jak również wyniki badań na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV. Stwierdzono jednak, że w czterech przypadkach<sup>49</sup> dokumentacja medyczna nie zawierała wyników badań w kierunku zakażenia paciorkowcem z grupy B (GBS). Dyrektor wyjaśnił: *Wymaz w kierunku GBS wykonywany jest przez lekarza ginekologa prowadzącego między 35 a 37 tygodniem ciąży, w sali porodowej wymaz w kierunku tego badania nie są pobierane. Brakujących badań nie wykonano z uwagi*

<sup>47</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

<sup>48</sup> 20 pacjentek, które urodziły dziecko siłami natury (55/24, 12220/22, 14946/22, 16406/22, 8335/23, 646/23, 2812/23, 3417/24, 6643/24, 11693/24, 15241/24, 10403/22, 13917/22, 10709/22, 4172/23, 1817/23, 7190/24, 16897/24, 16888/24, 7471/23), w tym jedna o wskaźniku BMI przekraczającym 30 (55/24) oraz 10 pacjentek, które urodziły dziecko po przeprowadzeniu cesarskiego cięcia (13501/22, 8751/22, 5008/22, 14088/23, 17844/24, 10078/23, 9470/23, 5795/24, 2709/24, 17013/24).

<sup>49</sup> Pacjentki 10078/23; 14946/22; 6643/24; 10403/22.

na brak zaleceń lekarskich. Ponadto w pięciu przypadkach dokumentacja medyczna pacjentek nie zawierała badań w kierunku zakażenia HIV, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 482-508, 645)

Plany porodu znajdowały się w dokumentacji medycznej sześciu pacjentek. Dyrektor wyjaśnił, że: *W szkole rodzenia w Brzeskim Centrum Medycznym jest opracowany plan porodu, który pacjentka ma możliwość omówić z położną podczas zajęć i zgłosić się z nim do porodu.*

(akta kontroli str. 482-508, 638-640)

2.2. Analiza dokumentacji medycznej ww. pacjentek wykazała 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;
- w przypadku braku przeciwwskazań, uwzględniano decyzje pacjentek o przebiegu porodu określone w planach porodu<sup>50</sup>;
- każdorazowo uzyskiwano zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań (w tym m.in. na nacięcie krocza, indukcję porodu, wykonanie znieczulenia<sup>51</sup>);
- w 20 przypadkach rodzące skorzystały z pomocy osoby bliskiej przez cały poród, w pozostałych przypadkach wsparcie takie było możliwe do momentu zabiegu cesarskiego cięcia i po jego wykonaniu;
- zabieg nacięcia krocza przeprowadzono w czterech przypadkach i wynikało z potrzeby uniknięcia rozległego rozerwania krocza;
- w żadnym z przypadków objętych próbą badawczą, nie przeprowadzono zabiegu amniotomii;
- wszystkim pacjentkom zakładano wkłucia do żyły obwodowej<sup>52</sup>.

(akta kontroli str. 482-508)

2.3. Spośród 30 pacjentek, których dokumentacja medyczna została objęta badaniem, w 13 przypadkach - z uwagi na brak potrzeby i poród siłami natury - nie stosowano farmakologicznych form łagodzenia bólu porodowego. W pozostałych przypadkach stosowano znieczulenie podpajęczynówkowe w związku z przeprowadzonym zabiegiem cesarskiego cięcia (10 przypadków), oraz znieczulenie zewnątrzoponowe (dwa przypadki), paracetamol dożylny (dwa przypadki) oraz gaz wziewny Kalinox (jeden przypadek). W przypadku dwóch pacjentek, którym wykonano zabieg szycia krocza, dokumentacja medyczna nie zawierała zapisów w zakresie stosowanej formy łagodzenia bólu porodowego. Zgodnie z wyjaśnieniem Oddziałowej i Dyrektora BCM, standardowo w takich przypadkach stosuje się znieczulenie miejscowe.

(akta kontroli str. 482-508)

---

<sup>50</sup> W dwóch przypadkach nie uwzględniono niektórych elementów planu porodu z uwagi na konieczność wykonania cesarskiego cięcia.

<sup>51</sup> Formularz świadomej zgody na wykonanie znieczulenia.

<sup>52</sup> Z uwagi na dożylnie podawanie leków i zabezpieczenie dostępu do żyły.

2.4. Z wyjątkiem jednego przypadku<sup>53</sup>, dokumentacja medyczna 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) oraz o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Do historii choroby pacjentek dołączano m.in. 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 były 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>54</sup>.

(akta kontroli str. 482-508)

2.5. Spośród 20 porodów siłami natury bezpośrednio po porodzie umożliwiono noworodkom kontakt „skóra do skóry”<sup>55</sup>. Jednak w 13 przypadkach w dokumentacji medycznej nie odnotowano długości czasu trwania tego kontaktu, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W przypadku porodów przez cesarskie cięcie, w trzech przypadkach dokumentacja medyczna nie zawierała informacji, czy taki kontakt został umożliwiony, a w jednym przypadku<sup>56</sup> nie zapewniono takiego kontaktu z uwagi na stan dziecka. Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku porodów przez cesarskie cięcie *kontakt skóra do skóry trwający 2 godziny jest niemożliwy. Kontakt pacjentki z dzieckiem jest krótkotrwały. Po przewiezieniu i zaopatrzeniu pacjentki do oddziału położniczego jest umożliwiony kontakt matki z dzieckiem*.

(akta kontroli str. 509-520, 646)

2.6. Analiza dokumentacji medycznej noworodków i pacjentek wybranych do szczegółowego badania<sup>57</sup>, wykazała m.in., że:

- we wszystkich przypadkach dokonano oznakowania noworodka i oceny stanu noworodka według skali Apgar;
- wobec noworodków wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka oraz profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- noworodki miały wykonane szczepienia, 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, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi);

---

<sup>53</sup> 12220/22 – dokumentacja medyczna pacjentki nie zawierała upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej.

<sup>54</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 798. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

<sup>55</sup> Kontakt umożliwiono niezwłocznie po wykonaniu zabiegu

<sup>56</sup> 2709/24.

<sup>57</sup> Próba dokumentacji została wskazana w pkt 2.1. wystąpienia pokontrolnego.

- we wszystkich przypadkach, podczas porodu na sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka oraz lekarz oddziału neonatologicznego<sup>58</sup>;
- po zapewnieniu kontaktu „skóra do skóry”, wszystkie noworodki zostały poddane badaniu klinicznemu przez lekarza oddziału neonatologicznego<sup>60</sup>, 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" (o ile stan zdrowia matki na to pozwalał).

(akta kontroli str. 509-520)

2.7. Z wyjątkiem jednego przypadku<sup>59</sup> wszystkim kobietom udzielono instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka oraz dokonywano bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. Zapewniono również dostęp do laktatorów (w tym automatycznych) i lodówki do przechowywania pokarmu. Spośród 30 noworodków 23 było dokarmianych mlekiem sztucznym<sup>60</sup>, z tego 14 na prośbę matki, sześć z uwagi na decyzję personelu medycznego, a trzy matki odstąpiły od karmienia piersią. Żadnemu z noworodków nie podawano mleka z banku mleka kobiecego. Dyrektor wyjaśnił: *Mleko z banku mleka kobiecego jest przeznaczone przede wszystkim do żywienia chorych noworodków urodzonych przedwcześnie, żywienia zdrowych noworodków przedwcześnie urodzonych lub żywienia chorych noworodków urodzonych o czasie. Brzeskie Centrum Medyczne jest szpitalem pierwszego poziomu referencyjnego, a oddział neonatologiczny przeznaczony jest przede wszystkim dla zdrowych, donoszonych noworodków. W związku z tym matki z ciężką zagrożoną są kierowane do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności, które posiadają odpowiednie oddziały i możliwość korzystania z banku mleka kobiecego.*

(akta kontroli str. 509-520, 665-666)

2.8. Na podstawie losowo wybranej dokumentacji 10 pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnych<sup>61</sup>, stwierdzono, że otrzymały one odpowiednią opiekę oraz w przypadku wyrażenia takiej potrzeby, mogły godnie pożegnać utracone dzieci<sup>62</sup>. Każdorazowo proponowano pomoc psychologiczną, której udzielano każdej z pacjentek, która się na nią zdecydowała<sup>63</sup>. Pacjentkom zapewniano możliwość pobytu w sali, w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko. Informowano również o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających

---

<sup>58</sup> Lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – zgodnie z załącznikiem Standardu opieki okołoporodowej część I ust. 4 pkt 7 lit. c.

<sup>59</sup> Pacjentka 9470/23 na piśmie odmówiła przeprowadzenia takiego instruktażu – odmowa karmienia piersią.

<sup>60</sup> Stosowne adnotacje w dokumentacji medycznej.

<sup>61</sup> Dotyczy kobiet, które poroniły lub urodziły dziecko martwe.

<sup>62</sup> Kontakt z płodem w osobnej sali po zabiegu.

<sup>63</sup> Pacjentka 2073/22 i 629/24.

z sytuacji, w których się znalazły<sup>64</sup>, a także możliwości indywidualnego pochówku utraconego dziecka.

(akta kontroli str. 470-481)

2.9. W sprawie najistotniejszych problemów jakie napotyka BCM w sprawowaniu opieki okołoporodowej, Dyrektor wskazał na: *niedoszacowanie procedur okołoporodowych w kontraktach z NFZ. Obecna wycena procedur przez NFZ nie odzwierciedla faktycznych kosztów ponoszonych przez szpital przy realizacji świadczeń okołoporodowych, takich jak porody naturalne, cesarskie cięcia, znieczulenia do porodu. Koszty te obejmują m.in. całodobową gotowość zespołu oraz dodatkowego anestezjologa, diagnostykę, leki i materiały medyczne. Różnica między finansowaniem a rzeczywistymi wydatkami powoduje obciążenie budżetu jednostki. Skutkiem tego jest brak możliwości finansowania dyżurów anestezjologicznych wyłącznie dla oddziału ginekologiczno-położniczego. Oddział ginekologiczno-położniczy wymaga stałego dostępu do anestezjologa, co jest niezbędne dla bezpieczeństwa pacjentek w trakcie porodów i sytuacjach nagłych, a także zapewnienia wszystkim rodzącym znieczulenia do porodu. Brak odrębnego finansowania dyżurów anestezjologicznych dedykowanych wyłącznie temu oddziałowi zmusza nas do dzielenia dyżurów z innymi oddziałami zabiegowymi, co może wydłużyć czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez anestezjologa.*

(akta kontroli str. 269-270)

Położna Oddziałowa wskazała na brak wystarczającej edukacji przedporodowej pacjentek, co doprowadza do nieświadomości i niepokoju związanego z przebiegiem ciąży i porodu oraz na barierę językową pomiędzy personelem, a pacjentkami pochodzącymi z zagranicy (Ukraina, Białoruś), co utrudnia współpracę na każdym etapie opieki okołoporodowej. Lekarz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wskazał na: a/ ograniczoną możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego porodów z uwagi na zaangażowanie anestezjologów w Bloku Operacyjnym, szczupłość tej kadry i różnice w podejściu do tego znieczulenia; b/ w przypadku porodów przedwczesnych i opieki nad ciężarną przez ukończeniem 37-tygodnia ciąży brak jasności co do transportowania (czy od razu do ośrodka referencyjnego czy może konsultacja lub leczenie na pierwszym stopniu referencyjności i późniejsze ewentualne odesłanie), brak łączności z transportem ciężarnych i rodzących, brak wpływu na decyzję transportujących; c/ przypadki nieefektywnej i niezadowolającej współpracy z koleżankami i kolegami prowadzącymi opiekę ambulatoryjną nad ciężarnymi i prowadzącymi ciążę. Położne podstawowej opieki zdrowotnej wskazały na: a/ trudności komunikacyjne – barierę językową; b/ nieadekwatną wycenę procedur, które nie odzwierciedlają rzeczywistego nakładu pracy, czasu ani kosztów jakie ponosi położna podstawowej opieki zdrowotnej (w ramach wizyty patronażowej położna sprawuje opiekę nad dwojgiem pacjentów jednocześnie - kobietą w okresie połogu oraz noworodkiem). Ponadto lekarze specjaliści położnictwa

---

<sup>64</sup> Informacje takie przekazywano ustnie. Pacjentka była informowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologów w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w Brzegu przy ul. Nysańskiej, z infolinii Fundacji Ernesta oraz przekazywano ulotki Fundacji Ernesta oraz portalu wsparcia poronilam.pl.

i ginekologii wskazali na: a/ niewielką obsadę lekarską i wiążące się z tym duże godzinowe obciążenie pracą; b/ małą staranność leczenia ambulatoryjnych w kwestii wykonywanych badań kobiet w ciąży oraz niedostatecznie dokładne określanie czasu trwania ciąży; c/ barierę językową; d/ w chwili obecnej rozwiązano problem z dostępnością znieczulenia porodu, które oferowane jest wszystkim rodzącym o ile brak jest medycznych przeciwwskazań zarówno w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, podpajęczynówkowego, jak i wziewnego.

(akta kontroli str. 271-281)

W latach 2022-2025 w BCM nie wystąpiły przypadki pozostawienia przez matkę, z własnej woli, dziecka w szpitalu. Dyrektor wyjaśnił, że *miały miejsce sytuacje gdy matka opuszczała oddział bez dziecka, a noworodek decyzją sądu umieszczany był w pieczy rodziny zastępczej. Współpracujemy z MOPS oraz położnymi środowiskowymi. Na podstawie uzyskanych informacji (np. konkretna kobieta kolejny raz w ciąży, starsze dzieci w rodzinie zastępczej, niski status socjalno-ekonomiczny, przemoc domowa, używki) kierujemy pismo do sądu z informacją, że dana Pani urodziła dziecko, prosimy o przeprowadzenie wywiadu oraz postanowień co do dalszych losów dziecka. W 2022 r. pięcioro noworodków czekając na decyzję sądu przebywało w oddziale od 3 do 8 dni, które wypisano bezpośrednio do rodziny zastępczej, a dwa czekały na decyzję od 3 do 6 dni, które wypisano z matką do domu. W 2023 r. jeden noworodek wypisany do rodziny zastępczej oczekiwał na decyzję sądu 6 dni, a cztery wypisane z matką do domu oczekiwały na taką decyzję od 3 do 7 dni. W 2024 r. trzy noworodki na podstawie decyzji sądu wypisano do rodziny zastępczej po 3 do 7 dni, a jeden został wypisany do domu razem z matką po 18 dniach. W 2025 r. na decyzję sądu oczekiwał jeden noworodek, którego wypisano do domu razem z matką.*

(akta kontroli str. 283-284)

2.10. W latach 2022-2025 (I półrocze) do BCM wpłynęły 52 skargi z tego 14 w 2022 r., 17 w 2023 r., 18 w 2024 r. oraz 3 w I półroczu 2025 r. Jedna ze skarg (z 2024 r.) dotyczyła niestosownego – zdaniem pacjentki – zachowania lekarza poradni ginekologicznej, który odmówił wykonania badania cytologii pomimo zaleceń z poradni specjalistycznej. Skarga została uznana za zasadną. Zgodnie z odpowiedzią przesłaną składającej skargę, z lekarzem przeprowadzono rozmowę dyscyplinującą, informując jednocześnie, że w przypadku dwukrotnego stwierdzenia zasadności skargi BCM ma prawo wypowiedzieć umowę z lekarzem w trybie natychmiastowym bez zachowania okresu wypowiedzenia. Pozostałe skargi nie dotyczyły świadczeń opieki okołoporodowej.

Zgodnie z informacją pozyskaną w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2025 r. do ww. jednostki nie wpłynęły żadne skargi dotyczące opieki okołoporodowej świadczonej przez BCM.

(akta kontroli str. 106-113, 220-229)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W wyniku badania dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentek stwierdzono, że w pięciu przypadkach<sup>65</sup> w BCM nie wykonano badań w kierunku zakażenia HIV, wymaganych na podstawie ust. 5 części VIII *Standardu opieki okołoporodowej*.

W świetle ww. regulacji, u każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33–37. tygodnia ciąży). W razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać.

Dyrektor wyjaśnił, że *brakujących badań nie wykonano z uwagi na brak zaleceń lekarskich*.

(akta kontroli str. 482-508, 645)

2. W trakcie kontroli NIK stwierdzono, że w 14<sup>66</sup> z 19 przypadków porodów siłami natury, w dokumentacji medycznej pacjentek nie odnotowano długości trwania kontaktu noworodków „skóra do skóry”, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 509-520, 648-658)

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

Dyrektor wyjaśnił, że *kontakt skóra do skóry był umożliwiony, co jest odnotowane w dokumentacji medycznej i systemie AMS*.

(akta kontroli str. 646)

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 opieki okołoporodowej* (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.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność BCM w zakresie realizacji świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.

---

<sup>65</sup> Pacjentka 10078/23, 9470/23, 2709/24, 6643/24 oraz 15241/24.

<sup>66</sup> 12220/22; 16406/22; 8335/23; 646/23; 6643/24; 11693/24; 15241/24; 13917/22; 10709/22; 4172/23; 1817/23; 7190/24; 16888/24; 7471/23.

#### 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: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Określenie w regulaminie organizacyjnym wskaźników opieki okołoporodowej oraz sposobu ich realizacji i dokumentowania.</li><li>2. Dokumentowanie czasu trwania kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” w każdym przypadku oraz zapewnienie długości jego trwania, jeśli nie wystąpią przeciwwskazania.</li><li>3. Potwierdzenie pisemne przez pozostałych - zobowiązanych pracowników - zapoznania się procedurą łagodzenia bólu porodowego.</li><li>4. Uzupełnienie procedury leczenia bólu porodowego o pozostałe metody stosowane w BCM.</li><li>5. 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.</li><li>6. Dostosowanie ustawienia łóżek w pokojach łóżkowych oraz ich liczby w pokojach urządzonych w systemie „matka z dzieckiem” do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.</li><li>7. Wzmocnienie nadzoru nad zasadnością odstępowania od przeprowadzania badań pacjentek w kierunku zakażenia HIV, które przewidziane zostały w <i>Standardzie opieki okołoporodowej</i>.</li></ol>

#### 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 wykorzystania uwag i 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, 23 października 2025 r.

Kontroler  
Jarosław Pałęga  
główny specjalista kontroli  
państwowej  
*podpisano elektronicznie*

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