



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.20.1.2025

Pani
Agnieszka Rogalska
Dyrektor
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im.
dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KOP-KOR.441.13.2026 Komisji
Rozstrzygającej z dnia 12 stycznia 2026 r.

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Rogalska – Dyrektor Szpitala ² od 29 grudnia 2022 r. ³
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 ⁴ .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Lidia Dudek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/99/2025 z 4 lipca 2025 r. Łukasz Lisiecki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/98/2025 z 4 lipca 2025 r. Leszek Murat, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/97/2025 z 4 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-6, 14-19, 455-457)

¹ Dalej: „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Wcześniej funkcję Dyrektora pełniła Pani Wanda Korzycka-Wilińska (od 28 maja 2010 r. do 28 grudnia 2022 r.).

⁴ Czynności kontrolne zakończono 22 września 2025 r.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

NIK ocenia, że Szpital nie zapewnił optymalnych warunków świadczenia opieki okołoporodowej, na co wskazuje przede wszystkim niewielki dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego, brak dokumentacji dotyczącej oceny bólu okołoporodowego oraz usystematyzowanych wskaźników opieki okołoporodowej. Choć NIK zauważa pozytywne zmiany w I półroczu 2025 r. w porównaniu z latami 2022-2024, to wciąż są niedostateczne (np. znieczulenie zewnątrzoponowe podano jedynie 4% pacjentek). Ponadto, w ocenie NIK, dopuszczanie przez Szpital do przekraczania przez lekarzy świadczenia pracy ponad 24 godziny podnosi ryzyko popełnienia błędów lekarskich. Szpital nie zapewnił też terminowych przeglądów dwóch spośród objętych badaniem 15 sprzętów i aparatury medycznej oraz nie zapoznał 92 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, a także pracowników medycznych Kliniki Neonatologii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, z postępowaniem medycznym w łagodzeniu bólu porodowego.

W ocenie NIK uwzględniła to, że pacjentki zgłaszające się do Szpitala były prawidłowo przyjmowane do porodu. W większości badanych przypadków pacjentkom zapewniono dostęp do znieczulenia farmakologicznego oraz innych form łagodzenia bólu, jednakże dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego ograniczała się jedynie do porodów w drodze cięcia cesarskiego. Dokumentacja medyczna pacjentek i noworodków była co do zasady prowadzona prawidłowo, choć stwierdzono przypadki związane z nierzetelnym wypełnianiem kart obserwacji porodu. Jedna ze skarg pacjentki została nieodpowiednio rozpatrzona, zaś podniesione w niej zarzuty mogą wskazywać na konieczność kontynuowania przez Szpital działań zmierzających do polepszenia organizacji opieki okołoporodowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.

Opis stanu faktycznego 1. Szpital został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁸ 27 sierpnia 2008 r. jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Akredytację w zakresie położnictwa i ginekologii na prowadzenie stażu kierunkowego i szkolenia specjalistycznego otrzymał 4 lipca 2014 r. W rejestrze wskazano, że w Szpitalu funkcjonowała Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej⁹ oraz Klinika Neonatologii, a także

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ 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.

⁸ Dalej: „rejestr”.

⁹ Dalej: „Klinika Położnictwa”. Klinika podzielona została na Piony: Położnictwa i Patologii Ciąży (dalej: „Pion Położnictwa”) oraz Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej (dalej: „Pion Ginekologii”).

Poradnie: Ginekologiczno-Położnicza, Patologii Noworodka oraz Prenatalna Poradnia Genetyczna¹⁰. Obie kliniki posiadały III stopień referencyjności.

(akta kontroli str. 20-23, 27)

Nadzór nad Szpitalem, w tym w zakresie kontroli i oceny działalności sprawował podmiot tworzący, tj. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

(akta kontroli str. 27-111, 148-149, 154, 156)

Kliniki Położnictwa i Neonatologii w zakresie leczenia podlegały organizacyjnie Dyrektorowi Szpitala ds. Lecznictwa, a w zakresie pielęgniarstwa Dyrektorowi Szpitala ds. Pielęgniarstwa.

(akta kontroli str. 113, 124, 131)

W 2024 r. liczba kobiet w wieku rozrodczym (od 15 do 49 r. ż.) w mieście Bydgoszczy wyniosła 71 846, tj. stanowiła 41,6 % kobiet (172 829), 22,2% wszystkich mieszkańców Miasta (324 043 osób).

(akta kontroli str. 150, 1272)

2. W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu urodziło się 5 905 noworodków (w tym 5 875 żywo urodzonych i 30 martwo urodzonych, tj. 0,5%). Spośród noworodków żywo urodzonych, 48 zmarło do szóstej doby życia (tj. 0,8%).

Odsetek porodów w drodze cesarskiego cięcia wynosił: 47,2% w 2022 r. (931), 52,4% w 2023 r. (787), 49,9% w 2024 r. (717) i 41,5% w 2025 r. (I półrocze) - 352. W Szpitalu przyjęto jako optymalny wskaźnik na poziomie 40%.

(akta kontroli str. 458, 622)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że według aktualnych rekomendacji ekspertów optymalny poziom odsetka porodów zakończonych cięciem cesarskim powinien oscylować wokół 40%. Wyższy odsetek w Szpitalu wynikał m.in. z faktu, że do jednostki trafiają pacjentki obciążone patologiami ciąży. Zgodnie z danymi NFZ w roku 2024 odsetek porodów zakończonych cięciem cesarskim wyniósł około 48%. Ponadto według danych Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników „Konsensusu psychiatryczno-położniczego w sprawie wskazań do cięcia cesarskiego ze wskazań psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem lęku związanego z porodem” odsetek cięć cesarskich w Polsce wynosi ponad 40%.

(akta kontroli str. 154, 156-157, 458, 628-629, 1246)

Liczba urodzeń w Szpitalu w latach 2022-2024 systematycznie spadała: 2 041 w 2022 r., 1 554 w 2023 r., 1 458 w 2024 r.; natomiast w 2025 r. (I półrocze) urodziło się 852 noworodków. Liczba poronień wyniosła odpowiednio: 324, 312, 236, 63 (łącznie 935).

(akta kontroli str. 458, 622)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że zmniejszanie się liczby porodów było zjawiskiem zgodnym z tendencją demograficzną w Polsce, a liczba porodów

¹⁰ Do 4 kwietnia 2023 r. działała Poradnia Patologii Ciąży.

w 2025 r. (1 000 wg stanu na koniec lipca) może świadczyć o względnej stabilizacji lub okresowym wzroście porodów w Szpitalu.

(akta kontroli str. 156-157)

Nacięcia krocza dokonywane były odpowiednio w 26,3% w 2022 r. (274), 25,3% w 2023 r. (181), 16,4% w 2024 r. (118), 11,1% w I półroczu 2025 r. (55) porodów naturalnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że taki spadek pozostaje w zgodzie z trendem międzynarodowym, a bieżący wskaźnik to około 6,6%.

(akta kontroli str. 619, 622, 982-983)

Spośród objętych analizą NIK dokumentacji 30 pacjentek, w stosunku do czterech z nich zastosowano amniotomię, w sześciu przypadkach dokonano indukcji porodu, dziewięciu podano opioidy, zaś siedmiu analgezję regionalną (tj. znieczulenie zewnątrzoponowe)¹¹ i jedno znieczulenie ogólne z powodu wykonania cięcia cesarskiego¹².

(akta kontroli str. 525, 607)

Liczba pacjentek w ciąży hospitalizowanych na Pionie Położnictwa wyniosła 11 431 (3 968 w 2022 r., 3 113 w 2023 r., 2 753 w 2024 r. i 1 597 w I półroczu 2025 r.), m.in. z powodu cukrzycy ciążowej, nadciśnienia ciążowego, podejrzenia uszkodzenia lub nieprawidłowości płodu. W Szpitalu hospitalizowano łącznie 6 271 noworodków (2 145 w 2022 r., 1 657 w 2023 r., 1 562 w 2024 r., 907 w I półroczu 2025 r.).

(akta kontroli str. 623-624)

Szpital nie przedłożył do kontroli NIK zagregowanych danych dotyczących liczby wykonanych amniotomii, indukcji porodu, pacjentek z niepełnosprawnością, pacjentek Szpitala korzystających ze szkoły rodzenia.

Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że ww. dane są częściowo dostępne w dokumentacji medycznej pacjentek w formie opisowej. Niestety brak jest możliwości wygenerowania zbiorczych zestawień z systemu elektronicznego prowadzenia dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 159, 623-624)

3. W Szpitalu ustalono wewnętrzne zasady dotyczące sprawowania opieki okołoporodowej w formie zarządzenia nr 23/2023 z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie osób sprawujących opiekę w trakcie porodu (wcześniej nie uregulowano tego zagadnienia). W zarządzeniu określono m.in.: osoby sprawujące opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem, ich zadania oraz nadzór nad wykonywaniem przez nich obowiązków. Do zadań położnych należało m.in.: przyjęcie rodzącej do porodu, dokonywanie oceny jej stanu i prowadzenie psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenie dolegliwości, aktywizowanie rodzącej do czynnego udziału w porodzie. Zarządzenie było

¹¹ Dalej także „zop”.

¹² W przypadku pozostałych pacjentek w dokumentacji medycznej nie zanotowano zastosowania znieczulenia.

zgodne ze *Standardem opieki okołoporodowej*¹³. Spośród badanej próby 30 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa, 21 nie zostało zapoznanych przez Szpital ze *Standardem opieki okołoporodowej*.

(akta kontroli str. 7, 162, 166-176, 458, 1218)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że ww. pracownicy nie zostali przeszkoleni, ponieważ nie sprawują bezpośredniej opieki nad pacjentką rodzącą, lecz w Pionie Położnictwa na ginekologii onkologicznej, w poradniach przyklinicznych i na oddziale poporodowym.

(akta kontroli str. 1241)

4. W Szpitalu nie określono wskaźników opieki okołoporodowej, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 380, 458)

5. Tryb postępowania w zakresie łagodzenia bólu porodowego został opracowany przez lekarza położnika w Klinice Położnictwa 1 stycznia 2022 r. w celu określenia jednolitego, prawidłowego sposobu postępowania. W dokumencie pt. *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego* wskazano dostępne metody łagodzenia bólu: nefarmakologiczne (np. masaż relaksacyjny, imersja wodna, aromaterapia), farmakologiczne (np. analgezja wziewna, opioidy, analgezja regionalna) oraz określono wymogi nadzoru i monitorowania stosowania farmakologicznych metod leczenia bólu. Analgezja regionalna uzależniona została od dostępności zespołu anestezyjologicznego. Dokument nie został zatwierdzony przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Ustalono, że 92 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa, a także pracownicy Kliniki Neonatologii oraz oddziałów anestezyjologii i intensywnej terapii nie zostali zapoznani z *Postępowaniem medycznym w łagodzeniu bólu porodowego*, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 195-203, 380, 459, 497-499, 1216, 1219-1228)

W Szpitalu dokonano trzech znieczuleń zewnątrzoponowych w 2023 r. (na 716 porodów naturalnych, tj. 0,4%), 22 w 2024 r. (na 720 porodów naturalnych, tj. 3,1%) i 20 w I półroczu 2025 r. (na 496 porodów naturalnych, tj. 4%), co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Ponadto Szpital nie przedłożył do kontroli zagregowanych danych dotyczących liczby znieczuleń porodu z zastosowaniem analgezji wziewnej, opioidów, a także znieczuleń zewnątrzoponowych za 2022 r. Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że ww. dane są częściowo dostępne w dokumentacji medycznej pacjentek w formie opisowej. Niestety brak jest możliwości wygenerowania zbiorczych zestawień z systemu elektronicznego prowadzenia dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 154, 159, 622-624, 627, 1084)

¹³ Określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324), dalej: „rozporządzenie w sprawie standardu opieki okołoporodowej”.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że lekarz anestezjolog może prowadzić maksymalnie trzy porody jednocześnie (jeżeli uzna to za bezpieczne) przy dostępności pielęgniarki anestezjologicznej/położnej anestezjologicznej na każdą pacjentkę.

(akta kontroli str. 380-381, 459, 995)

6. Personel zatrudniony w Klinice Położnictwa i w Klinice Neonatologii był zatrudniony na podstawie umów o pracę, kontraktów, umów o szkolenie specjalizacyjne oraz umów zlecenia i spełniał warunki co do liczby i wykształcenia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁴.

(akta kontroli str. 1113-1176, 1177-1178)

Analiza próby 30 osób z wykazu personelu medycznego, udzielającego w miesiącach lutym i sierpniu w latach 2022-2024 świadczeń w Klinice Położnictwa i w Klinice Neonatologii oraz analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek Kliniki Położnictwa w latach 2022-2024 pod kątem personelu udzielającego im świadczeń wykazała, że Szpital nierzetelnie sporządził załącznik do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”) dotyczący wykazu personelu, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 630-885)

Badanie czasu pracy 20 lekarzy¹⁵, udzielających świadczeń w latach 2022-2024 na podstawie umów o pracę (5 osób), umów cywilnoprawnych (10 osób) oraz łączących zatrudnienie na podstawie stosunku pracy z umowami cywilnoprawnymi (5 osób), wykazało, że w miesiącach luty i sierpień lat 2022-2024 dziewięciu lekarzy (tj. 45%) pełniło dyżury trwające ponad 24 godziny. Powyższe szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 886-973)

Dyrektor określił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych¹⁶ w Pionie Położnictwa i Patologii Cięży oraz w Klinice Neonatologii, zgodnie z wymogami art. 50 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁷, tj. m.in. po zasięgnięciu opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych. Ustalone normy były przestrzegane.

(akta kontroli str. 365-375, 1238-1240)

Opiekę psychologiczną nad pacjentkami i rodzinami pacjentek Kliniki Położnictwa oraz Kliniki Neonatologii sprawowali psycholodzy zatrudnieni w Szpitalu¹⁸. Ponadto w Klinice Położnictwa zatrudniono psychologa (w trakcie

¹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach”.

¹⁵ 10 pracujących w Klinice Położnictwa oraz 10 pracujących w Klinice Neonatologii.

¹⁶ Dalej: „normy zatrudnienia”.

¹⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

¹⁸ Ośmiu w 2022 r., dziewięciu w 2023 r., dwunastu w latach 2024 r. - 2025 r. (I półrocze). Dziewięć osób było zatrudnionych na cały etat, jedna osoba na 9/10 etatu, a trzy osoby (pełniące dyżury nocne) na umowy cywilnoprawne. Cztery osoby posiadały specjalizację z psychologii klinicznej (w tym jedna zdała egzamin końcowy w 2024 r.), dwie oczekiwały na egzamin kończący specjalizację.

specjalizacji) w wymiarze jednego etatu, a w Klinice Neonatologii w wymiarze od jednego do dwóch etatów (jeden psycholog kliniczny, a drugi w trakcie specjalizacji). Pomoc psychologiczna była świadczona przez całą dobę¹⁹. Pacjenci mogli kontynuować konsultacje psychologiczne w ramach skierowania do Poradni Psychologicznej działającej przy Szpitalu²⁰. Pomoc psychologiczna była udzielana personelowi medycznemu doraźnie w razie potrzeby oraz w Poradni Psychologicznej.

(akta kontroli str. 974-975,1247-1248)

Spośród personelu sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem w okresie laktacji, 28 osób ukończyło specjalistyczne kursy dotyczące laktacji²¹. Dwie osoby legitymowały się ważnym tytułem Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego nadanym przez Centrum Nauki o Laktacji.

(akta kontroli str. 976-978)

7. Szkolenia personelu dotyczące standardu opieki okołoporodowej przeprowadzono w 2019 r. (27 pielęgniarek i położnych), 2021 r. (28 pielęgniarek i położnych) i 2023 r. (28 pielęgniarek i położnych). Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że szkolenia objęły wszystkich lekarzy, pielęgniarki oraz położne z Kliniki Neonatologii²².

Ponadto przeprowadzano szkolenia dotyczące m.in. zasad szczepień, leczenia bólu, leczenia żywieniowego, postępowania z bardzo niedojrzałym noworodkiem, wykonywania przesiewowego testu pulsoksymetrycznego, wspierania rozwoju wcześniaka podczas hospitalizacji, postępowania w przypadku niedokrwistości wcześniaków, wrodzonych zakażeń wirusem cytomegalii, edukacji matki po porodzie w zakresie karmienia naturalnego, metod oceny bólu u noworodka, wskazań i rekomendacji do oceny dobrostanu płodu, profilaktyki konfliktu serologicznego, zasad podawania leków przez położną, postępowania w ciążach powikłanych przedwczesnym odpływem płynu owodniowego, postępowania w przypadku stwierdzenia niewydolności cieśniowo-szyjkowej w trakcie ciąży, standardu opieki nad położnicą po porodzie martwego dziecka, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii (zewnętrzne).

(akta kontroli str. 170-176, 205-240, 516-524, 984-985,
1216, 1241, 1243-1245)

W latach 2022-2025 (I półrocze) łączna kwota poniesionych wydatków na szkolenia personelu medycznego wyniosła 1 104,7 tys. zł, w tym personelu Kliniki Położnictwa 27,1 tys. zł i personelu Kliniki Neonatologii 37,2 tys. zł. Szpital nie dysponuje danymi na temat kwot wydatków na szkolenia związane ze standardem opieki okołoporodowej.

¹⁹ W godzinach 7.00-14.35 w ramach podstawowego czasu pracy, w godzinach 14.35-20.00 w ramach dyżurów popołudniowych, w godzinach 20.00-7.00 w ramach dyżuru nocnego oraz w godzinach 7.00-20.00 w ramach dyżurów weekendowych i/lub świątecznych.

²⁰ Gdzie świadczeń udzielało łącznie 11 psychologów.

²¹ W tym 25 osób kurs specjalistyczny pn. „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”, trzy osoby kurs dokształcający pn. „Doradca laktacyjny”.

²² Nie przedłożono NIK dokumentacji poświadczającej przeszkolenie całego personelu medycznego.

(akta kontroli str. 515)

8. W Szpitalu opracowano procedury uczestniczenia osób bliskich lub przedstawicieli ustawowych pacjenta w procesie opieki określonej w art. 35 ust. 1-2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²³. Szpital nie uzyskał przychodów z tego tytułu. Nie pobierano dodatkowych opłat w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, w szczególności związanych z porodami rodzinnymi, dodatkową opieką położnej, pobytem w jednoosobowej sali, pobytem członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce).

(akta kontroli str. 8, 160, 243-247, 331, 380, 459, 1026-1038)

Dyrektor wyjaśniła m.in., że Szpital nie rekomenduje personelowi własnemu świadczenia tego typu opieki jako odpłatnej z uwagi na wątpliwości związane z etyką zawodową oraz często płynną granicą między zdefiniowaniem konkretnej czynności jako pielęgnacyjnej lub świadczenie medyczne.

(akta kontroli str. 997-998)

9. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu Konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii²⁴ przeprowadził dwie kontrole (wizytacje) dotyczące sprawowania opieki okołoporodowej:²⁵
- a) 18 września 2024 r., która wykazała m.in.: zbyt częste kierowanie do porodów operacyjnych, brak stosowania kalkulatorów oceniających ryzyko i szanse na poród naturalny, brak dokonywania stratyfikacji powodzenia porodu naturalnego i operacyjnego, stosowanie opioidów w pompie dożylniej zamiast znieczulenia zewnątrzoponowego, brak udokumentowanych wskazań do nacięcia krocza.
- W następstwie wizytacji wprowadzono m.in. następujące zmiany: wdrożono kalkulator oceniający ryzyko i szanse na poród naturalny po cięciu cesarskim przebyłym w przeszłości, informowanie pacjentek o odległych następstwach cięcia cesarskiego.
- b) 4 kwietnia 2025 r. w Klinice Położnictwa zakończy się przedstawieniem wyników do końca 2025 r. Wyniki nie zostały jeszcze przekazane Szpitalowi.

(akta kontroli str. 160, 179-185, 187-194, 248-253, 620)

10. Szpital dysponował sprzętem określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach oraz w umowie z NFZ. Klinika Położnictwa była wyposażona w sprzęt²⁶ dostosowany do osób ze szczególnymi potrzebami (tj. z niepełnosprawnością, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30). Pacjentkom zapewniono poczucie intymności i godności²⁷.

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 581, dalej: „ustawa o prawach pacjenta.”

²⁴ Dalej: „Konsultant”.

²⁵ Szpital nie był poddany kontrolom dotyczącym opieki okołoporodowej przez inne podmioty.

²⁶ Tj. fotele ginekologiczne, łóżka, rolki, wózki leżące - transportowe, stoły operacyjne na sali do cięć cesarskich.

²⁷ Łóżka w pokojach łóżkowych wyposażono w rozsuwalne parawany (zasłony), okna w pokojach i gabinetach diagnostycznych posiadały rolety, ułożenie foteli ginekologicznych zapewniało badanej pacjentce intymność.

(akta kontroli str. 332-343, 358-364, 386-410, 1179-1196)

Osiem z 15 sprzętów wykorzystywanych do realizacji świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej w Klinice Położnictwa i w Klinice Neonatologii było poddawanych wymaganym przeglądom okresowym, co potwierdzały odpowiednie wpisy w dokumentacji. W przypadku siedmiu spośród objętych badaniem sprzętów i aparatury medycznej (tj. 46,7%) przeglądy były dokonane od jednego do 54 dni po terminie, jednak odnośnie pięciu z nich opóźnienie nie wynikało z przyczyn leżących po stronie Szpitala.²⁸ Pozostałe dwa przypadki opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 411-454, 1249-1271)

11. Szpital zapewniał badania oraz dostęp do badań i procedur medycznych dotyczących opieki okołoporodowej wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, w tym m.in. komputerową analizę KTG (kompleksowy system nadzoru okołoporodowego), badania laboratoryjne, gazometrię krwi pępowinowej, diagnostykę prenatalną, a także dostęp do badań cytogenetycznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu i fetoskopii.

(akta kontroli str. 158, 332-343)

12. Pomieszczenia i urządzenia Kliniki Położnictwa oraz Kliniki Neonatologii były zlokalizowane w samodzielnym budynku. W wyniku oględzin stwierdzono, że pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi wyposażone były zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁹.

Zespół porodowy składał się z pięciu sal porodowych jednostanowiskowych przeznaczonych do porodów rodzinnych oraz dwóch sal operacyjnych dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim. Sale porodowe wyposażono w układy do wspomagania oddychania (resuscytatory). W zespole znajdowało się pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej.

Oględziny siedmiu pokoi łóżkowych w Klinice Położnictwa (tj. 47% wszystkich pokoi) wykazały, że były one prowadzone w systemie „matka z dzieckiem” (rooming-in). Łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Pokoje zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Miały one dostęp do węzłów sanitarnych (WC i prysznicza przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych) bezpośrednio lub z wejściem od korytarza. Wyodrębniono pokoje dla pacjentek, które nie mogły przebywać razem z dzieckiem³⁰. Matkom, których dzieci pozostawały na Intensywnej Terapii Noworodka umożliwiono pobyt przy dziecku. Ponadto

²⁸ Konieczność dokonania przeglądów była zgłaszana do serwisów przed upływem terminu na dokonanie przeglądów.

²⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń”, tj. m.in. dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

³⁰ Np. mamy wcześniaków i noworodków przebywających na Intensywnej Terapii Noworodka.

zapewniono pomieszczenie do odpoczynku dla rodziców odwiedzających noworodki. Pacjentki po poronieniu lub po urodzeniu martwego dziecka przebywały w Pionie Ginekologii w odrębnej części Szpitala, co szerzej opisano w obszarze II wystąpienia.

Z badanej próby siedmiu pokoi w Klinice Położnictwa, czterech z nich (57%) nie wyposażono w przewijaki dla noworodków i urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację, a jeden z nich przeznaczony był dla trzech matek i trzech noworodków, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W Szpitalu zorganizowano Położniczy Punkt Przyjęć i Konsultacji, w skład którego wchodziły m.in.: punkt rejestracji pacjentek i poczekalnia, pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjentki do Szpitala.

(akta kontroli str. 334-343, 358-364)

13. W okresie 2022-2025 (I półrocze) preparaty do początkowego żywienia niemowląt były kupowane przez Szpital. Dyrektor wyjaśnił m.in., że preparaty do początkowego żywienia niemowląt były nabywane w ramach standardowej procedury zakupowej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi regulacjami.

Matki zachęcano do karmienia piersią: powadzono edukację³¹ na temat laktacji oraz korzyści i metod karmienia piersią oraz mlekiem matki.

W sytuacjach uzasadnionych medycznie lub na wyraźne życzenie matki, noworodki były karmione preparatami do początkowego żywienia niemowląt. Decyzja o wprowadzeniu mleka modyfikowanego poprzedzana była konsultacją z lekarzem neonatologiem oraz odnotowywana w dokumentacji medycznej dziecka. Matkom umożliwiono wybór preparatu do początkowego karmienia niemowląt, bez rekomendowania konkretnej marki. Preparaty podawano w butelkach bez oznaczeń nazw handlowych producenta³².

W pomieszczeniach Szpitala nie zostały umieszczone plakaty, broszury i inne materiały reklamowe i promocyjne wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt lub przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

Tzw. pudełka wyprawkowe, które pacjentki otrzymywały przy wypisie ze Szpitala, nie zawierały próbek mleka modyfikowanego oraz produktów, które nie sprzyjają naturalnemu karmieniu (np. smoczków, butelek).

(akta kontroli str. 344, 350, 354-357, 532)

W okresie 2022-2025 (I półrocze) Szpital zakupił łącznie 80 520 szt. preparatów do początkowego żywienia niemowląt siedmiu marek za łączną kwotę 1,5 tys. zł. Koszty i liczebność zakupionych preparatów wyniosły: w 2022 r. – 23 280 szt. za 0,5 tys., w 2023 r. – 17 840 szt. za 0,3 tys. zł, w 2024 r. – 16 880 szt. za 0,3 tys. zł, w 2025 r. – 22 520 szt. za 0,3 tys. zł.

³¹ W formie m.in.: edukacji przedporodowej w prowadzonej przez Szpital szkole rodzenia, indywidualnego instruktażu, wsparcia doradcy laktacyjnego, rozmów personelu z matkami.

³² Etykiety z nazwą handlową producenta na oryginalnych butelkach były odklejane lub zaklejane matową taśmą, albo gotowy do spożycia preparat był przelewany do przezroczystej butelki bez oznaczeń.

(akta kontroli str. 344-353)

14. W związku z funkcjonowaniem Kliniki Położnictwa i Kliniki Neonatologii Szpital poniósł koszty w wysokości: 52 405,8 tys. zł w 2022 r., 61 718,0 tys. zł w 2023 r., 72 148,0 tys. zł w 2024 r., 38 057,5 tys. zł w I półroczu 2025 r. Szpital nie pobierał dodatkowych opłat za sprawowanie opieki okołoporodowej³³, zaś największą część kosztów stanowiły wynagrodzenia. Przychody Szpitala z NFZ na tę działalność pokrywały odpowiednio: 93,2% kosztów w 2022 r. (48 835,8 tys. zł), 96,5% kosztów w 2023 r. (59 536,5 tys. zł), 87,0% kosztów w 2024 r. (62 759,0 tys. zł) oraz 80,1% kosztów w I półroczu 2025 r. (30 784,7 tys. zł).

(akta kontroli str. 331)

Od 1 grudnia 2020 r. w Klinice Położnictwa funkcjonowała szkoła rodzenia przygotowująca kobiety ciężarne oraz ich osoby towarzyszące do porodu, położu i sprawowania opieki nad noworodkiem. Zajęcia były prowadzone przez położne, lekarzy, fizjoterapeutów i psychologów w formie spotkań teoretycznych i praktycznych. Tematyka spotkań obejmowała m.in. omówienie faz porodów, metod łagodzenia bólu porodowego, pielęgnacji noworodka (kąpiel, przewijanie, ubieranie), laktacji i karmienia piersią. Udział w zajęciach był bezpłatny, a Szpital nie miał przychodów z tego tytułu. W latach 2022-2023 zajęcia odbywały się w formie on-line. Maksymalna liczebność uczestników w grupie wynosiła po około 100 w latach 2022-2023³⁴ i po 25 w latach 2024-2025 (I półrocze). Łącznie ze szkoły rodzenia skorzystało: 470 matek (100 w 2022 r., 80 w 2023 r., po 145 w 2024 i w I półroczu 2025 r.).

(akta kontroli str. 163-164, 623)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że szkoła rodzenia nie obejmowała dietetyka, ponieważ koncentruje się przede wszystkim na przygotowaniu kobiet i ich partnerów do porodu, zaś dietetyk nie jest uznawany za obowiązkowy element kadry, ponieważ wiedza żywieniowa w ciąży bywa częściowo omawiana przez położne lub lekarzy w ramach ogólnych zaleceń.

(akta kontroli str. 626)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu częściowo nierzetelnie opracowano wewnętrzną procedurę opieki porodowej, ponieważ w zarządzeniu nr 23/2023 z dnia 27 marca 2023 r. *w sprawie osób sprawujących opiekę w trakcie porodu* nie wskazano osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentkami w II oraz III fazie porodu. Ponadto do 27 marca 2023 r. nie opracowano żadnych wewnętrznych zasad sprawowania opieki.

(akta kontroli str. 166-167, 380, 458)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił, że zarządzenie zostanie zaktualizowane.

³³ W szczególności związanych z porodami rodzinnymi, dodatkową opieką położnej, pobytem w jednoosobowej sali, pobytem członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce.

³⁴ Zajęcia odbywały się w trybie online.

(akta kontroli str. 380, 458)

2. W Szpitalu nie określono wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie części I ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 380, 458)

Dyrektor wyjaśniła m.in, że Szpital prowadzi analizę istotnych wskaźników okołoporodowych w ramach analizy perinatalnej regularnie raz w roku, a w okresie od października 2024 r. w systemie comiesięcznym. Analizy te obejmują m.in. częstość interwencji zabiegowych w przebiegu porodu oraz wybrane wskaźniki jakości i bezpieczeństwa opieki. Szpital prowadzi monitorowanie satysfakcji kobiet objętych opieką monitorując najważniejsze internetowe niezależne rankingi jakości świadczeń. Jeśli chodzi o określenie wartości świadczącej o satysfakcjonującym poziomie wskaźników opieki okołoporodowej, w Szpitalu nie opracowano sztywnych norm, co wiąże się głównie z brakiem jednolitych, ogólnokrajowych wytycznych.

(akta kontroli str. 380, 458, 991, 993-994, 1000-1003)

NIK zauważa, że wskaźniki opieki okołoporodowej powinny zostać opracowane, ponieważ bez nich niemożliwe jest dokonywanie przez Szpital rzetelnej, systematycznej oceny stanu opieki okołoporodowej. Sposób realizacji oraz dokumentowanie tych działań powinien określać regulamin organizacyjny³⁵. Przedstawione przez Dyrektora Szpitala dokumenty nie wskazują na opracowanie spójnego zbioru wskaźników, ze wskazaniem zakresu, sposobu i częstotliwości monitorowania, wartości docelowych oraz kryteriów oceniania postępów w osiągnięciu założonych celów. Wskaźniki powinny zostać opracowane na podstawie najlepszej aktualnej wiedzy medycznej z uwzględnieniem specyfiki działania Szpitala.

(akta kontroli str. 620, 1000-1003)

3. W Szpitalu nierzetelnie odniesiono się do wniosków wynikających z wizytacji Konsultanta, ponieważ:
 - a) nie zapewniono odpowiedniego dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego: dokonano jedynie trzech znieczuleń zewnątrzoponowych w 2023 r. (na 716 porodów naturalnych, tj. 0,4%)³⁶, 22 w 2024 r. (na 720 porodów naturalnych, tj. 3,1%) i 20 w I półroczu 2025 r. (na 496 porodów naturalnych, tj. 4%).

(akta kontroli str. 159, 192, 460, 620, 624, 994-997, 1084)

Dyrektor wyjaśniła m.in., że stosunkowo niewielka liczba zop wynikała przede wszystkim z czynników organizacyjnych (możliwość zgłoszenia zapotrzebowania w ciągu dnia była uwarunkowana dostępnością anestezjologa), ograniczonego zapotrzebowania ze strony pacjentek (większość rodzących nie zgłaszała

³⁵ Część I ust. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

³⁶ Do 30 września 2023 r. nie było dostępu do zop. W dokumencie ISO „Rekomendacje postępowania okołoporodowego w zakresie znieczulenia” Zarządzenie Kliniką Położnictwa, stanowiącym schemat postępowania okołoporodowej opieki okołoperacyjnej w zakresie znieczulenia do porodu, w pkt. 2 napisano o braku możliwości prowadzenia porodu w znieczuleniu zewnątrzoponowym oraz kontynuacji tego znieczulenia w okresie poporodowym.

potrzeby znieczulenia zewnątrzoponowego), uwarunkowań medycznych pacjentek. Szpital systematycznie dąży do zwiększania zop z każdym miesiącem i ilość znieczuleń w II półroczu 2025 r. powinna trzykrotnie wzrosnąć.

(akta kontroli str. 159, 984)

NIK zauważa, że odsetek znieczulenia zewnątrzoponowego poniżej 10% jest rażąco niski i nie zapewnia pacjentkom ani personelowi realnej możliwości efektywnej kontroli i znoszenia bólu porodowego. Niezgłaszanie potrzeb ze strony pacjentek na zop nie musi oznaczać braku takiego zapotrzebowania, i w związku z tym możliwość uzyskania takiego świadczenia medycznego powinna być przez Szpital każdorazowo przedstawiana pacjentce, zaś odmowa odnotowywana. Natomiast zaplanowany na II połowę 2025 r. trzykrotny wzrost liczby udzielanych zop (tj. do około 12%) jest wciąż niewystarczający.

(akta kontroli str. 620)

- b) nie opracowano dokumentacji dotyczącej oceny bólu okołoporodowego. Nie opracowano też programu umożliwiającego skorzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego, pomimo takiej deklaracji złożonej Konsultantowi. W szczególności, nie uregulowano procedury informowania pacjentek o możliwości wybrania ośrodka z całodobowym dostępem do znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie, gdy mogłyby samodzielnie bezpiecznie zmienić placówkę medyczną.

(akta kontroli str. 184, 192, 195-203, 380, 458, 460-514, 620, 1004-1025, 1043, 1078-1083)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że leczenie bólu okołoporodowego odbywa się zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej. Został on opracowany przed wizytacją Konsultanta, ale został utrzymany.

(akta kontroli str. 380, 458-459, 991, 996, 1043)

NIK zauważa, że przedłożone przez Szpital standardy dotyczące znieczulenia zewnątrzoponowego zostały opracowane przed wizytacją Konsultanta. Natomiast opracowanie z 2016 r. nie odnosi się do oceniania bólu okołoporodowego. Brak wprowadzenia przez Szpital dokumentacji dotyczącej oceny bólu okołoporodowego stanowi zaniedbanie organizacyjne. Taka dokumentacja powinna zawierać skalę oceny bólu oraz zasady jego monitorowania w sposób ciągły, w zależności od sytuacji klinicznej pacjentki. Ponadto każda pacjentka powinna być informowana o wyłączeniach z możliwości zastosowania przez Szpital określonych procedur medycznych (w tym znieczulenia zewnątrzoponowego) w czasie, gdy mogłyby samodzielnie bezpiecznie zmienić placówkę medyczną.

(akta kontroli str. 184, 460-514, 620, 1004-1025, 1043, 1078-1083)

4. Czterech z siedmiu objętych badaniem NIK pokoi łóżkowych w Klinice Położnictwa nie wyposażono w przewijaki dla noworodków i urządzenia umożliwiające ich mycie oraz pielęgnację, zaś jeden pokój został przeznaczony dla trzech matek i trzech noworodków. Było to niezgodne z częścią III ust. 1 pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

(akta kontroli str. 334, 336, 342)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że obecna infrastruktura Pionu Położniczego, w tym Oddziału Położnictwa jest w trakcie gruntownej modernizacji. W okresie przejściowym wykorzystuje się dostępne pomieszczenia m.in. po byłym Oddziale Patologii Ciąży do zapewnienia odpowiednich warunków pacjentkom w okresie okołoporodowym. W przypadkach okresowego zwiększenia liczby porodów tymczasowo stosuje się trzecie łóżka na salach, co ma charakter przejściowy i nie stanowi standardowego rozwiązania.

(akta kontroli str. 154, 157, 618)

5. Dokument pt. *Postępowanie medyczne w zakresie łagodzenia bólu porodowego* z 1 stycznia 2022 r. nie został zatwierdzony przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁷, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępcę do spraw medycznych³⁸, wobec czego nie można uznać, że został zaakceptowany zgodnie z obowiązkiem określonym w części VII ust. 5 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 14-19, 195-203, 455-457, 994)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił, że dokument był stworzony na potrzeby wewnętrzne i zostanie usankcjonowany.

(akta kontroli str. 380, 459)

6. Ustalono, że 92 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa, a także pracownicy Kliniki Neonatologii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii nie zostali zapoznani z *Postępowaniem medycznym w łagodzeniu bólu porodowego*, co stanowiło naruszenie części VII ust. 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 195-203, 380, 459, 497-499, 1216, 1219-1228)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że ww. pracownicy Kliniki Położnictwa nie pracują bezpośrednio z salą porodową, pracownicy Kliniki Neonatologii nie opiekują się pacjentkami podczas porodu, natomiast lekarze i pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii mają łagodzenie bólu porodowego w zakresie umiejętności wynikających z ich specjalizacji.

(akta kontroli str. 1241)

NIK zauważa, że zgodnie z częścią VII ust. 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie 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.

³⁷ Od 29 grudnia 2022 r. obecna Dyrektor Szpitala jest lekarzem medycyny.

³⁸ Do 28 grudnia 2022 r. poprzednia Dyrektor nie była lekarzem medycyny.

7. W Szpitalu nierzetelnie wypełniano obowiązek bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym określony w § 2 ust. 9 umów z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³⁹, ponieważ:
- a) nieterminowo zgłaszano do NFZ zmiany w wykazie personelu medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. W odniesieniu do wszystkich 17 badanych pracowników (nowozatrudnionych albo z którymi zakończono współpracę w latach 2022-2024), Szpital zgłaszał zmiany w harmonogramie po upływie terminu wynikającego z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰. Stanowiło to naruszenie § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Przekroczenia terminu wyniosły od dziewięciu do 73 dni;
 - b) wykazano dwie osoby jako zatrudnione w Klinice Położnictwa, mimo że faktycznie zatrudnione one były w innych komórkach organizacyjnych Szpitala;
 - c) nie wykazano dwóch pracowników Kliniki Położnictwa udzielających świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 1089-1111, 1197-1215)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że zmiany dotyczące personelu zatrudnionego na przełomie roku (przy nowych aneksach do umów na kolejny rok) możliwe są do wprowadzenia do przyszłego aneksu do umowy po zacytaniu aneksu przez płatnika w systemie SZOI, co w praktyce ma miejsce zazwyczaj w kolejnych dniach roboczych nowego roku. Aktualizacje dotyczące personelu medycznego (dodanie lub usunięcie pracownika) są przekazywane do NFZ zbiorczo, raz w miesiącu z powodów organizacyjnych. Dyrektor wskazał, że 22 września 2025 r. odbyło się spotkanie organizacyjne, którego celem było usprawnienie działań związanych ze zgłaszaniem i aktualizacją danych personelu medycznego. Wdrożone zostały nowe procedury mające na celu zwiększenie efektywności, terminowości oraz przejrzystości raportowania do NFZ.

(akta kontroli str. 1091)

W odniesieniu do błędnego wykazania pracowników lub ich niewykazania Dyrektor Szpitala oraz Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnili, że powyższe nieprawidłowości wyniknęły z omyłek.

(akta kontroli str. 551-552, 632, 812)

8. Szpital niewłaściwie organizował pracę lekarzy skutkującą tym, że 142 dyżury lekarskie⁴¹ pełnione w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024 trwały nieprzerwanie ponad 24 godziny, w tym 29 dyżurów trwało powyżej 27 godzin bez przerwy, a trzy najdłuższe dyżury od 32 do 33 godzin.

(akta kontroli str. 886-973)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że incydentalne przypadki przekroczeń czasu pracy o więcej niż 2-3 godziny wynikały najczęściej z nagłych i nieprzewidzianych

³⁹ Umowa nr 02-00-03633-17-36/ 17-21/B0002/PSZ z 29 września 2017 r. ze zmianami oraz umowa nr 020003633230001/2023/B0002/PSZ z 30 grudnia 2022 r. ze zmianami.

⁴⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm., dalej „rozporządzenie w sprawie OWU”.

⁴¹ Spośród badanych przez NIK 20 lekarzy pełniących dyżury w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024.

absencji personelu medycznego. W takich sytuacjach nadrzędnym celem było zagwarantowanie ciągłości opieki oraz bezpieczeństwo pacjentek. Dyrektor podkreśliła, że specyfika pracy w Klinice Neonatologii wymaga m.in. ciągłości, wieloetapowej diagnostyki i terapii oraz pracy w zespole interdyscyplinarnym, co powoduje, iż po zakończeniu zasadniczej części dyżuru, w trakcie której udzielane są świadczenia zdrowotne, lekarze pozostają często na oddziale w celu: udziału w raporcie lekarskim, omówienia przypadków klinicznych w zespołach wielospecjalistycznych, odbycia szkoleń wewnętrznych, odbycia rozmów z rodzicami pacjentów. W tym czasie lekarze nie udzielają świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 986-990)

Zdaniem NIK organizacja pracy personelu medycznego przyzwalająca na wykonywanie pracy przez ponad 24 godziny budzi uzasadnione wątpliwości co do jakości usług i może powodować wzrost ryzyka braku należytego udzielenia świadczeń.

(akta kontroli str. 621)

9. Szpital nie zapewnił terminowych przeglądów dwóch spośród objętych badaniem 15 sprzętów i aparatury medycznej (tj. 13,3%). W przypadku jednego sprzętu⁴² w żadnym roku (tj. w latach 2022-2025 – I półrocze) nie dochowano terminu przeglądu. Drugi sprzęt⁴³ nie miał wykonanego przeglądu w roku 2022, a w roku 2025 przeglądu dokonano 40 dni po terminie.

(akta kontroli str. 411-426, 1249)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że wszystkie przeglądy okresowe aparatury medycznej i wyposażenia są prowadzone zgodnie z procedurami oraz w ramach obowiązków Pionu Technicznego, cyklicznie, zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Kierownika Technicznego. Ewentualne opóźnienia mogły wynikać z przyczyn niezależnych (np. dostępność wolnych terminów serwisu, awarie, oczekiwanie na części zamienne), ale nie miały wpływu na ciągłość udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 157)

NIK zauważa, że Szpital zgłosił konieczność dokonania przeglądów do serwisantów już po upływie terminów tych przeglądów.

(akta kontroli str.1249-1258)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia, że Szpital nie zapewnił optymalnych warunków świadczenia opieki okołoporodowej. Wskazuje na to przede wszystkim niewielki dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego, brak dokumentacji dotyczącej oceny bólu okołoporodowego oraz usystematyzowanych wskaźników opieki okołoporodowej. Choć NIK zauważa pozytywne zmiany w I półroczu 2025 r. w porównaniu z latami 2022-2024, to wciąż są niedostateczne (np. znieczulenie zewnątrzoponowe podano jedynie 4% pacjentek). Ponadto, w ocenie NIK, dopuszczanie przez Szpital do przekraczania przez lekarzy świadczenia pracy ponad 24 godziny podnosi ryzyko popełnienia błędów lekarskich. Szpital nie zapewnił też terminowych przeglądów dwóch spośród objętych badaniem 15

⁴² Aparat USG.

⁴³ Aparat USG

sprzętów i aparatury medycznej oraz nie zapoznał 92 pracowników medycznych Kliniki Położnictwa, a także pracowników medycznych Kliniki Neonatologii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, z postępowaniem medycznym w łagodzeniu bólu porodowego.

OBSZAR 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego 10. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2022 - 2024⁴⁴ wykazała, że:

- przeprowadzono osiem porodów w drodze cięcia cesarskiego, 16 porodów siłami natury⁴⁵, sześć porodów indukowanych⁴⁶;
- podczas przyjęcia do Szpitala we wszystkich przypadkach weryfikowano grupę krwi pacjentki (w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego), zakażenie paciorkowcem grupy B (GBS), wykonywano badania na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV.

W Szpitalu opracowano wzór planu porodu zgodnie ze wzorem rekomendowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Plan umożliwił pacjentce świadome wyrażenie oczekiwań i preferencji związanych z przebiegiem porodu z poszanowaniem jej praw i zgodnie z aktualnymi standardami medycznymi.

Lekarz koordynująca sale porodowe wraz z położnictwem wyjaśniła m.in., że plan porodu udostępniany jest uczestniczkom szkoły rodzenia w trakcie zajęć przygotowawczych oraz każdej pacjentce w momencie przyjęcia do porodu⁴⁷. Dostępny jest w wersji papierowej w każdej sali porodowej, gdzie personel medyczny przypomina pacjentkom o możliwości jego wypełnienia i omówienia. Każda pacjentka przyjmowana do porodu pytana jest o jego posiadanie. W przypadku jego posiadania pacjentka omawia go z położną, natomiast w przypadku jego braku pacjentka ma możliwość wypełnienia planu w Szpitalu z pomocą położnej. Plan jest omawiany indywidualnie z uwzględnieniem stanu klinicznego i przebiegu porodu.

(akta kontroli str. 164-165, 550-554, 607-608, 1077)

11. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek⁴⁸, które urodziły dziecko w Szpitalu wykazała m.in., że:

- plan porodu znajdował się w dokumentacji jednej pacjentki, która urodziła w sposób naturalny⁴⁹;
- karty przyjęcia do Szpitala zawierały m.in.: zgodę na hospitalizację, oświadczenie o zapoznaniu z prawami pacjenta, upoważnienie do otrzymania informacji o udzielonych świadczeniach i stanie zdrowia lub w przypadku śmierci – do uzyskania na koszt wnioskodawcy wyciągu, odpisu bądź kopii dokumentacji medycznej;
- zabieg amniotomii był przeprowadzany u czterech pacjentek z powodu konieczności „kontynuacji indukcji porodu”, z czego w trzech przypadkach nie

⁴⁴ W Klinice Położnictwa.

⁴⁵ W tym osiem ze znieczuleniem farmakologicznym i osiem bez znieczulenia.

⁴⁶ W tym jeden ze znieczuleniem i pięć bez znieczulenia.

⁴⁷ Tj. pacjentkom, które nie uczestniczyły wcześniej w szkole rodzenia.

⁴⁸ W tym ośmiu pacjentek, których ciążę rozwiązano w drodze cięcia cesarskiego, które wyraziły zgodę na zabieg.

⁴⁹ Podczas porodu uwzględniono plan porodu.

- pozyskano zgody na przeprowadzenie zabiegu, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
- jedna spośród trzech pacjentek, u których przeprowadzono zabieg nacięcia krocza z powodu zagrożenia zamartwicą płodu, nie wyraziła pisemnej zgody na przeprowadzenie zabiegu, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
 - w dokumentacji nie odnotowano informacji o obecności osoby bliskiej przy pacjentce;
 - we wszystkich przypadkach dokonywano wkłucia do żyły obwodowej pacjentek celem pobrania krwi oraz podawania leków.

(akta kontroli str. 607-608)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że wszystkie sale porodowe w placówce są salami rodzinnymi. Od 2025 r. w dokumentacji elektronicznej została dodana informacja o towarzystwie osoby bliskiej, wskazując jednoznacznie kto był obecny z pacjentką. Dodatkowo w dostępnym dla pacjentki formularzu planu porodu znajduje się informacja z kim chciałaby pacjentka rodzić. Ponadto pacjentki przy przyjęciu do porodu są informowane o możliwości uczestnictwa osoby bliskiej przez położną/lekarza w formie ustnej. W okresie pandemii COVID-19 zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego prawo do obecności osoby bliskiej zostało czasowo ograniczone z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego. W tym czasie obecność osoby bliskiej była możliwa jedynie przy porodach fizjologicznych z zachowaniem reżimu sanitarnego.

(akta kontroli str. 550-554)

12. Z objętej badaniem dokumentacji 30 pacjentek wynikało, że:

- żadna z pacjentek rodzących w sposób naturalny nie otrzymała zop pomimo, że jedna z pacjentek miała wpisany zop w plan porodu⁵⁰;
- w przypadku ośmiu rodzących w drodze cięcia cesarskiego⁵¹ (26,6%) zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe; w przypadku jednej zastosowano znieczulenie ogólne;
- dziewięć pacjentek rodzących w sposób naturalny (30%) skorzystało ze znieczulenia farmakologicznego. Od pacjentek nie uzyskano pisemnej zgody na zastosowanie znieczulenia farmakologicznego, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W przypadku pozostałych 13 pacjentek (rodzących w sposób naturalny) w dokumentacji nie odnotowano zastosowania znieczulenia.

(akta kontroli: 607-608, 1234)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił, że brak znieczulenia pacjentek spowodowany był występowaniem przeciwwskazań medycznych⁵². W części przypadków poród przebiegał szybko i dynamicznie, co uniemożliwiało wdrożenie farmakologicznego znieczulenia. W dwóch przypadkach pacjentki nie wyraziły potrzeby znieczulenia farmakologicznego. Ponadto pacjentkom proponowano i stosowano niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu takie jak: techniki

⁵⁰ Pacjentka nie wyraziła chęci otrzymania zop podczas porodu.

⁵¹ Pacjentki wyraziły zgodę na zabieg cięcia cesarskiego.

⁵² Tj. choroby współistniejące, parametry krzepnięcia krwi, stan ogólny pacjentki.

oddechowe, pozycje wertykalne, masaż, immersja wodna. Wszystkie pacjentki były informowane o dostępnych metodach łagodzenia bólu porodowego.

(akta kontroli str. 550-551, 556-557, 615-617, 1242)

13. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek wykazała, że:

- we wszystkich przypadkach dokumentacja pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, poza przypadkami stwierdzonymi w punkcie drugim i trzecim wystąpienia pokontrolnego;
- do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji. W przypadku ośmiu pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego, załączano również karty przebiegu znieczulenia;
- 26 kart obserwacji porodu było zgodnych ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵³. W 22 przypadkach nie zawierały podpisu osoby kontrolującej poród, we wszystkich przypadkach nie odnotowywano informacji dotyczących poziomu nasilenia odczuwania bólu. Powyższe opisano szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
- przy dokonywaniu w dokumentacji wpisów dotyczących czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego, stosowano kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- dokumentacja medyczna pacjentek była chronologicznie uporządkowana i ponumerowana.

(akta kontroli str. 607-608, 612-614)

14. Analiza dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024 pod kątem zapewnienia nieprzerwanego kontaktu z matką „skóra do skóry”, trwającego co najmniej dwie godziny wykazała, że:

1) w odniesieniu do porodów naturalnych:

- w dwóch przypadkach w ogóle nie wystąpił ten kontakt⁵⁴;
- w jednym przypadku kontakt trwał mniej niż 2 godziny⁵⁵;

2) w odniesieniu do porodów w drodze cięcia:

- jednemu z nich nie zapewniono kontaktu „skóra do skóry”⁵⁶;

⁵³ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

⁵⁴ Wynikało z zagrożenia życia noworodków i przeniesienia ich na Oddział Intensywnej Opieki Noworodka.

⁵⁵ Spowodowany był złym samopoczuciem matki, odczuwanym przez nią bólem i dyskomfortem. Noworodka przekazano do kliniki Neonatologii.

⁵⁶ Brak kontaktu wynikał z zagrożenia życia noworodka i przeniesienia po porodzie na Oddział Intensywnej Opieki Noworodka.

- czas trwania kangurowania przez ojca w jednym przypadku wyniósł jedną godzinę⁵⁷, natomiast w drugim 2 godz. i 10 minut. Pozostałe sześć przez matki.

(akta kontroli str. 609-611)

15. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024 ustalono, że:

- w każdym przypadku dokonano oznakowania noworodka i jego oceny według skali Apgar;
- wobec wszystkich 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;
- podczas porodu w sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka. Obecność lekarza Oddziału Neonatologicznego była konieczna w przypadku ośmiu porodów⁵⁸;
- noworodkom wykonano: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu, badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi) oraz oceniono umiejętność ssania;
- we wszystkich przypadkach badanie kliniczne noworodka było przeprowadzone przez lekarza Kliniki Neonatologii w okresie 12 godzin od urodzenia. W dokumentacji medycznej nie odnotowywano informacji o obecności matki lub ojca podczas badania;
- wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”. Zgoda matki udzielana była w formie ustnej.

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że z przepisów rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej nie wynika obowiązek odnotowywania obecności matki lub ojca podczas badania klinicznego noworodka. Dodał, że badanie zawsze odbywa się w obecności matki lub ojca.

Ponadto dodał, że w sytuacji gdy noworodki, wcześniaki wymagają wdrożenia leczenia i interwencji medycznych na Intensywnej Terapii Noworodka matka zawsze otrzymuje pełną informację o wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych i procedurach medycznych, które są lub mogą być realizowane oraz podpisuje formularz zgody na leczenie i opiekę pielęgniarską, a tym samym na zabiegi pielęgnacyjne. Zgoda pisemna nie jest sformalizowana u noworodków zdrowych przebywających na sali z matką, aby ograniczyć zbędną ilość dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 551, 555, 609-611, 1232-1233, 1235-1236, 1242)

16. Kobiety, które urodziły dziecko w Szpitalu otrzymywały od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Przekazywano im również informacje o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia.

⁵⁷ Skrócony z uwagi na zły stan zdrowia noworodka.

⁵⁸ W drodze cięcia cesarskiego.

W Klinice Neonatologii zapewniono dostęp do laktatora i lodówki do przechowywania pokarmu.

Sztuczne mleko podawano: czworgu noworodkom, w tym dwojgu decyzją lekarza i dwojgu decyzją matki. W przypadku sześciu dokarmiano sztucznym mlekiem z uwagi na słabą laktację⁵⁹.

W Szpitalu nawiązano współpracę z bankiem mleka kobiecego. W badanym okresie obowiązywały dwie umowy⁶⁰ na udostępnienie pasteryzowanego mleka kobiecego z Banku Mleka Kobiecego zawarte z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu⁶¹. Przedmiotem umów było m.in. udostępnianie przez Szpital przebadanego pasteryzowanego mleka kobiecego od zdrowych honorowych dawczyń mleka ze zlokalizowanego w WSZZ w Toruniu Banku Mleka Kobiecego.

W badanej próbie stwierdzono jeden przypadek karmienia noworodka mlekiem z Banku Mleka Kobiecego.

(akta kontroli: 363, 529-533, 561-604, 609-611, 1275)

17. Badanie dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które w latach 2022 – 2024 doświadczyły sytuacji szczególnych⁶² wykazało, że zapewniono im:

- możliwość skorzystania z pomocy psychologa (w analizowanej próbie dziewięć pacjentek skorzystało z tej formy wsparcia);
- możliwość pobytu w części ginekologicznej Kliniki Położnictwa, w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko;
- możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem;
- informowano pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia⁶³, możliwości pochówku utraconego dziecka;
- we wszystkich przypadkach pacjentki były informowane o przysługującym im prawie do pochówku.

W Szpitalu obowiązywał formularz, który dotyczył: wydania karty statystycznej zgonu, wydania zwłok celem dokonania pochówku, wyrażenia zgody na dokonanie pochówku przez inne osoby, które się do tego pisemnie zobowiążą bądź przez gminę, wyrażenia zgody na przekazanie płodu do badań naukowych i celów dydaktycznych. W sytuacji gdyby matka zrzekła się powyższego prawa, wówczas organizację pochówku zlecano Miastu Bydgoszcz⁶⁴.

(akta kontroli: 1237, 1273-1274)

⁵⁹ Przed podaniem mleka modyfikowanego, we wszystkich przypadkach przeprowadzono diagnozę, zgodnie ze Standardem.

⁶⁰ Nr W.SZ.Z:NM-BMK-1/2020 z dnia 2 stycznia 2020 r. oraz umowa nr W.SZ.Z:NM-BMK-1/2023 z 29 grudnia 2022 r.

⁶¹ Dalej: WSZZ w Toruniu.

⁶² Tj. poroniły, urodziły dziecko martwe, niezdolne do życia, chore z wadami wrodzonymi albo u których w ciąży rozpoznano ciężką chorobę lub wadę dziecka.

⁶³ W siedmiu przypadkach wystawiono skierowanie o kontynuację pomocy psychologicznej dla pacjentek, w dwóch przypadkach informowano o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej w Poradni Zdrowia Psychicznego, w jednym przypadku w opinii Szpitala stan pacjentki nie wymagał dalszego wsparcia psychologicznego.

⁶⁴ W badanej próbie ośmioro dzieci zostało pochowanych przez rodziców.

18. W związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej Dyrektor oraz pracownicy Szpitala⁶⁵ wskazali najistotniejsze problemy, do których należały m.in.:

- a) niewystarczające finansowanie przez NFZ następujących zadań związanych z: utrzymaniem sprzętu, personelu 24/7 oraz kosztownymi procedurami medycznymi (np.: znieczulenie zewnątrzoponowe, operacje prenatalne), brakiem elastycznej wyceny zależnej od złożoności i stopnia skomplikowania przypadku medycznego, brakiem finansowania: opieki urofizjoterapeutycznej po porodach (drogami natury i cięciach cesarskich), opieki trudno gojących ran krocza po porodach pochwowych, zaplecza technicznego opieki okołoporodowej;
- problemy kadrowe związane z brakiem lekarzy anestezjologów;
- brak jasno określonych norm i zasad prowadzenia dokumentacji medycznej;
- konieczność wykonywania wielu zadań administracyjnych kosztem opieki bezpośredniej;
- niewystarczające finansowanie szkół rodzenia;
- brak spójnej polityki państwa dotyczącej promocji naturalnego porodu;
- brak zachęty finansowej dla Szpitali za utrzymanie optymalnego odsetka porodów naturalnych;
- brak bezpłatnych szkoleń personelu medycznego tj. lekarzy i położnych z nowoczesnych metod wsparcia w porodzie.

(akta kontroli: 536-549, 998-999)

W realizacji standardów opieki nad noworodkiem Pielęgniarka Koordynująca Kliniki Neonatologii wskazała m.in. na następujące problemy:

- obecnie obowiązujące normy personelu pielęgniarskiego nie uwzględniają w wystarczającym stopniu liczby oraz złożoności wykonywanych procedur do realiów Szpitala III stopnia referencyjnego;
- brak programowego wydłużenia czasu opieki nad noworodkiem w czasie jego hospitalizacji oraz po jego wypisie;
- potrzeba standaryzacji profilaktyki przedniego odcinka oka u noworodków.

(akta kontroli: 539-543)

Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że w Szpitalu w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej nie wystąpiły problemy dotyczące konieczności ponoszenia przez Szpital pełnej odpłatności za zakup szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla kobiet przebywających w Szpitalu z uwagi na zagrożenie ciąży pomiędzy 32. a 36. tygodniem. W badanym okresie Szpital nie poniósł z tego tytułu żadnych kosztów.

Jednocześnie wskazała na problem braku środków finansowych na wymianę łóżek szpitalnych i czas oczekiwania na uruchomienie środków z Funduszu Medycznego. Dodała, że Szpital zgłosił potrzebę wymiany 46 łóżek dla położnictwa⁶⁶, czterech dla traktu porodowego⁶⁷ oraz 22 dla ginekologii⁶⁸.

⁶⁵ Tj. Lekarz koordynująca salę porodową i położnictwo, Pielęgniarka koordynująca Oddział Noworodków, Oddziałowa Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, Położna Koordynująca Oddział Patologii Ciąży.

⁶⁶ Na kwotę 639,9 tys. zł.

⁶⁷ Na kwotę 55,6 tys. zł.

⁶⁸ Na kwotę 306,0 tys. zł.

łącznie Szpital zgłosił zapotrzebowanie na wymianę 187 łóżek⁶⁹ na kwotę 1 001, 5 tys. zł.

(akta kontroli: str. 999, 1041-1042, 1073-1076)

19. W okresie objętym kontrolą wpłynęło do Szpitala siedem skarg dotyczących świadczenia opieki okołoporodowej. Cztery zostały uznane za zasadne. Dotyczyły one: przebiegu porodu, w tym urazu nacięcia głowy dziecka (wyznaczono w trybie pilnym dodatkową wizytę lekarską), błędnie podanego leku (brak ujemnych skutków dla pacjentki), dwie – nieetycznego zachowania lekarza (wyznaczono nowy termin wizyty lekarskiej, rozwiązano stosunek pracy z lekarzem). Trzy skargi uznano za niezasadne. Dotyczyły one a) odmowy zarejestrowania pacjentki do Poradni Prenatalnej (uznana za niezasadną także przez NFZ), b) nieprawidłowego zachowania lekarza (postępowanie lekarza było zgodne ze standardami medycznymi), a także c) nieprawidłowego zachowania lekarzy, którą zdaniem NIK rozpatrzono nierzetelnie, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 12-13, 258-266)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2022–2024 wykazała, że:

1. W przypadku trzech spośród czterech pacjentek rodzących siłami natury, u których wykonano zabieg amniotomii i jednej pacjentki, u której wykonano zabieg episiotomii nie uzyskano pisemnych zgód rodzających na wykonanie tych zabiegów, co naruszało zapisy art. 18 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁰, a także § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W dokumentacji medycznej odnotowano przyczyny wykonania ww. zabiegów, jednakże jako działanie nierzetelne należy uznać brak adnotacji o przekazaniu pacjentkom informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, tj. przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

2. Karty obserwacji porodu 22 pacjentek nie zawierały podpisu osoby kontrolującej poród w miejscu do tego wyznaczonym, w przypadku 26 kart nie odnotowywano informacji dotyczących poziomu nasilenia odczuwania bólu, mimo że informacje takie były wymagane zgodnie ze wzorem karty obserwacji porodu stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli: 607-608)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił, że zabieg amniotomii może być wykonany bez pisemnej zgody pacjentki jedynie w nagłych zagrażających życiu sytuacjach,

⁶⁹ Tj. 143 łóżka elektryczne i 44 mechaniczne.

⁷⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.

kiedy nie ma czasu na uzyskanie świadomej zgody. W przypadku tych trzech pacjentek zabieg wynikał ze wskazań medycznych tj. zagrażającej zamartwicy płodu. Pacjentki podczas przyjęcia do Szpitala wyraziły zgodę na potrzebne zabiegi i badania, która została dołączona do dokumentacji w trakcie przyjęcia w punkcie położniczym.

Odnosząc się do wyjaśnień, NIK podkreśla, że zgodnie z częścią X ust. 4 pkt 3 Standardu opieki okołoporodowej osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania m.in. oceny czynności skurczowej mięśnia macicy. Skoro amniotomia nie jest zabiegiem rutynowym, to nie jest objęta zgodą ogólną na hospitalizację. Ponadto zgoda pacjenta jest udzielana na konkretne, sprecyzowane świadczenie zdrowotne. Zatem, nie jest dopuszczalne udzielanie tzw. zgód blankietowych (ogólnej zgody na leczenie) np. na wszystkie świadczenia diagnostyczne w celu ustalenia stanu zdrowia i postawienia diagnozy.

Ponadto Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił, że episiotomia jest zabiegiem medycznym wykonywanym w trakcie porodu w sytuacjach, w których istnieją wskazania nagłe, w szczególności w przypadku zagrożenia dobrostanu płodu np. zagrażająca zamartwica. W takich okolicznościach decyzja o wykonaniu nacięcia krocza podejmowana jest przez lekarza prowadzącego poród, w ramach działania w stanie wyższej konieczności, w celu ochrony zdrowia i życia matki oraz dziecka. Z uwagi na pilny charakter interwencji nie było możliwym uzyskanie odrębnej pisemnej zgody pacjentki.

Zdaniem NIK w przypadku braku możliwości uzyskania pisemnej zgody pacjentki, ustna zgoda powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Odnosząc się do braku podpisu kontrolującego poród na kartach obserwacji porodu wyjaśnił, że wynikało to z niedopatrzeń w zakresie kompletności dokumentacji. W Szpitalu dodatkowo drukowana jest karta informacyjna z przebiegu porodu, podsumowująca jej przebieg, która zawsze opatrzona jest podpisem lekarza. W celu wyeliminowania podobnych nieprawidłowości w przyszłości Szpital podjął działania przypominające personelowi medycznemu o obowiązku uzupełnienia podpisów na partogramach, wprowadził dodatkowy, wewnętrzny mechanizm kontroli kompletności dokumentacji, zaplanował szkolenia dla położnych i lekarzy w tym zakresie.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że brak adnotacji na kartach obserwacji porodu w zakresie poziomu odczuwania bólu wynikał m.in. z tego, że zapisy dotyczące natężenia bólu oraz zastosowanych metod jego łagodzenia są wprowadzane do dedykowanej zakładki w dokumentacji pielęgniarskiej w ramach szpitalnego systemu informatycznego HIS oraz Elektronicznej Karty Zleceń. W ocenie Szpitala nie jest koniecznym powielanie tych informacji w innych częściach dokumentacji medycznej. Stosowane rozwiązanie jest optymalne, przejrzyste i zgodne z obowiązującymi standardami prowadzenia dokumentacji klinicznej w Szpitalu.

NIK zauważa, że wzór karty obserwacji porodu stanowi załącznik do rozporządzenia, tj. aktu prawa powszechnie obowiązującego i nie może być

swobodnie interpretowany przez personel medyczny. Znajdują się w nim także inne informacje, które są powielane w innej dokumentacji medycznej np. znak tożsamości, rozpoznanie przed porodem, nazwisko i imię, wiek, data ostatniej miesiączki.

(akta kontroli str. 550-558, 615-617, 985)

3. W przypadku dziewięciu pacjentek rodzących w sposób naturalny (30%) u których zastosowano podczas porodu znieczulenie farmakologiczne nie uzyskano pisemnej zgody na wdrożenie ww. znieczulenia. Zgodnie z częścią VII ust. 30 Standardu opieki okołoporodowej zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Warunkiem zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych.

(akta kontroli str. 1234)

Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że zgodę od pacjentek na znieczulenie farmakologiczne, w tym omówienie wpływu na przebieg porodu i możliwe powikłania uzyskano w formie ustnej w obecności dwóch świadków tj. lekarza i położnej prowadzącej poród.

(akta kontroli str. 1230, 1242)

Odnosząc się do wyjaśnień, NIK podkreśla, że ww. zapisy Standardu opieki okołoporodowej wymagają uzyskania pisemnej zgody rodzącej na zastosowanie danej metody.

4. Szpital w sposób nierzetelny rozpatrzył skargę pacjentki [...] ⁷¹, ponieważ:

- a) odpowiedź Szpitala nie odnosiła się szczegółowo do zarzutu [...] ⁷².

(akta kontroli str. 267-292)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że [...] ⁷³.

(akta kontroli str. 318, 378)

NIK zauważa, że wyjaśnienia Dyrektor Szpitala stoją w sprzeczności do stanowiska pacjentki i oświadczeń lekarza-położnika i położnej złożonych w trakcie wewnętrznego postępowania wyjaśniającego, według których [...] ⁷⁴.

(akta kontroli str. 270-271, 278-279, 283-284, 286, 620-621, 1078-1083)

⁷¹ Zgodnie z art. 8 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j., Dz. U. z 2022 r. poz. 902), Najwyższa Izba Kontroli informuje, że jawność wystąpienia pokontrolnego została wyłączona w zakresie w jakim jego treść dotyczy prywatności osoby fizycznej, poprzez wykreślenie i zastąpienie oznaczeniem „[...]”. Wyłączenia jawności treści dotyczących prywatności osoby fizycznej dokonano na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej.

⁷² J.w.

⁷³ J.w.

⁷⁴ J.w.

b) w odpowiedzi na skargę nie odniesiono się do zarzutu [...] ⁷⁵.

(akta kontroli str. 267-292)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że [...] ⁷⁶.

(akta kontroli str. 318-319)

NIK zauważyła, że zarzut [...] ⁷⁷.

(akta kontroli str. 277-280)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentki zgłaszające się do Szpitala były prawidłowo przyjmowane do porodu. Zapewniono im stosowną edukację przedporodową, polegającą m.in. na możliwości skorzystania z planów porodu. W większości badanych przypadków pacjentkom zapewniono dostęp do znieczulenia farmakologicznego oraz innych form łagodzenia bólu. Znieczulenie zewnątrzoponowe stosowano przy porodach w drodze cięcia cesarskiego. Dokumentacja medyczna pacjentek i noworodków była co do zasady prowadzona prawidłowo, choć stwierdzono przypadki związane z nierzetelnym wypełnianiem kart obserwacji porodu. Jedna ze skarg pacjentki została nieodpowiednio rozpatrzona, zaś podniesione w niej zarzuty wskazują na konieczność kontynuowania przez Szpital działań zmierzających do polepszenia organizacji opieki okołoporodowej.

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 | NIK nie formułuje uwag. |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none">1. Wskazanie osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentkami w II oraz III fazie porodu w wewnętrznej procedurze opieki porodowej.2. Określenie wskaźników opieki okołoporodowej.3. Zrealizowanie zaleceń pokontrolnych Konsultanta, w szczególności w zakresie zapewnienia odpowiedniego dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego, opracowania dokumentacji dotyczącej oceny bólu okołoporodowego oraz programu umożliwiającego skorzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego.4. Egzekwowanie od personelu medycznego prawidłowego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej.5. Wyposażenie pokoi łóżkowych w przewijaki dla noworodków i urządzenia umożliwiające ich mycie oraz pielęgnację oraz unikanie umieszczania w nich więcej niż dwóch matek i dwóch noworodków.6. Zaakceptowanie przez dyrektora <i>Postępowania medycznego w zakresie łagodzenia bólu porodowego z 1 stycznia 2022 r.</i>7. Zapoznanie pracowników medycznych z <i>Postępowaniem medycznym w łagodzeniu bólu porodowego.</i>8. Zapewnienie terminowych przeglądów sprzętów i aparatury medycznej. |

⁷⁵ J.w.

⁷⁶ J.w.

⁷⁷ J.w.

9. Niedopuszczanie do dyżurów lekarskich dłuższych niż 24 godzinne.
10. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykazywanym w umowach z NFZ.
11. Rzetelne rozpatrywanie skarg pacjentów.
12. Uzyskiwanie pisemnych zgód od pacjentek na przeprowadzenie zabiegów amniotomii, episiotomii oraz w zakresie stosowania znieczulenia farmakologicznego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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 NIK w Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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.

Bydgoszcz, 16 października 2025 r.

Kontrolerzy:	Najwyższa Izba Kontroli
(-) Leszek Murat	Delegatura w Bydgoszczy
Główny specjalista kontroli państwowej	p.o. Dyrektor
(-) Lidia Dudek	(-) Tomasz Sobecki
Specjalista kontroli państwowej	
(-) Łukasz Lisiecki	
Starszy inspektor kontroli państwowej	

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał: (-) p.o. Dyrektor Tomasz Sobecki