

Za drzwiami porodówki - NIK o opiece okołoporodowej w Polsce

22.6.2026 - | Najwyższa Izba Kontroli

Jakość opieki okołoporodowej systematycznie się poprawia, ale na wielu oddziałach wciąż dochodzi do praktyk, które nie powinny mieć miejsca w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia. Zbyt długo pracujący lekarze, pobieranie od pacjentek opłat za świadczenia finansowane przez NFZ, nadal za wysoki odsetek cesarskich cięć i chaos organizacyjny wokół opieki poporodowej to tylko część nieprawidłowości ujawnionych w najnowszym raporcie NIK. Kontrolerzy wskazują także na występujący w wielu placówkach brak poszanowania praw pacjentek: ograniczanie dostępu do znieczulenia, wykonywanie procedur medycznych bez zgody rodzających i skracanie zaleconego kontaktu matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie. Potrzebne są zmiany systemowe i wzmocnienie nadzoru nad standardami opieki okołoporodowej.

Opieka okołoporodowa jest kluczowym elementem świadczeń zdrowotnych. Godny poród to podstawowe prawo pacjenta, a pozytywne doświadczenia kobiet w tym zakresie mają bezpośredni wpływ na ich późniejsze decyzje o powiększeniu rodziny. Ma to kluczowe znaczenie w obliczu kryzysu demograficznego w Polsce. Liczba urodzeń stale spada – w 2023 r. osiągnęła rekordowo niski poziom 272 tys. Z kolei rośnie wiek matek – w 2023 r. mediana wieku kobiet rodzących wyniosła 31 lat (w porównaniu do 26 lat w dekadzie 1990–2000).

Etapy i standardy opieki

Organizacja opieki okołoporodowej wpływa na zdrowie i umieralność noworodków. Dotyczy ona nie tylko samego porodu, lecz także ciąży, 6-tygodniowego połogu oraz opieki nad noworodkiem.

Moment porodu w przypadku ciąży fizjologicznej przypada na 9. miesiąc ciąży, a więc na około 40. tydzień ciąży. Może przebiegać siłami natury, jak również, w uzasadnionych sytuacjach, może odbyć się poprzez cięcie cesarskie. Polska nadal ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników porodów zakończonych cesarskim cięciem. W 2023 r. odsetek ten wyniósł 48%. Tymczasem zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), odsetek „cesarek” powinien wynosić max. 15%. Badania pokazują, że w przypadku 10-15% ciąży „cesarka” prowadzi do spadku liczby powikłań i śmiertelności noworodków. Jednak gdy ten odsetek przekracza 15%, wskaźniki zdrowotne nie ulegają dalszej poprawie. Z kolei, jak wynika z danych NFZ, w 2022 r. w ponad połowie porodówek w kraju w trakcie porodów siłami natury nie wykonano ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego (ZZO), które jest refundowane przez NFZ.

W 2023 r. 17% porodów siłami natury odbyło się ze znieczuleniem zewnątrzoponowym, w kolejnym roku zaś ponad 22%. Na problem dostępności do znieczulenia podczas porodu zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich, który w piśmie do Ministra Zdrowia wskazał, że w niektórych województwach takie znieczulenie jest praktycznie niedostępne, w innych można z niego skorzystać tylko w największych miastach.

W ostatnim etapie opieki okołoporodowej, czyli połogu, standard nakazuje zapewnienie przez położną 2-godzinny kontakt „skóra do skóry” oraz wsparcie laktacyjne. Wszelkie zabiegi medyczne u noworodka wymagają zgody i obecności matki. W ciągu 12 godzin od porodu dziecko powinien zbadać neonatolog.

Przed rozpoczęciem kontroli, w kwietniu 2025 r., z inicjatywy NIK zorganizowano panel ekspertów dotyczący opieki okołoporodowej, w którym udział wzięli m.in. Rzecznik Praw Pacjenta, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, konsultant krajowa w dziedzinie ginekologii i położnictwa, konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Eksperci zwracali uwagę na zagadnienia dotyczące dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego, wyceny świadczeń, zasadności funkcjonowania oddziałów o niskiej liczbie porodów, prawidłowego karmienia noworodka i wsparcia laktacyjnego.

Główne ustalenia kontroli

Okres objęty kontrolą to lata 2022–2025 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych tj. listopad 2025 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem). NIK skontrolowała Ministerstwo Zdrowia, 14 podmiotów leczniczych prowadzących oddziały ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny oraz dziewięć podmiotów, które prowadziły poradnie ginekologiczno-położnicze i zatrudniały położne POZ.

We wszystkich objętych kontrolą podmiotach leczniczych stwierdzono przypadki nieprawidłowo i nierzetelnie realizowanej opieki okołoporodowej, które nie miały jednak istotnego wpływu na bezpieczeństwo kobiet w okresie ciąży, porodu, porożu oraz ich nowonarodzonych dzieci.

Minister Zdrowia włączał kwestie opieki okołoporodowej do dokumentów strategicznych i planistycznych, koncentrując się na poprawie dostępu do znieczuleń zewnątrzoponowych, badań prenatalnych, leczenia wewnątrzmacicznego płodu oraz dostępu do odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu.

W kwietniu 2024 r. rozpoczęto nowelizację *Standardu opieki okołoporodowej*. Rozporządzenie zmieniające weszło w życie w maju 2026 r. Zmiany obejmują m.in.: rozszerzenie profilaktyki i diagnostyki ciężarnych, obowiązek umożliwienia obejrzenia miejsca porodu i określenie obowiązkowych elementów planu porodu, wsparcie laktacyjne oraz zapewnienie dostosowań architektonicznych i cyfrowych dla pacjentek ze szczególnymi potrzebami.

W ostatnim okresie w Polsce pogorszyła się dostępność do porodówek. W latach 2022–2024 zamknięto łącznie 26 oddziałów ginekologiczno-położniczych, a w 2025 r. zlikwidowano kolejne 27, co sprawiło, że od 2026 r. oddziałów ginekologiczno-położniczych brakuje w 136 powiatach. NIK podkreśla, że przy reorganizacji sieci szpitali kluczowe musi być bezpieczeństwo matki i dziecka.

Choć od kwietnia 2025 r. wprowadzono refundację szczepionki przeciw RSV (dla ciężarnych między 32. a 36. tygodniem ciąży), pominięto pacjentki długotrwale hospitalizowane. Kobiety z zagrożoną ciążą, leżące w szpitalach, nie mogły zrealizować recepty, a placówki nie miały procedury na rozliczenie podania preparatu. NIK zwraca uwagę, że w związku z koniecznością ponoszenia pełnej odpłatności za preparat, szpitale mogą nie być zainteresowane podawaniem go pacjentkom, co spowoduje brak ochrony niemowlęcia przed RSV. Ministerstwo Zdrowia podjęło prace naprawcze dopiero w trakcie kontroli NIK.

W latach 2022–2025 (I półrocze), w Polsce funkcjonowało 16 banków mleka kobiecego. Natomiast do dnia zakończenia kontroli NIK nie utworzono takich placówek w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. Środki przeznaczone na ich założenie, w ramach *Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026*, nie zostały efektywnie wykorzystane. NIK rekomenduje pilne wprowadzenie dodatkowych zachęt finansowych, zwłaszcza w obliczu

nadchodzącego wdrożenia unijnego rozporządzenia w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do stosowania u ludzi („SoHO”, do sierpnia 2027 r). Państwa członkowskie są zobowiązane do uchwalenia krajowych przepisów regulujących m.in. – wskazane w tym rozporządzeniu – zasady donacji i przechowywania mleka kobiecego. Przyjęcie nowych regulacji, które znacząco zaostrzą normy sanitarne i mogą podnieść koszty prowadzenia takich placówek, może negatywnie wpłynąć na podejmowanie decyzji o ich prowadzeniu.

Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mające na celu poprawę opieki okołoporodowej dla kobiet ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Uruchomiono finansowanie na dostosowanie placówek POZ i szpitali (remonty, zakup sprzętu). Przetestowano również pilotażowy model telemedyczny do monitorowania ciężarnych w regionach oddalonych od dużych miast. Ponadto zweryfikowano dostępność do świadczeń ginekologiczno-położniczych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dla pacjentek z niepełnosprawnościami i sformułowano rekomendacje dotyczące stworzenia nowych standardów świadczeń dostosowanych do rodzaju niepełnosprawności.

Dopiero w 2024 r. wprowadzono system premiowania szpitali za porody siłami natury z użyciem znieczulenia zewnątrzoponowego, polegający na korygowaniu rozliczenia ustalonym współczynnikiem. Zależy on od udziału porodów drogami natury ze znieczuleniem we wszystkich porodach drogami natury. Rozwiązanie to przyniosło oczekiwany skutek: do połowy 2025 r. odsetek naturalnych porodów ze znieczuleniem w Polsce wzrósł do 26,16%. NIK odnotowała jednak rażące zróżnicowanie regionalne. W województwie mazowieckim ZZO stosowano w ponad połowie porodów (50,47%), podczas gdy w województwach: kujawsko-pomorskim i lubelskim odsetek ten nie przekraczał 10%.

Ministerstwo Zdrowia wstrzymało prace (rozpoczęte w 2022 r.) nad wdrożeniem ogólnopolskiej ankiety oceniającej jakość opieki okołoporodowej. Tłumaczono to koniecznością wykonania innych ważnych zadań. Zdaniem NIK pozbawiło to resort kluczowego narzędzia do weryfikacji skuteczności wdrażanych zmian i poznania bezpośrednich problemów pacjentek. Do pozytywnych aspektów zaliczono natomiast korzystanie przez Ministerstwo z wiedzy organizacji pozarządowych i powoływanie zespołów eksperckich (np. ds. laktacji i bezpieczeństwa reprodukcyjnego).

W Ministerstwie podejmowano różne zadania, które miały na celu prowadzenie edukacji i przekazywanie informacji dotyczących opieki okołoporodowej. Działania takie realizowano również w ramach zadań wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025. Jednak nie wszystkie z tych zadań zrealizowano rzetelnie, co spowodowało znaczne obniżenie docelowych wartości ich oczekiwanych rezultatów. W zadaniu dotyczącym promocji karmienia piersią w ramach NPZ na lata 2021–2025 nie dotrzymano terminów i pełnego zakresu realizacji działań, m.in. nie przeprowadzono promocji podczas Światowego Tygodnia Karmienia Piersią w 2023 r. Z kolei w zadaniu dotyczącym upowszechniania rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego nie zrealizowano terminowo opracowania, wydruku i pełnej dystrybucji informatora dla kobiet w ciąży.

Zgodnie z wymogami od 1 stycznia 2019 r., każdy podmiot leczniczy realizujący opiekę nad rodzącą musiał posiadać pisemny tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego. Kontrola w 14 placówkach wykazała liczne nieprawidłowości, m.in.: jeden szpital wprowadził dokument dopiero w 2024 r., w 54% placówek dokumenty były niezgodne ze *Standardem opieki okołoporodowej* (nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej, a w większości skontrolowanych miejsc – 64% – z regulacjami nie zapoznał się cały personel medyczny).

Szpitala na ogół zapewniały obsadę adekwatną do poziomu referencyjnego, choć zdarzały się braki wśród neonatologów i pielęgniarek. Wszędzie dostępne było wsparcie psychologiczne oraz

laktacyjne. **Jednak u lekarzy na etacie ignorowano wymóg zapewnienia 11 godzin odpoczynku dobowego oraz 35 godzin odpoczynku tygodniowego. We wszystkich 14 szpitalach lekarze zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych pracowali nieprzerwanie ponad 24 godziny** (odnotowano 719 takich przypadków). Rekordziści pełnili dyżury trwające nawet 96 godzin, co stwarzało bezpośrednie zagrożenie dla pacjentek i samych lekarzy.

W większości skontrolowanych oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych znajdował się sprzęt dostosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30, w tym m.in. odpowiednie łóżka porodowe, fotele ginekologiczne, wózki oraz wagi. Należy podkreślić, że we wszystkich szpitalach sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poszanowanie prawa godności i intymności.

W 12 szpitalach, spośród 14 skontrolowanych, przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W 2 placówkach nie przestrzegano zakazu reklamowania mleka modyfikowanego (nazwy marek wpisywano do wypisów, a w szkołach rodzenia rozdawano darmowe smoczki, butelki i ulotki konkretnych producentów).

We wszystkich 14 skontrolowanych szpitalach pacjentkom w ciąży oferowano udział w zajęciach szkoły rodzenia. W dwóch placówkach jej prowadzeniem zajmował się podmiot zewnętrzny. W sześciu szkołach rodzenia udział w zajęciach był bezpłatny. W dwóch szpitalach kursy były bezpłatne jedynie dla kobiet zamieszkałych w Warszawie. Zajęcia kosztowały od 200 do 649 zł. W trzech skontrolowanych szpitalach pacjentki ponosiły opłaty za opiekę położnej podczas porodu, która była udzielana w formie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej lub indywidualnej opieki położnej. Opiekę tę świadczyły położne zatrudnione w tych szpitalach. Świadczone przez położne usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej były realizowane według potrzeb zgłaszanych przez pacjentki i obejmowały przede wszystkim: pielęgnację noworodka, higienę rany pooperacyjnej, pomoc w przystawianiu do piersi, edukację pacjentki obejmującą karmienie piersią, postępowanie w połoгу, odżywianie kobiety karmiącej. Jednak w jednym z tych szpitali, oprócz opieki pielęgnacyjnej, położne udzielały również świadczeń zdrowotnych polegających m.in. na przyjęciu porodu, monitorowaniu skurczów porodowych, prowadzeniu partogramu porodu (formularz medyczny służący do monitorowania postępu porodu oraz stanu matki i dziecka). Było to niezgodne z ustawą o prawach pacjenta, która określa, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. **NIK zwraca uwagę, że katalog wykonywanych odpłatnie czynności pielęgnacyjnych w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej był tożsamy z czynnościami pielęgnacyjnymi, które powinny być zapewnione przez personel medyczny w ramach zawartej umowy na świadczenie usług medycznych z NFZ.** W związku z powyższym, w ocenie NIK, konieczne jest doprecyzowanie czynności, jakie mogą być wykonywane przez personel medyczny w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W dwóch placówkach oferowano i realizowano usługę odpłatnej indywidualnej opieki położnej nad pacjentką. Zakres świadczeń udzielanych przez położne w ramach usługi indywidualnej opieki obejmował również świadczenia medyczne polegające m.in. na: prowadzeniu partogramu porodu, przyjęciu porodu, ocenie stanu pacjentki, częstotliwości skurczów porodowych, rozwarcia i stanu płynu owodniowego, prowadzeniu KTG (monitorowanie akcji serca płodu wraz z jednoczasowym zapisem czynności skurczowej mięśnia macicy), realizacji zaleceń lekarskich (w tym podawaniu leków), pielęgnacji rany, założeniu i obserwacji wkłucia.

W jednym ze szpitali usługa ta była świadczona przez położne podczas dodatkowych dyżurów medycznych, bez zawierania z pacjentkami pisemnych umów. Odpłatność za wykonaną usługę pacjentki uiszczały w formie darowizny przekazywanej na konto szpitala. Jej ustalona wysokość w okresie styczeń-czerwiec 2022 r. wynosiła 1200 zł, natomiast od lipca 2022 r. – 1800 zł.

Z kolei w innym szpitalu usługa indywidualnej opieki położniczej była sprawowana na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawieranej pomiędzy pacjentką a szpitalem. Położne świadczyły indywidualną opiekę za dodatkową opłatą: 1 tys. zł – do maja 2022 r. oraz 1,4 tys. zł – od czerwca 2022 r. **NIK zwraca uwagę, że świadczenie odpłatnej usługi polegającej na indywidualnej opiece położnej może naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazywać na podwójne finansowanie udzielanej przez położne opieki w przypadkach, w których opieka położnej jest rozliczana w ramach zawartej przez szpital umowy z NFZ.**

Kontrola NIK wykazała niepokojące praktyki w zakresie respektowania woli rodzających i stosowania procedur medycznych. W wielu placówkach rutynowo, bez uzyskania pisemnej zgody pacjentki, wykonywano nacięcie krocza (episiotomię) – odsetek ten wahał się od 18,8% do ponad 59,3%. Zdarzało się też przebijanie pęcherza płodowego (amniotomia) bez formalnej zgody. W dokumentacji często nie uzasadniano medycznej konieczności tych zabiegów. Pacjentkom zgłaszającym się bez planu porodu, w pięciu szpitalach ich nie oferowano. W 5 szpitalach odsetek cesarskich cięć przekroczył 50%, a w jednym wyniósł niemal 62%. NIK wskazuje na pilną potrzebę edukacji ciężarnych, dotyczącą zagrożeń wynikających z rozwiązania ciąży poprzez nieuzasadnione cięcie cesarskie (to poważna operacja, która niesie ze sobą ryzyko dla zdrowia i utrudnia kobiecie powrót do pełni sił).

Mimo prawa do niefarmakologicznego i farmakologicznego łagodzenia bólu, aż w 6 skontrolowanych szpitalach pacjentki w ogóle nie miały dostępu do ZZO, a w jednym - oferowano go dopiero od 2024 r.

W 6 placówkach nie zapewniano wymaganego, nieprzerwanego 2-godzinnego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie siłami natury. Nie zawsze także odnotowywano czas trwania tego kontaktu, a niekiedy był źle dokumentowany.

Organizacja nadzoru nad standardami opieki w wielu placówkach nie była właściwa. We wszystkich 14 szpitalach dokumentacja medyczna była prowadzona błędnie, niedbale i z naruszeniem przepisów (szczególnie dotyczyło to tak kluczowych dla rodzających kart obserwacji porodu). Wiele placówek nie opracowało, opóźniło lub w ogóle nie monitorowało obowiązkowych wskaźników opieki okołoporodowej.

Warunki lokalowe w połowie szpitali były prawidłowe i zapewniały intymność. W pozostałych odnotowano przypadki niewłaściwego wyposażenia (np. brak stanowisk do resuscytacji noworodka na salach cięć cesarskich, słuz sanitarnych) czy odpowiednio urządzonych pokoi dla matek z dziećmi.

Aż w 9 szpitalach ignorowano terminy autoryzowanych przeglądów aparatury medycznej (opóźnienia sięgały od 3 do 1415 dni). Poradnie objęte kontrolą NIK na ogół dysponowały sprzętem umożliwiającym przeprowadzenie badań, o których mowa w *Standardzie opieki okołoporodowej*, tj.: do pomiaru wzrostu, ciężaru ciała, ciśnienia, badania cytologicznego, USG i KTG. W tych podmiotach zapewniono większość sprzętu i aparatury. Przypadki braku niektórych sprzętów (np. aparatu do elektrokoagulacji) wystąpiły w pięciu podmiotach. Tylko trzy spośród skontrolowanych poradni były wyposażone w sprzęt dostosowany do przeprowadzenia badań u osób z niepełnosprawnościami.

Podczas pobytu w szpitalu, zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej*, zapewniano noworodkom badanie kliniczne, profilaktyczną diagnostykę zakażenia przedniego odcinka oka oraz krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K, wykonanie testu pulsoksymetrem, przesiewowe badanie słuchu oraz badania w kierunku niektórych chorób wrodzonych, wykonanie wymaganych szczepień, po uzyskaniu zgody matki.

Kobiety po urodzeniu dziecka otrzymywały wsparcie dotyczące laktacji, które polegało

w szczególności na informowaniu o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia, udzielaniu instruktaży prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. We wszystkich skontrolowanych szpitalach pacjentki miały możliwość korzystania z laktatorów oraz lodówek. Tylko sześć placówek nawiązało współpracę z bankami mleka kobiecego. Skala podawania preparatów początkowego żywienia jest jednak ciągle duża. W dwóch szpitalach takie preparaty otrzymało 80% noworodków, w innych od 3% do 77%. W skontrolowanych szpitalach stwierdzono znaczne zróżnicowanie zarówno pod względem liczby preparatów do początkowego żywienia niemowląt, jak i kosztów ich zakupu. Cena jednostkowa preparatów wynosiła od 1 grosza do 16 zł za sztukę. W sześciu z 14 skontrolowanych szpitali część mleka modyfikowanego była pozyskiwana w formie darowizn od producentów.

W ośmiu szpitalach opieka nad pacjentkami doświadczającymi szczególnych sytuacji położniczych (np. poronienia) nie zawsze była prawidłowa, m.in. brakowało wsparcia psychologa (w jednym szpitalu), nieprawidłowo postępowano z ciałami dzieci martwo urodzonych (w trzech szpitalach).

Kontrola wykazała liczne nieprawidłowości w zakresie opieki okołoporodowej, zarówno podczas ciąży, jak i po porodzie. W większości skontrolowanych poradni edukacja przedporodowa była prowadzona niewłaściwie – lekarze często nie odnotowywali skierowania pacjentek do położnej POZ, a jedynie w dwóch poradniach przygotowywano i dołączano do dokumentacji plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. We wszystkich poradniach stwierdzono również braki w realizacji wymaganych badań i procedur. Najczęściej nie wykonywano badań gruczołów sutkowych, oceny wymiarów miednicy czy oceny ryzyka depresji. Część pacjentek nie miała wykonywanych podstawowych pomiarów, takich jak ciśnienie tętnicze, masa ciała czy BMI, a nie wszystkim zapewniono zalecane badania USG płodu.

Nieprawidłowości dotyczyły także dokumentacji medycznej. W części poradni karty przebiegu ciąży nie zawierały wszystkich wymaganych elementów ani miejsca na odnotowanie pełnego zakresu badań i świadczeń. W związku z tym **istnieje uzasadniona potrzeba wprowadzenia wzoru karty przebiegu ciąży**, który będzie zawierał zapis badań i świadczeń wskazanych w *Standardach opieki okołoporodowej*. Tak przygotowany formularz karty będzie stanowił źródło informacji dla pacjentek o tym, które badania i świadczenia im przysługują.

Kontrola wykazała również problemy związane z wizytami patronażowymi po porodzie (pierwsze domowe spotkanie kontrolne z położną po narodzinach dziecka). Położne ze skontrolowanych jednostek najczęściej odbywały 4-6 wizyt patronażowych. Większość z nich, stosownie do wymogów, miało miejsce w ciągu 2 dni od zgłoszenia, jednak w części przypadków wizyty odbywały się później. Jednocześnie obowiązujące przepisy różnie określały termin rozpoczęcia takich wizyt, co – zdaniem NIK – wymaga doprecyzowania.

Zgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej*, opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki. Brak takich planów w dokumentacji kobiet, u których przeprowadzono wizyty patronażowe, stwierdzono we wszystkich skontrolowanych jednostkach, a dokumentacja wizyt była często niekompletna. Najczęściej brakowało informacji dotyczących oceny stanu psychicznego matki, ryzyka depresji poporodowej, laktacji oraz podstawowych parametrów zdrowotnych noworodka, takich jak czynność serca, oddech, temperatura czy ocena żółtaczki i odruchów noworodkowych.

Wnioski:

Wnioski de lege ferenda

Mając na uwadze wyniki przeprowadzonej kontroli, wskazujące na potrzebę poprawy jakości opieki okołoporodowej, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o zmianę:

kierowane do Ministra Zdrowia

1. Rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej poprzez wprowadzenie wzoru karty przebiegu ciąży zawierającej informacje wymagane § 39 ust. 3-5 tego rozporządzenia oraz zapewniającej możliwość dokumentowania realizacji świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży, wymaganych *Standardem opieki okołoporodowej*.

Dotychczas stosowane formularze karty przebiegu ciąży nie przewidywały miejsca do odzwierciedlenia wszystkich badań, procedur i świadczeń profilaktycznych określonych w *Standardach opieki okołoporodowej*. W związku z tym istnieje uzasadniona potrzeba wprowadzenia wzoru tego dokumentu, który będzie stanowił źródło informacji dla pacjentek o tym, które badania i świadczenia im przysługują i powinny być im proponowane. Dla personelu medycznego formularz ten będzie stanowił kompleksowe kompendium wiedzy o przebiegu ciąży, co jest szczególnie istotne w momencie ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki lub jej dziecka, a także w przypadku zmiany personelu opiekującego się daną pacjentką.

2. Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (załącznik nr 3, część II) w celu zapewnienia zgodności przepisów tego rozporządzenia, dotyczących terminu pierwszej wizyty patronażowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej z przepisem ust. 7 części XV *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej* w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, wprowadzanego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (które weszło w życie 7 maja 2026 r.).

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (załącznik nr 3, część II), pierwsza wizyta patronażowa powinna się odbyć nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Natomiast ze *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej* (część XV ust. 7), który obowiązuje od 7 maja 2026 r., wynika, że taka wizyta powinna zostać przeprowadzona nie później niż w ciągu 48 godzin (z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki ze szpitala po urodzeniu dziecka. Zmiana ta ma celu wyeliminowanie niespójności pomiędzy przepisami tych rozporządzeń.

kierowane do Prezesa NFZ

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

<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/za-drzwiami-porodowki-nik-o-opiece-okoloporodowej-w-polsce.ht ml>