



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.20.2.2025

Pani Marzanna Ossowska
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
Pl. Rydygiera 1
86-200 Chełmno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej, Pl. Rydygiera 1, 86-200 Chełmno ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marzanna Ossowska, Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, od 24 września 2020 r. ²
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) ³ , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Jolanta Szydłowska-Hęsiak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/100/2025 z 24 lipca 2025 r. Mikołaj Rumiński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/101/2025 z 24 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dalej: „ZOZ” lub „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor ZOZ”.

³ Czynności kontrolne zakończono 1 października 2025 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

Szpital podejmował prawidłowe działania dotyczące zapewnienia warunków organizacyjnych dla realizacji zadań z zakresu opieki okołoporodowej, jednak udzielanie świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Zespołem Porodowym⁶ oraz w Oddziale Noworodkowym⁷ nie zawsze odbywało się zgodnie z przepisami załącznika⁸ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁹.

W ZOZ ustanowiono wewnętrzne procedury uwzględniające aktualny Standard oraz określono tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego. Dokumenty te wdrożono jednak nierzetelnie, a w przypadku trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego także niezgodnie z wymogami ust. 6 części VII Standardu.

Urządzenie pomieszczeń Oddziałów i ich wyposażenie odpowiadało wymogom dla pierwszego poziomu referencyjnego, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁰. Zapewniono personel medyczny posiadający wymagane kwalifikacje, a także dostępność certyfikowanego doradcy laktacyjnego oraz psychologa. Jednak 76 dyżurów lekarskich w ciągu sześciu miesięcy, trwających nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy. W Szpitalu nie zatrudniono także odpowiedniej liczby lekarzy anestezyjologów i tym samym nie zapewniono stałej dostępności lekarza specjalisty z tej dziedziny dla Oddziału Gin.-Poł. oraz faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej pacjentkom przyjmowanym do porodu.

Kobietom zapewniano wymaganą opiekę okołoporodową i wsparcie, ale uzyskiwane od nich pisemne zgody na wykonywanie zabiegów i badań miały charakter ogólny, co w przypadku wykonywania nacięcia krocza naruszało zapisy art. 18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹, a w przypadku stosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego także ust. 30 i 33 części VII Standardu.

Urodzonym w Szpitalu noworodkom udzielano wymaganych świadczeń, a w sytuacji stwierdzenia zaburzeń mogących stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia przekazywano je do oddziału noworodkowego o poziomie referencyjnym adekwatnym do ich potrzeb zdrowotnych. Nierzetelnie jednak pobierano od rodziców, przewidziane w wewnętrznych regulacjach Szpitala, pisemne zgody na wykonanie u dziecka dodatkowo zleconych przez lekarza badań, a w trzech przypadkach takich zgód w ogóle nie uzyskano. Nie dopełniono również obowiązku bieżącej aktualizacji danych w zakresie harmonogramu pracy personelu oraz sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: „Oddział Gin.-Poł.”

⁷ Jeśli mowa o obu oddziałach łącznie to dalej: „Oddziały”.

⁸ Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, dalej: „Standard”.

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

¹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach”.

¹¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581, dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

zawartych z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy¹², co naruszało ich zapisy zawarte w §2 ust. 2 i 9 oraz było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹³. Nie zapewniono ponadto dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych, o których mowa w pkt 37 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej¹⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1.1. Wewnętrzną organizację ZOZ regulował statut¹⁵ i regulamin organizacyjny¹⁶. W zakresie obszarów objętych kontrolą w ramach opieki szpitalnej funkcjonowały: Oddział Gin.-Poł. i Oddział Noworodkowy¹⁷ (oba o pierwszym poziomie referencyjnym). Najbliższy Szpital z oddziałami o drugim poziomie referencyjności oddalony był od ZOZ o 38 km (Grudziądz), a o trzecim poziomie referencyjności 45 km (Toruń)¹⁸. Księga rejestrowa o numerze 02391¹⁹ zawierała aktualne wpisy kontrolowanych Oddziałów: Oddział Gin.-Poł. (16 łóżek, w tym jedno intensywnej opieki medycznej) i Oddział Noworodkowy (dziewięć łóżek). W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej funkcjonowały poradnie położniczo-ginekologiczna i laktacyjna oraz szkoła rodzenia. Liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) w powiecie chełmińskim w 2024 r. wyniosła 17 964²⁰.

(akta kontroli str. 7-76)

1.2. W Szpitalu liczba porodów w latach 2022-2024 sukcesywnie malała z poziomu 394 w 2022 r., do 304 w 2024 r., tj. o 22,8%. W I półroczu 2025 wyniosła 144. W okresie 2022-2025 (I półrocze) odsetek porodów poprzez cięcie cesarskie wyniósł 42,4% (w kolejnych latach odpowiednio: 44%, 40,3%, 41%, 45,8%)²¹. Jak wyjaśniła Dyrektor ZOZ wynikało to m.in. ze wzrastającej liczby pacjentek zgłaszających się ze skierowaniem do planowego cięcia cesarskiego²², w tym

¹² Dalej: „NFZ”.

¹³ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie OWU”.

¹⁴ 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.

¹⁵ Statut wprowadzony uchwałą nr XIX/134/2021 Rady Powiatu Chełmińskiego z dnia 24 marca 2021 r. zmieniony Uchwałami nr XXXIII/240/2023 z 25 kwietnia 2023 r. i nr II/25/2024 z 18 czerwca 2024 r.

¹⁶ Wprowadzony Zarządzeniem nr 4/2021/A Dyrektora ZOZ w Chełmie z 8 marca 2021 r. zmieniony Zarządzeniem nr 16/2022/A z 28 kwietnia 2022 r. i nr 16/2024 z 30 czerwca 2024 r., dalej: „regulamin organizacyjny Szpitala”.

¹⁷ Jeśli mowa o obu oddziałach łącznie to dalej: „Oddziały”.

¹⁸ Dane o charakterze informacyjnym, nie są przedmiotem kontroli i oceny w jednostce kontrolowanej.

¹⁹ [Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą](#) - dostęp 29 lipca 2025 r., dalej: “RPWDL”.

²⁰ [Główny Urząd Statystyczny Bank Danych Lokalnych](#) - dostęp 1 sierpnia 2025 r.

²¹ Liczba cięć cesarskich w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosła odpowiednio: 168, 137, 119 i 65.

²² Najczęściej ze wskazań psychiatrycznych, okulistycznych i neurologicznych.

coraz częściej spoza powiatu chełmińskiego, przy zmniejszającej się jednocześnie liczbie porodów ogółem.

(akta kontroli str. 146-147, 238, 241)

W latach 2022-2025 (I półrocze) hospitalizowano łącznie 331 pacjentek w okresie ciąży²³ (m.in. z powodu zagrażającego poronienia, porodu przedwczesnego, nadciśnienia ciążowego, nadmiernych wymiotów, zakażenia układu moczowo-płciowego w ciąży) oraz łącznie 1 201 dzieci²⁴. Ze szkoły rodzenia skorzystały łącznie 184 pacjentki (szczegółowy opis w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego w pkt 1.16). Nie prowadzono statystyk w zakresie liczby przyjętych do porodu pacjentek z niepełnosprawnością.

(akta kontroli str. 145)

1.3. W Szpitalu opracowano wewnętrzne procedury (zasady postępowania, wskazówki dla personelu medycznego) dotyczące opieki okołoporodowej, w tym następujące dokumenty:

- procedurę pn. *Postępowanie medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad kobietą w okresie okołoporodowym*²⁵, w której wskazano m.in.: rolę i zadania położnych, w tym prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm; konieczność umożliwienia rodzącej udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem; dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjentki; zachęcanie do aktywności i pomoc w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
- procedurę pn. *Postępowanie medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad noworodkiem*²⁶, w której wskazano m.in.: zadania osób sprawujących opiekę nad noworodkiem; konieczność zapewnienia warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, w tym w szczególności przeprowadzanie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawiania dziecka do piersi oraz instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu;
- *Program poprawy jakości opieki nad kobietą roniącą*²⁷ określający zasady postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki sprawowanej nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzenia położniczego (szczegółowy opis w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego w pkt 2.8).

Dokumenty uwzględniały aktualny Standard i były dostosowane do struktury ZOZ, ale tylko część personelu medycznego potwierdziła zapoznanie się z nimi, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 258-266)

1.4. W załączniku nr 5 do procedury *Postępowanie medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad kobietą w okresie okołoporodowym* określone zostały wskaźniki opieki okołoporodowej, o których mowa w części I ust. 2 Standardu. Wskazano cztery obszary podlegające analizie:

²³ 101 pacjentek w 2022 r., 86 w 2023 r., 91 w 2024 r. i 53 w I półroczu 2025 r.

²⁴ 397 w 2022 r., 355 w 2023 r., 304 w 2024 r. i 145 w I półroczu 2025 r.

²⁵ Dokument opracowany 27 grudnia 2018 r.

²⁶ Dokument opracowany 27 grudnia 2018 r.

²⁷ Dokument opracowany 1 lutego 2021 r.

[1] Liczba porodów²⁸; [2] metody łagodzenia bólu porodowego²⁹; [3] interwencje medyczne³⁰; [4] analiza wyników badania ankietowego satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową³¹ (wzór ankiety określono w załączniku nr 4 do ww. procedury). Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalenia i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie zostały jednak określone w regulaminie organizacyjnym Szpitala, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ustalono, że ww. wskaźniki monitorowano nie rzadziej niż raz w roku³².

(akta kontroli str. 21-67, 267-293)

1.5. W ZOZ opracowano w formie pisemnej tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego. W okresie objętym kontrolą obowiązywały następujące dokumenty:

- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi*³³ - w dokumencie uwzględniono pkt 1-3 oraz 8-10 części VII Standardu, a w jednym z załączników zawarto charakterystykę poszczególnych metod³⁴;
- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego metodami farmakologicznymi*³⁵ - w dokumencie uwzględniono pkt 1-3, 11-13 części VII Standardu, wymieniono dostępne w Szpitalu w tym zakresie metody³⁶ oraz wskazano m.in. na konieczność wyrażenia przez rodzica pisemnej zgody na jej zastosowanie;

²⁸ Ogółem oraz z podziałem m.in. na: porody drogami natury, porody zabiegowe, porody bliźniacze, cięcia cesarskie oraz z wyszczególnieniem liczby kobiet, którym zapewniono dwugodzinny kontakt „skóra do skóry”.

²⁹ Z podziałem na metody farmakologiczne i niefarmakologiczne.

³⁰ Tj. m.in.: ciągły zapis KTG, amniotomia, indukcja porodu, stymulacja czynności skurczowej, episiotomia, pęknięcie krocza, ręczne wydobywanie łożyska.

³¹ Ankiety dostarczały m.in. danych dotyczących przekazanych pacjentce przez personel informacji: o prawach pacjenta i o możliwościach odbycia porodu z osobą towarzyszącą; proponowanych metodach łagodzenia bólu porodowego; umożliwienia po porodzie kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” lub przyczyn z powodu których kontakt ten nie był możliwy; uzyskania dokładnych informacji o stanie zdrowia dziecka; uzyskania wsparcia personelu medycznego w zakresie karmienia piersią (m.in. pomoc w przystawianiu do piersi, edukacja laktacyjna); zgłoszonych przez pacjentki uwagach/komentarzach.

³² Za poszczególne lata okresu objętego kontrolą sporządzono dokument pn. *Analiza danych dokonana na podstawie wskaźników opieki okołoporodowej i metod łagodzenia bólu porodowego w oddziale ginekologiczno-położniczo-noworodkowym w roku* Dokument zawierał każdorazowo wnioski z dokonanej analizy danych statystycznych, rekomendacje dotyczące dalszego postępowania oraz wyniki opinii satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową pozyskane z ankiet. Do analizy dołączano zbiorcze zestawienie danych dotyczących wszystkich monitorowanych wskaźników w poszczególnych miesiącach danego roku.

³³ Dokument opracowany 27 grudnia 2018 r. przez położną Oddziału Gin.-Poł.

³⁴ Tj.: ciągłe wspieranie kobiety rodzącej, relaks i rozluźnianie ciała; masaż; oddziaływanie ciepłem i zimnem; wydawanie dźwięków w czasie porodu; ruch i pozycje wertykalne w czasie porodu; immersja wodna; TENS-przezskórna stymulacja nerwów; gwizdek porodowy.

³⁵ Pierwszy dokument (opracowany przez lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii oraz lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii) obowiązywał od 1 września 2016 r. do 15 października 2024 r., został zastąpiony przez dokument opracowany 16 października 2024 r. przez lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii, lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii oraz położną Oddziału Gin.-Poł.

³⁶ Tj.: dożylnie lub domięśniowo stosowanie opioidów, nieopiodowe leki przeciwbólne i leki rozkurczowe; analgezję wziewną.

- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej*³⁷ - w dokumencie uwzględniono pkt 1-3 i 14 części VII Standardu oraz m.in.: wymieniono wskazania i przeciwwskazania do wdrożenia analgezji regionalnej³⁸, opisano jej przebieg oraz wskazano, że warunkiem zastosowania tej metody jest uzyskanie pisemnej zgody rodzącej; załączniki do dokumentu stanowiły: informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na analgezję regionalną; obowiązkowa ankieta niezbędna do konsultacji lekarza anestezjologa; karta znieczulenia.

Powyższe dokumenty zostały zatwierdzone (zaakceptowane) niezgodnie z wymogiem Standardu, a ponadto zapoznanie się z nimi potwierdziła jedynie część personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w Oddziałach, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 294-330)

1.6. W Szpitalu, zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁹, określono minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, i były one przestrzegane. Na Oddziałach zapewniono odpowiednią dla pierwszego poziomu referencyjnego obsadę personelu medycznego⁴⁰, w tym lekarzy ze specjalizacją z położnictwa i ginekologii oraz neonatologii lub pediatrii, jednak część dyżurów lekarskich trwała ponad 24 godziny bez przerw, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 170, 189-190-192, 197-198)

Świadczenia⁴¹ na Oddziałach, w okresie objętym kontrolą, realizowane były na podstawie dwóch umów zawartych z NFZ: nr 02-00-00788-17-15/17-21/T0008/PSZ⁴² i 020000788230001/2023/T0008/PSZ⁴³. W umowach tych nie zadbano jednak o prawidłową aktualizację zasobów w zakresie wykazanego personelu medycznego. Ponadto nie dysponowano dokumentami potwierdzającymi uprawnienia do realizacji świadczeń zdrowotnych części lekarzy udzielających świadczeń na Oddziale Noworodkowym. Szczegółowe informacje zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 77-83, 111-115, 172, 193-198)

Szpital zapewniał porady psychologiczne dla pacjentek Oddziału Gin.-Poł. W okresie objętym kontrolą świadczenia te realizowało dwóch psychologów. Jeden z nich posiadał specjalizację z psychologii klinicznej. Zawarto dwie umowy w tym obszarze.

(akta kontroli str. 202-206, 252)

³⁷ Dokument został opracowany przez lekarza Koordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii i obowiązywał od 26 maja 2025 r.

³⁸ Jedna z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Może być przeprowadzona w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, podpajęczynówkowego lub połączenia tych dwóch form.

³⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

⁴⁰ Kontroli poddano miesiące luty i sierpień w latach 2022-2024.

⁴¹ Z zakresu położnictwa i ginekologia - pierwszy poziom referencyjny oraz neonatologia - pierwszy poziom referencyjny.

⁴² Umowa z NFZ z 2017 r.

⁴³ Umowa z NFZ z 2023 r.

Organizacja pracy anestezjologów przewidywała zapewnienie świadczeń anestezjologicznych dla Oddziału Gin.-Poł. w godzinach od 07:00 do 15:00. W godzinach od 15:00 do 07:00 w dni powszednie oraz w soboty i niedziele dyżur w Szpitalu pełnił tylko jeden anestezjolog, co było niewystraszające dla zapewnienia wymaganej opieki. Szczegółowe informacje zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 248-251)

W Szpitalu dwie osoby spośród personelu medycznego zajmującego się pacjentkami w okresie okołoporodowym legitymowały się tytułem Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. Ponadto dziewięć innych osób ukończyło kursy i szkolenia z zakresu naturalnego karmienia.

(akta kontroli str. 199-201)

1.7. W ZOZ zapewniono przygotowanie personelu medycznego do pracy z rodzicami doświadczającymi szczególnych sytuacji położniczych⁴⁴. Organizowano cykliczne szkolenia wewnątrzoddziałowe z zakresu Standardu, w tym w obszarach uwrażliwiania na potrzeby i stan pacjentki znajdującej się w sytuacji szczególnej. W okresie objętym kontrolą zorganizowano łącznie sześć szkoleń obejmujących te zagadnienia.

(akta kontroli str. 153-154)

1.8. W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne regulacje dotyczące możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami, w tym nad pacjentką w okresie ciąży, porodu i połogu⁴⁵. W dokumentach wskazano m.in., że:

- dodatkowa opieka może obejmować w szczególności: zaspokajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych; współdziałanie wraz z personelem w czynnościach higienicznych, pomoc przy karmieniu i pojeniu;
- czas i zakres wykonywanych czynności musi być uzgodniony z personelem sprawującym opiekę nad pacjentem;
- Szpital nie pobiera żadnych opłat wynikających z faktu sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez osoby wskazane przez pacjenta.

Kierownik Opieki Pielęgniarsko-Położniczej Oddziału Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowego⁴⁶ oraz Koordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnili, że osobami sprawującymi dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentkami Oddziałów są najczęściej osoby bliskie - członkowie rodziny lub inne osoby wskazane przez pacjentkę. Podali, że nie są prowadzone statystyki dotyczące liczby osób zaangażowanych w tego rodzaju opiekę, a rodzinie i osobom bliskim umożliwia się udział w wybranych

⁴⁴ Zgodnie z częścią XV ust. 1 Standardu do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

⁴⁵ Zarządzenie nr 49/2020 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie wprowadzenia zasad sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, którego integralną częścią jest procedura PP 10 „Krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogą uczestniczyć w procesie opieki”.

⁴⁶ Dalej: „Koordynator Opieki Pielęgniarskiej”.

czynnościach pielęgnacyjnych, zgodnie z obowiązującymi zasadami i w porozumieniu z personelem medycznym.

(akta kontroli str. 374-390, 396)

1.9. Pacjentki Szpitala miały także możliwość wyboru położnej, która prowadzi poród. Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że w Szpitalu „co do zasady istnieje możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę, spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, jednak z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych naszej Placówki”. Wskazała, że obowiązujące w Szpitalu harmonogramy pracy są ustalane na okres trzech miesięcy, co nie wyklucza, aby wybrana położna mogła prowadzić poród. Za jej zgodą może wystąpić modyfikacja grafiku pracy, jednak z uwzględnieniem zasad dotyczących zagwarantowanych nieprzerwanych odpoczynków dobowych i tygodniowych oraz zapewnienia co najmniej raz na cztery tygodnie niedzieli wolnej od pracy. Wyjaśniła ponadto, że za opiekę nad pacjentką w czasie porodu nie jest pobierana dodatkowa opłata i nie są zawierane umowy pomiędzy pacjentkami a Szpitalem.

W okresie objętym kontrolą ZOZ nie prowadził statystyk dotyczących korzystania przez pacjentki z dodatkowej indywidualnej opieki położnej w trakcie porodu.

(akta kontroli str. 256-257)

1.10. Opieka okołoporodowa nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 503-504)

1.11. Sprzęt znajdujący się na wyposażeniu Oddziałów wykorzystywany do realizacji świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej był poddawany wymaganym przeglądom okresowym, co potwierdzały odpowiednie wpisy w dokumentacji⁴⁷. Ustalono jednak, że w umowie z NFZ z 2023 r. w zasobach Oddziałów wykazywany był sprzęt medyczny, który nie był wykorzystywany, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 77-83, 111-115, 171)

1.12. Pacjentkom Oddziału Gin.-Poł. zapewniono dostęp⁴⁸ m.in. do badań: laboratoryjnych i mikrobiologicznych; ultrasonograficznych (USG); radiologicznych (RTG); tomografii komputerowej (TK). Większość z nich była wykonywana w znajdujących się w strukturach ZOZ pracowni diagnostyki laboratoryjnej oraz pracowni RTG, USG i TK, a pozostałe w podmiotach, z którymi Szpital podpisał stosowne umowy. Nie zapewniono jednak dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych wskazanych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach (l.p. 37 położnictwo i ginekologia), co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 335-367)

⁴⁷ Kontroli poddano 15 sztuk według list zasobów będących załącznikiem do umowy z NFZ.

⁴⁸ Zgodnie z § 2 pkt 1) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach określenie „dostęp” oznacza zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane.

1.13. Oddział Gin.-Poł. i Noworodkowy znajdowały się w budynku głównym Szpitala i nie były lokalizacyjnie wyodrębnione. Funkcjonowały jako Oddział Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowy⁴⁹, który posiadał łącznie 16 łóżek w ośmiu salach jedno-, dwu- i trzyosobowych z własnym węzłem sanitarnym. Przy wejściu do Oddziału zorganizowano „Pokój przyjęć”, w skład którego wchodził gabinet wyposażony m.in.: w fotel ginekologiczny, aparat KTG, kardiomonitor i kozetkę oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne z natryskiem, przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. W Oddziale znajdował się ponadto gabinet zabiegowy, w którym umieszczono m.in.: fotel ginekologiczny, aparat do znieczulenia, kolposkop, aparat USG, kardiomonitor. Sposób urządzenia Pokoju Przyjęć i gabinetu zabiegowego zapewniał poczucie intymności dla badanych pacjentek, a ich wyposażenie odpowiadało wymogom rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach dla oddziału ginekologiczno-położniczego pierwszego stopnia referencyjności. Oddział dysponował ponadto sprzętem dostosowanym do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (z niepełnosprawnością, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30), tj. m.in. wózek leżący - transportowy, łóżko porodowe, stół operacyjny na sali do cięć cesarskich. W Oddziale wyodrębniono część ginekologiczną - trzy sale (łącznie siedem łóżek)⁵⁰ oraz część położniczą - pięć sal urządzonych w systemie „matka z dzieckiem” (łącznie dziewięć łóżek)⁵¹, w których znajdowały się urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodka. Do każdej z sal przylegała łazienka z toaletą i natryskiem, urządzona w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵². Koordynator Opieki Pielęgniarskiej wskazała, że w części ginekologicznej Oddziału hospitalizowane są pacjentki, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie⁵³.

W części położniczej Oddziału znajdował się Blok Porodowy (wejście do tej części Oddziału prowadziło przez służbę umywalkowo-fartuchową)⁵⁴ składający się m.in. z: dwóch samodzielnych sal porodowych jednoosobowych, przeznaczonych także do porodów rodzinnych, z węzłem sanitarnym i stanowiskiem noworodkowym wyposażonym m.in.: w promiennik ciepła, układ do wspomaganie oddychania, zegar Apgar, ssak, kardiomonitor i wagę; sali cięć cesarskich ze stanowiskiem resuscytacji noworodka. W tej części Oddziału wyodrębniono także pomieszczenie, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń (załącznik nr 1 część IV pkt 4), przeznaczone dla położnicy i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej w sytuacji tego wymagającej. W poddanych oględzinom pomieszczeniach znajdowały się wymagane rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach dla oddziału neonatologicznego

⁴⁹ Dalej także: „Oddział”.

⁵⁰ W tej części oddziału znajdowała się także łazienka dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

⁵¹ Dwie sale jednoosobowe, dwie dwuosobowe i jedna trzyosobowa.

⁵² Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń”.

⁵³ Podczas oględzin nie były hospitalizowane pacjentki, które doświadczyły takich sytuacji.

⁵⁴ Przy wejściu na *Blok Porodowy* zlokalizowano punkt pielęgniarski.

pierwszego stopnia referencyjności: zestaw reanimacyjny, zestaw do wspomagania oddechu (CPAP), pulsoksymetr, źródło tlenu, urządzenie ssące, inkubatory zamknięte i otwarte do opieki podstawowej, lampa do fototerapii. W Oddziale zapewniono sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego, nie wyodrębniono jednak wymaganego stanowiska do odciągania pokarmu. Ustalono⁵⁵, że Oddział dysponował m.in. przenośnymi laktatorami elektrycznymi, z których położnice korzystały w sali, w której przebywały razem z noworodkiem.

(akta kontroli str. 219-237, 444)

W latach 2022-2025 (I półrocze) spełnianie na Oddziale Gin.-Poł i Oddziale Noworodkowym wymogów, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych nie było przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

(akta kontroli str. 503-504)

1.14. W ZOZ przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W miejscach, przebywania pacjentek, którym udzielane były świadczenia obejmujące opiekę okołoporodową (m.in. wejście do Szpitala, pomieszczenia Oddziału, korytarz przy rejestracji i poradni ginekologiczno-położniczej) nie zostały umieszczone plakaty, broszury i inne materiały reklamowe i promocyjne wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia⁵⁶.

(akta kontroli str. 219-237)

W latach 2022-2025 (I półrocze) na zakup preparatów do początkowego żywienia na potrzeby noworodków urodzonych w Szpitalu wydatkowano 101,74 zł⁵⁷ (zakupiono 1 286 butelek⁵⁸). Stosowano preparaty trzech producentów. Podczas oględzin⁵⁹ w Oddziale przechowywano jeden rodzaj mleka początkowego w jednorazowych butelkach. Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że Szpital nie przyjmuje nieodpłatnie żadnych produktów tego typu od producentów ani dystrybutorów.

(akta kontroli str. 219-237, 427, 518-519)

1.15. W latach 2022-2025 (I półrocze) łączny koszt funkcjonowania:

- Oddziału Gin.-Poł. wyniósł 20 635,7 tys. zł, a przychody 13 442 tys. zł, tj. przychody pokrywały 65% kosztów jego funkcjonowania;
- Oddziału Noworodkowego wyniósł 8 094,2 tys. zł, a przychody 5 576,9 tys. zł⁶⁰, tj. przychody pokrywały 69% kosztów jego funkcjonowania.

Zasadniczą grupę kosztów obu Oddziałów stanowiły koszty bezpośrednie (64,3% na Oddziale Gin.-Poł. i 88,5% na Oddziale Noworodkowym), z czego na Oddziale

⁵⁵ W trakcie oględzin 14 sierpnia 2025 r.

⁵⁶ Ustalono w trakcie oględzin Oddziału przeprowadzonych 14 sierpnia 2025 r.

⁵⁷ 4,15 zł w 2022 r., 43,93 zł w 2023 r., 36,86 zł w 2024 r. i 16,80 zł w I półroczu 2025 r.

⁵⁸ 237 butelek w 2022 r., 322 w 2023 r., 472 w 2024 r. i 225 w I półroczu 2025 r.

⁵⁹ Przeprowadzonych 14 sierpnia 2025 r.

⁶⁰ W przypadku obu Oddziałów przychody z innych niż NFZ źródeł były pomijalne i stanowiły 0,22%.

Gin.-Poł. koszty wynagrodzeń⁶¹ wraz z pochodnymi stanowiły 84,6% tych kosztów, a na Oddziale Noworodkowym 96,2%. Koszty pośrednie stanowiły na Oddziale Gin.-Poł. 35,7% i były to głównie koszty bloku operacyjnego, działu anestezjologii, administracji i koszty dyrekcji, a na Oddziale Noworodkowym 11,5% i były to głównie koszty administracji, logistyki, obsługi informatycznej i koszty dyrekcji. Łączne straty Oddziałów w ww. okresie wyniosły 9 711 tys. zł. Szpital nie pobierał opłat związanych z opieką okołoporodową tj. poród rodzinny, dodatkowa opieka położnej, pobyt w jednoosobowej sali, pobyt członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce.

(akta kontroli str. 137-139, 256-257, 374-390, 396)

1.16. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowała szkoła rodzenia dostępna bezpłatnie dla kobiet ciężarnych i osób im towarzyszących. W ciągu roku organizowano pięć cykli szkoleniowych. Zajęcia odbywały się raz w tygodniu (w wyjątkowych przypadkach dwa razy) i trwały przez okres dwóch miesięcy (z wyłączeniem miesięcy wakacyjnych lipiec-sierpień)⁶². Maksymalna liczebność uczestników w grupie wynosiła 10 (liczba ciężarnych z osobami towarzyszącymi), a kiedy liczba zgłoszeń na dany cykl była wyższa, tworzona była dodatkowa grupa. Tematyka zagadnień poruszanych na zajęciach obejmowała m.in.: omówienie okresów porodu i połogu; sposoby łagodzenia bólu porodowego; pielęgnację noworodka; karmienie piersią; postępowanie w stanach zagrożenia zdrowia i życia u noworodka i niemowlaka.

W latach 2022-2024 zajęcia były prowadzone przez dwie położne zatrudnione w Szpitalu⁶³. Koordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Koordynator Opieki Pielęgniarskiej podali w wyjaśnieniach, że w 2025 r. do współpracy został zaproszony przedstawiciel Państwowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Chełmnie, który przeprowadził wykład dotyczący szczepień ochronnych - zarówno refundowanych, jak i zalecanych w okresie ciąży.

W latach 2022-2025 (I półrocze) ze szkoły rodzenia skorzystały łącznie 184 ciężarne⁶⁴, co stanowiło 15% pacjentek rodzących w Szpitalu⁶⁵.

(akta kontroli str. 145, 397-400)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nierzetelnie wdrożono opracowane wewnętrzne procedury (zasady postępowania, wskazówki dla personelu medycznego) dotyczące opieki okołoporodowej, ponieważ z łącznie 49 osób personelu medycznego (lekarze, położne, pielęgniarki)⁶⁶ udzielającego świadczeń w Oddziałach (stan zatrudnienia na 5 sierpnia 2025 r.) zapoznanie się z treścią tych dokumentów

⁶¹ Do tej grupy wliczono wszystkie koszty wynagrodzenia za pracę niezależnie od formy jej świadczenia.

⁶² Nabór ciężarnych odbywał się raz na dwa miesiące.

⁶³ Jedna posiadająca kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego oraz kursy doskonalące, w tym kurs szkoły rodzenia; druga położna ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, ukończony kurs szkoły rodzenia.

⁶⁴ W kolejnych latach odpowiednio: 52, 49, 57 i 26.

⁶⁵ W kolejnych latach odpowiednio: 13%, 14%, 19% i 18%.

⁶⁶ 18 położnych i pięciu lekarzy przypisanych do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz jedna położna, trzy pielęgniarki i 22 lekarzy przypisanych do Oddziału Noworodkowego.

i zobowiązanie do przestrzegania zawartych w nich zapisów potwierdziła jedynie część z nich:

- a. dokument *Postępowanie medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad kobietą w okresie okołoporodowym* podpisało 18 osób (w tym 16 zatrudnionych według stanu na 5 sierpnia 2025 r.) spośród 27 aktualnie zatrudnionych w Oddziale Gin.-Poł. i Oddziale Noworodkowym (bez lekarzy neonatologów/pediatrów);
- b. dokument *Postępowanie medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki sprawowanej nad noworodkiem* podpisało 16 osób (w tym 15 zatrudnionych na 5 sierpnia 2025 r.) spośród 44 zatrudnionych w Oddziale Gin.-Poł. (bez lekarzy położników) i Oddziale Noworodkowym;
- c. dokument *Program poprawy jakości opieki nad kobietą roniącą* podpisało 15 osób (w tym 13 zatrudnionych na 5 sierpnia 2025 r.) spośród 23 aktualnie zatrudnionych w Oddziale Gin.-Poł.

(akta kontroli str. 258-266, 329-330)

Dyrektor ZOZ w wyjaśnieniach podała m.in., że wszyscy pracownicy medyczni są informowani o obowiązujących procedurach oraz zasadach organizacji opieki okołoporodowej już na etapie rozpoczęcia współpracy z jednostką w ramach wewnętrznego wdrożenia do pracy, przez bezpośrednich przełożonych oraz członków zespołu, a także w trakcie bieżącej współpracy i szkoleń. Wskazała jednocześnie, że w trosce o zapewnienie pełnej zgodności z wymaganiami oraz dla zwiększenia transparentności, planowane jest wprowadzenie dodatkowych działań przypominających o konieczności formalnego potwierdzania zapoznania się z procedurami.

(akta kontroli str. 421-425)

2. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ustalenia i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, co było niezgodne zapisami zawartymi w części I ust. 3 w zw. z ust. 2 Standardu.

(akta kontroli str. 21-67, 267-293)

Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że powyższe wynikało z niedopatrzenia i przedłożyła przygotowany projekt aneksu do regulaminu organizacyjnego Szpitala uwzględniający wymagane zapisy. Dodała, że zostanie on wdrożony po pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Społeczną ZOZ.

(akta kontroli str. 375-377, 391-395)

3. Opracowane w Szpitalu dokumenty (obowiązujące w okresie objętym kontrolą) określające tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego nie spełniały wymogów Standardu, ponieważ:

- a. zostały zatwierdzone (zaakceptowane) niezgodnie z zapisem części VII ust. 5 Standardu, który stanowi, iż tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych, i tak:

- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi* – dokument został zatwierdzony 28 grudnia 2018 r. przez Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Opieki Medycznej i Epidemiologii zamiast przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa;
- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego metodami farmakologicznymi* - dokument obowiązujący od 16 października 2024 r., zatwierdzony przez Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Opieki Medycznej zamiast przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa;
- *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej* - dokument obowiązujący od 26 maja 2025 r., zatwierdzony przez Dyrektora ZOZ w Chełmnie⁶⁷ zamiast przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.

(akta kontroli str. 294-301)

Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że wskazane dokumenty omyłkowo zostały zatwierdzone niezgodnie ze Standardem, co nie zmienia faktu merytorycznej ich treści. Dodała, że procedury w tym zakresie zostały zaktualizowane i przedłożyła potwierdzone za zgodność z oryginałem pierwsze strony tych dokumentów zatwierdzone przez Zastępcę Dyrektora ZOZ ds. Lecznictwa.

(akta kontroli str. 444-449)

- b. z dokumentami tymi zapoznała się jedynie część personelu medycznego udzielającego świadczeń w oddziale ginekologiczno-położniczo-noworodkowym, co było niezgodne z ust. 6 części VII Standardu, który stanowi, że 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. Ustalono, że na 49 osób udzielających świadczeń na oddziale ginekologiczno-położniczo-noworodkowym⁶⁸ oraz na 32 osoby udzielające świadczeń na oddziale intensywnej terapii⁶⁹ (stan na 5 sierpnia 2025 r.):
- zapoznanie się z procedurą postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi potwierdziło jedynie 17 osób⁷⁰ (wyłącznie osoby udzielające świadczeń w Oddziałach w tym dwóch lekarzy);
 - zapoznanie się z procedurą postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego metodami farmakologicznymi (uaktualnioną w 2024 r.) potwierdziło 16 osób (wyłącznie osoby udzielające świadczeń w Oddziałach w tym dwóch lekarzy);
 - zapoznanie się z procedurą postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji

⁶⁷ Która nie jest lekarzem.

⁶⁸ 27 lekarzy; 19 położnych; trzy pielęgniarki.

⁶⁹ 11 lekarzy i 21 pielęgniarek.

⁷⁰ W tym 15 zatrudnionych na 5 sierpnia 2025 r.

regionalnej (obowiązująca od 26 maja 2025 r.) potwierdziło 11 osób (wyłącznie pielęgniarka i położne Oddziałów).

(akta kontroli str. 294-330)

Dyrektor ZOZ wyjaśniła m.in., że brak podpisów wynikał z niedopatrzenia. Wskazała ponadto, że większość osób objętych obowiązkiem potwierdzenia podpisem zapoznania się z tymi dokumentami posiada wiedzę na temat stosowanych metod łagodzenia bólu porodowego, wynikającą z wdrożenia do pracy, szkoleń wewnętrznych oraz bieżącej praktyki klinicznej i w takich przypadkach brak podpisu nie oznacza braku wiedzy czy kompetencji w tym zakresie. Poinformowała jednocześnie, że w celu zapewnienia pełnej zgodności z obowiązującymi standardami, planowane są dodatkowe działania systemowe mające na celu uzupełnienie formalnych potwierdzeń zapoznania się z procedurami.

(akta kontroli str. 421-426)

4. W Szpitalu niewłaściwie organizowano pracę lekarzy na Oddziałach, co skutkowało tym, że 76 dyżurów lekarskich⁷¹ realizowanych w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024⁷² trwały nieprzerwanie ponad 24 godziny, w tym jednaście powyżej 50 godzin, a dwa najdłuższe dyżury po 77 godzin.

(akta kontroli str. 190-192)

Dyrektor ZOZ wyjaśniła m.in., że taka organizacja pracy wynikała z problemów kadrowych i braku możliwości pozyskania lekarzy specjalistów oraz konieczności zapewnienia ciągłości świadczeń.

(akta kontroli str. 239, 245)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnienie NIK zwraca jednak uwagę, że nieprzerwane świadczenie pracy w wymiarze przekraczającym 24 godziny może wpływać na jakość świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwo przebywających na Oddziałach pacjentek.

5. W Szpitalu nie dysponowano dokumentami potwierdzającymi uprawnienia do realizacji świadczeń zdrowotnych przez dwunastu lekarzy⁷³, których świadczenia na Oddziale Noworodkowym realizowane były w oparciu o umowę zawartą 27 grudnia 2021 r. pomiędzy ZOZ a Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bydgoszczy, co – zdaniem NIK – wskazuje, że weryfikacja kwalifikacji posiadanych przez tych lekarzy była przeprowadzona w sposób nierzetelny. Łączna liczba godzin ich świadczeń medycznych w okresie kontrolowanym wyniosła 2262,5.

(akta kontroli str. 198)

Dyrektor ZOZ wyjaśniła m.in., że przed zawarciem umowy ze Spółką zweryfikowano kwalifikacje w Centralnym Rejestrze Lekarzy w systemie elektronicznym, a dodatkowo odpisy specjalizacji zostały okazane. Wskazała, że dokumenty te są w dyspozycji Spółki, z którą zawarto umowę.

(akta kontroli str. 238-239, 241-242)

⁷¹ 36 dyżurów w ramach Oddziału Noworodkowego i 40 dyżurów w ramach Oddziału Gin.-Poł.

⁷² Kontroli poddano sześć miesięcy (luty i sierpień w latach 2022-2024).

⁷³ Jeden z tych lekarzy ostatecznie nie podjął zatrudnienia w Szpitalu.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU świadczenia udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatem skoro to Szpital wykazywał w umowach z NFZ 2017 r. i 2023 r. ww. lekarzy realizujących świadczenia w Oddziale Noworodkowym, to Szpital winien dysponować dokumentami potwierdzającymi nabycie kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Ponadto Centralny Rejestr Lekarzy w rozumieniu ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁷⁴ nie jest udostępniony publicznie, a na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej zawarte są tylko wybrane informacje, przy czym strona umożliwiająca dostęp do tych danych zawiera zastrzeżenie uniemożliwiające powoływanie się na treści tam zawarte⁷⁵. NIK wskazuje ponadto, że rzetelna weryfikacja przekazanych przez Spółkę danych skutkowałaby korektą błędnie przekazanego numeru prawa wykonywania zawodu jednego z lekarzy oraz stwierdzeniem braku odpisu dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty jednego z lekarzy, który był dopiero w jej trakcie.

6. Szpital nie zapewnił aktualnych i wiarygodnych danych w umowach z NFZ z 2017 r. i 2023 r. w zakresie harmonogramu pracy personelu oraz sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż:

- a. w załączniku nr 2 *Harmonogram - zasoby* do umów z NFZ z 2017 r. i z 2023 r., w zakresie świadczeń hospitalizacji na Oddziałach⁷⁶:
- wykazywano jako udzielających świadczeń 11 osób personelu medycznego, pomimo że we wskazanych okresach nie pracowały;
 - wykazywano harmonogram pracy 23 osób personelu medycznego w wymiarze znacząco odmiennym (tj. o ponad 20%⁷⁷) od rzeczywistego w danym miesiącu, w tym w trzech przypadkach wykazywano wymiar zatrudnienia wyższy niż wynikający z umowy o pracę⁷⁸;

⁷⁴ Dz. U. z 2009, Nr 2019, poz. 1708, ze zm.

⁷⁵ Informacja: Centralny Rejestr Lekarzy RP jest prowadzony i udostępniony przez Naczelną Izbę Lekarską jako źródło informacji o lekarzach i lekarzach dentyście posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce. Celem Rejestru jest: 1. Udostępnienie pacjentom, na użytek własny, informacji o lekarzu lub lekarzu dentyście którego porady mogą zasięgnąć, 2. Udostępnienie lekarzom informacji o lekarzach w celach związanych z prowadzonym leczeniem pacjenta (np. konsultacje). Rejestr ani żadne dane w nim zawarte nie mogą być, bez zawarcia stosownej umowy z Naczelną Izbą Lekarską, pobierane, publikowane, sprzedawane, kopiowane w całości ani w części w celach innych niż wymienione w pkt 1 2. W razie stwierdzenia faktu, że użytkownik korzysta z Rejestru w sposób lub w zakresie niezgodnym z w/wym warunkami, Naczelna Izba Lekarska zastrzega możliwość niezwłocznego zablokowania dostępu do Rejestru dla tego użytkownika. Naczelna Izba Lekarska dokłada wszelkich niezbędnych starań do zapewnienia dokładności i aktualności danych zawartych w Rejestrze. Z uwagi na fakt gromadzenia danych pochodzących od wszystkich okręgowych izb lekarskich oraz mogące wystąpić w procesie przesyłania danych błędy i opóźnienia, Naczelna Izba Lekarska nie gwarantuje dokładności ani aktualności danych zawartych w Rejestrze. Dane zawarte w Rejestrze mają charakter wyłącznie informacyjny.

⁷⁶ Dokonano analizy czasu pracy i wykazywanego potencjału wybranego personelu medycznego Oddziału Noworodkowego i Gin.-Poł. w ZOZ Chełmno (łącznie 30 osób) w lutym i sierpniu 2022-2024.

⁷⁷ Łączna liczba przypadków, w których wykazywany czas pracy był o 20 % wyższy wyniosła 78 (każdy okres dla każdego pracownika liczony oddzielnie), z czego 17 przypadków, w których czas wykazywany był niższy niż rzeczywisty. W 13 przypadkach różnice sięgały ponad 70%.

⁷⁸ W dwóch przypadkach wykazywano 60, a w jednym 40 godzin tygodniowo, choć wymiar etatu wynosił 37 godz. 55 minut.

- nie wykazano łącznie trzech osób personelu medycznego, pomimo że realizowały one świadczenia w ramach tej umowy⁷⁹.

Powyższe było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU oraz zapisami § 2 ust. 2 i 9 umów zawartych z NFZ.

- b. w załączniku nr 2 *Harmonogram - zasoby* do umowy z NFZ z 2023 r., w zakresie świadczeń hospitalizacji na Oddziałach wykazywano niewykorzystywany do realizacji świadczeń sprzęt medyczny⁸⁰ (pięć na 15 przypadków wytypowanych do kontroli), co było niezgodne z zapisami § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OWU oraz § 2 ust. 2 i 9 umowy zawartej z NFZ.

(akta kontroli str. 77-136, 171-172, 193-196, 198, 240, 247)

Dyrektor ZOZ wyjaśniła m.in., że przyczyną wykazywania personelu, mimo nieudzielania przez nich świadczeń były trudności w określeniu rzeczywistego czasu pracy, a wykazywanie innego niż rzeczywisty czas pracy – ze zmienności harmonogramów personelu. Wskazała, że niewykazanie personelu w umowach oraz nieprawidłowości dotyczące sprzętu wynikały z niedopatrzenia.

(akta kontroli str. 239-240, 244-245)

7. Dla Oddziału Gin.-Poł. nie zapewniono w lokalizacji stałej obecności lekarza anestezjologa⁸¹ (w kontrolowanych okresach, tj. w lutym w latach 2022-2025) w soboty i niedziele oraz w dni powszednie w godzinach od 15:00 do 07:00, pomimo że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach tego wymagało (załącznik nr 3 Część I poz. 37 „Organizacja udzielania świadczeń” pkt 3). W tym czasie dyżur w Szpitalu pełnił tylko jeden lekarz anestezjolog, a taka obsada była niewystarczająca dla zapewnienia stałej dostępności świadczeń z zakresu anestezji dla Oddziału Gin.-Poł.

(akta kontroli str. 248-251)

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Opieki Medycznej⁸² wyjaśniła m.in., że pomimo podejmowania starań Szpital nie posiada odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z tej dziedziny. Wskazała, że dodatkowy dyżur anestezjologa w sytuacji zmniejszającej się liczby porodów oznaczałby dla Szpitala ogromne obciążenie finansowe.

(akta kontroli str. 253-254)

NIK zauważa, że posiadanie wymaganej liczby lekarzy anestezjologów jest warunkiem koniecznym realizacji świadczeń zarówno w oddziale Gin.-Poł., jak i w znajdującym się w strukturach Szpitala Oddziale Anestezjologii

⁷⁹ Jedna osoba realizowała świadczenia w miesiącach luty i sierpień 2023 r., druga w sierpniu 2023 r. (przypadek spoza próby ujawniony podczas innego badania), trzecia (psycholog) realizowała świadczenia w listopadzie 2023 r., sierpniu 2024 i lutym 2025 r. (przypadek spoza próby ujawniony podczas innego badania).

⁸⁰ Kontroli poddano 15 sztuk sprzętu medycznego według list zasobów będących załącznikiem do umowy z NFZ.

⁸¹ Tj. specjaliści w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

⁸² Dalej: „Zastępca Dyrektora ZOZ”.

i Intensywnej Terapii⁸³, który zgodnie z RPWDL dysponuje sześcioma stanowiskami intensywnej terapii. Podkreślić należy, że zgodnie z załącznikiem nr 3 część I poz. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, Szpital miał obowiązek zapewnienia dla OAiIT wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej lekarza anestezjologa⁸⁴ we wszystkie dni tygodnia i opieka ta nie mogła być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji⁸⁵.

8. W okresie objętym kontrolą Szpital nie zapewniał dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych, wymienionych w pkt 37 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach. Umowa zawarta z podmiotem zewnętrznym na badania histopatologiczne materiału tkankowego nie obejmowała swoim zakresem badań wykonywanych w tym trybie.

(akta kontroli str. 335-367)

Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że przyczyną niezapewnienia wymaganego dostępu do badań był brak możliwości nawiązania współpracy w tym zakresie z zewnętrznymi podmiotami, które świadczą tego typu usługi.

(akta kontroli str. 375-377)

NIK wskazuje, że badanie śródoperacyjne jest procedurą, w której niezwykle istotną rolę odgrywa czas, a jego wynik stanowi podstawę do podjęcia kluczowych decyzji, wiążących się z dalszym przebiegiem operacji. Dlatego zapewnienie dostępu do histopatologicznych badań śródoperacyjnych jest jednym z warunków szczegółowych jakie powinien spełniać Szpital realizując świadczenia gwarantowane z zakresu położnictwa i ginekologii.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu ustanowiono wewnętrzne procedury uwzględniające aktualny Standard oraz określono tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, które jednak wdrożono nierzetelnie. Pomieszczenia Oddziału Gin.-Poł. i Oddziału Noworodkowego wyposażono w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, które posiadały aktualne przeglądy. Brak było natomiast bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym w umowach z NFZ z 2017 r. i z 2023 r. Na Oddziałach zapewniono obsadę odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego, a pacjentki miały możliwość korzystania z dodatkowej nieodpłatnej opieki pielęgnacyjnej. Jednakże udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, niejednokrotnie nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, może świadczyć o niewłaściwej organizacji ich pracy. Szpital nie zapewnił ponadto odpowiedniej liczby lekarzy anestezjologów oraz dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

OBSZAR Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1. Przyjęcie pacjentek do porodu odbywało się w Izbie Przyjęć Szpitala, gdzie zakładana była historia choroby, karta gorączkowa i indywidualna karta zleceń lekarskich oraz pobierane były wymagane zgody (w tym zgoda na przyjęcie do

⁸³ Dalej: „OAiIT”.

⁸⁴ Specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

⁸⁵ Lekarz specjalista mógł opuścić OAiIT w celu podjęcia interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innych niezbędnych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wyłączeniem świadczeń z zakresu anestezji).

Szpitala) i oświadczenia/upoważnienia (m.in. do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej). Następnie w Pokoju Przyjęć na Oddziale Gin.-Poł. wypełniano pozostałą dokumentację, w której odnotowywano m.in. wywiad oraz opis badania położniczego. Koordynator Opieki Pielęgniarskiej wskazała, że w przypadku, gdy ze względu na stan położniczy konieczne jest natychmiastowe objęcie pacjentki opieką, obowiązek zebrania stosownych zgód spoczywa na położnej przyjmującej pacjentkę na Oddział Gin.-Poł. Spośród 30 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto badaniem⁸⁶, w dwóch przypadkach w historii choroby brakowało podpisów pacjentek ww. na zgodach i oświadczeniach, a w trzech – złożone w tym zakresie podpisy były nieczytelne, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 412-415, 454-459, 478-479)

Ustalono ponadto, że podczas przyjęcia do Szpitala identyfikowano u pacjentek ewentualną potrzebę objęcia śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS), weryfikowano grupę krwi (w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego), wyniki badań na obecność antygeny HBs i w kierunku zakażenia HIV. W przypadku braku aktualnych badań zlecano ich wykonanie.

(akta kontroli str. 412-415)

W Szpitalu opracowano przykładowy plan porodu. Dyrektor ZOZ podała w wyjaśnieniach, że kobiety objęte opieką w poradni przyszpitalnej otrzymywały go od położnej podczas wizyt w trakcie ciąży, a pacjentki spoza poradni przy przyjęciu do ZOZ. Dodała, że „Szpital respektuje również indywidualne plany porodu przynieszone przez pacjentki, które są każdorazowo omawiane z personelem medycznym w celu zapewnienia bezpiecznego i zgodnego z oczekiwaniami przebiegu porodu oraz ewentualnych modyfikacji w trakcie jego trwania”.

(akta kontroli str. 426-430)

2.2. Spośród 30 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto badaniem:

- 13 porodów odbyło się w drodze cięcia cesarskiego, a 17 drogami natury (w tym osiem porodów zabiegowych⁸⁷);
- w przypadku cięć cesarskich każdorazowo uzyskiwano pisemną zgodę rodzącej na znieczulenie i wykonanie operacji;
- w przypadku porodów drogami natury stosowano tzw. zgodę ogólną, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- plany porodu znajdowały się w dokumentacji 24 pacjentek (10 – których poród odbył się w drodze cięcia cesarskiego oraz 14 rodzących drogami natury); w miarę możliwości uwzględniano postanowienia planu porodu modyfikując go zgodnie z jego przebiegiem / według potrzeb / w zależności od potrzeb w uzgodnieniu z rodzącą, jednak informację o tym zamieszczono jedynie na karcie obserwacji porodu czterech pacjentek spośród 30, których dokumentację medyczną objęto analizą. Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła, że plan porodu jest standardowo omawiany przez położną w trakcie przyjmowania pacjentki na salę porodową i zgodnie z sytuacją kliniczną oraz

⁸⁶ Próba obejmowała dokumentację pacjentek, które urodziły w Szpitalu w latach 2022-2024, w tym jednej pacjentki z niepełnosprawnością i dwóch pacjentek z otyłością (wskaźnik BMI powyżej 30).

⁸⁷ Sześć z użyciem próżniociągu położniczego i dwa z użyciem kleszczy położniczych.

potrzebami pacjentki jest modyfikowany. Dodała, że nie zostało przyjęte jako obowiązkowe odnotowywanie w dokumentacji medycznej realizacji lub modyfikacji planu porodu;

- 18 rodzących korzystało w trakcie porodu ze wsparcia osoby bliskiej;
- zabieg amniotomii⁸⁸ (w celu indukcji porodu) nie był wykonywany u żadnej rodzącej;
- nacięcie krocza wykonano u 12 z 14 rodzących drogami natury⁸⁹; w żadnym z tych przypadków w dokumentacji medycznej nie odnotowano przyczyn wykonania tego zabiegu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkim pacjentkom zakładano wkłucie do żyły obwodowej, w związku z koniecznością podawania leków drogą dożylną.

(akta kontroli str. 412-415, 454-459)

2.3. W dokumentacji 18 pacjentek odnotowano z jakich metod łagodzenia bólu porodowego skorzystały (jedna pacjentka z metod niefarmakologicznych⁹⁰, sześć pacjentek z metod niefarmakologicznych⁹¹ i farmakologicznych⁹², 11 pacjentek z metod farmakologicznych⁹³). W żadnym przypadku stosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu nie uzyskano jednak pisemnej zgody rodzącej na zastosowanie tej metody, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 412-415, 454-459)

Kontrola wykazała, że mimo obowiązującej w Szpitalu od 26 maja 2025 r. procedury *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej* (wymienionej w pkt 1.5. wystąpienia pokontrolnego) nie zapewniono pacjentkom faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego z wykorzystaniem tej metody, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 241, 311-327)

2.4. Analiza sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków wykazała, że:

- do historii choroby w każdym przypadku dołączano m.in.: kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych, wyniki konsultacji, kartę obserwacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego również zgody na znieczulenie i wykonanie zabiegu, okołooperacyjną kartę kontrolną, kartę przebiegu znieczulenia oraz protokół operacyjny;
- karty obserwacji porodu były zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹⁴; wypełniano w nich wszystkie wymagane rubryki;

⁸⁸ Tj. przebicie pęcherza płodowego.

⁸⁹ W tym we wszystkich ośmiu porodach zabiegowych.

⁹⁰ Pozycje wertykalne, TENS.

⁹¹ Pozycje wertykalne, imersja wodna, techniki oddechowe.

⁹² Nieopiodowe leki przeciwbólowe, leki rozkurczowe.

⁹³ Nieopiodowe leki przeciwbólowe, leki rozkurczowe, analgezja wziewna.

⁹⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

- dokumentacja medyczna ośmiu pacjentek nie była ponumerowana i nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosowano kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w dokumentacji medycznej noworodków znajdowały się m.in. zgłoszenie o porodzie; dokument pn. *Stan noworodka po porodzie*, indywidualne karty zleceń lekarskich (odrębna dla zlecanych leków i odrębna dla zlecanych badań); dokument pn. *Zgody noworodkowe* w tym na wykonanie szczepień ochronnych oraz obowiązkowych zabiegów profilaktycznych i diagnostycznych (podanie witaminy K, profilaktykę zakażeń przedniego odcinka oka, badanie pulsoksymetryczne, pobranie krwi na testy przesiewowe, podanie immunoglobuliny); wyniki badań; karta przesiewowego badania słuchu; oświadczenie przy wypisie (z dołączonym jednym ze znaków tożsamości, w które noworodek był zaopatrzony podczas pobytu w Szpitalu).

(akta kontroli str. 410-411, 416-420, 517)

2.5. W próbie objętej analizą 27 noworodkom zapewniono nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, jeden noworodek był „kangurowany” przez ojca (w 28 przypadkach⁹⁵ kontakt trwał minimum dwie godziny, w jednym przypadku 30 minut z uwagi na zaburzenia oddychania u dziecka⁹⁶). W jednym przypadku kontakt ten nie wystąpił z uwagi na stan ogólny noworodka⁹⁷.

(akta kontroli str. 416-420)

2.6. Badanie dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024 wykazało, że:

- podczas porodu w sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka oraz lekarz Oddziału Noworodkowego (neonatolog lub pediatra);
- w każdym przypadku dokonano oznakowania noworodka i oceny jego stanu według skali Apgar oraz wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K i test pulsoksymetryczny;
- noworodki miały wykonane szczepienia, zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych, po uprzedniej kwalifikacji dokonanej przez lekarza i pisemnym wyrażeniu zgody przez matkę;
- noworodkom wykonano: przesiewowe badania słuchu, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi);
- dwa noworodki, u których stwierdzono zaburzenia podczas badania, mogące stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, zostały przekazane do

⁹⁵ W 17 przypadkach po porodach drogami natury, w 11 przypadkach po porodach w drodze cięcia cesarskiego

⁹⁶ Dziecko przekazane do oddziału noworodkowego trzeciego poziomu referencyjnego.

⁹⁷ Dziecko przekazane do oddziału noworodkowego trzeciego poziomu referencyjnego.

oddziału noworodkowego o poziomie referencyjnym adekwatnym do ich potrzeb zdrowotnych;

- badanie kliniczne noworodków przez lekarza Oddziału Noworodkowego przeprowadzone było w okresie 12 godzin od urodzenia i odbyło się w obecności matki lub ojca, ale nie zostało to jednak potwierdzone podpisem rodzica na druku *Stan noworodka po porodzie*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w przypadku wykonywania u noworodków na zlecenie lekarza dodatkowych badań (np. USG, badania laboratoryjne) w trzech przypadkach nie uzyskano pisemnej zgody rodzica, a w 14 nie wskazano rodzaju badania diagnostycznego na które rodzic/opiekun wyraził zgodę, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali "matka z dzieckiem" (o ile stan zdrowia matki na to pozwalał).

(akta kontroli str. 334, 416-420, 422, 427, 443)

2.7. Kobietom, które urodziły dziecko w Szpitalu przekazywano informacje o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia. Otrzymały także od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Na Oddziale zapewniono dostęp do laktatorów i lodówki do przechowywania pokarmu. Spośród 30 noworodków urodzonych w ZOZ w latach 2022-2024, których dokumentację medyczną objęto analizą, jednemu dziecku podawano mleko modyfikowane (matka odmówiła karmienia piersią).

(akta kontroli str. 412-415)

W Szpitalu nie podawano mleka z banku mleka kobiecego ani nie nawiązano współpracy z takim bankiem. Dyrektor ZOZ wyjaśniła, że wynika to ze specyfiki Oddziału Noworodkowego, na którym nie są hospitalizowane noworodki z cechami wcześniactwa ani dzieci, które z innych przyczyn muszą być długotrwale oddzielone od matki i wymagają stałego dokarmiania.

(akta kontroli str. 416-420, 443)

2.8. W Szpitalu opracowano *Program poprawy jakości opieki nad kobietą roniącą*⁹⁸ określający zasady opieki nad pacjentkami, które doświadczyły sytuacji szczególnych (wymieniony w pkt 1.3. wystąpienia pokontrolnego). Wskazano w nim zakres działań na poszczególnych etapach hospitalizacji pacjentki, w tym m.in.: umożliwienie, zgodnie z życzeniem pacjentki, skorzystania z pomocy psychologicznej, pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, kontaktu z duchownym (jeżeli wyraża taką potrzebę) oraz udzielenie wszelkich informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji i przysługujących prawach. Udostępniano także ulotki informacyjne dla pacjentek po stracie dziecka zawierające ww. informacje. Oddział współpracował z Fundacją Tęczowy Kocyk, która dostarczała m.in. różki, czapeczki, ubranka w celu godnego pożegnania i pochowania dziecka.

⁹⁸ Dokument zatwierdzony 1 lutego 2021 r. przez Dyrektora ZOZ.

(akta kontroli str. 263, 480-481, 489-496)

W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu urodziło się jedno martwe dziecko, jedno dziecko zmarło w drugiej godzinie życia i hospitalizowanych było łącznie 137 pacjentek, które utraciły ciążę w wyniku poronienia (w tym dziewięć powyżej 12 tygodnia ciąży)⁹⁹. Na próbie dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które w latach 2022-2025 (I półrocze) doświadczyły sytuacji szczególnych¹⁰⁰ ustalono, m.in., że:

- pacjentkom zapewniono możliwość pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub połogu, które urodziły zdrowe dziecko;
- zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa (w analizowanej próbie trzy pacjentki skorzystały z tej formy wsparcia);
- umożliwiono pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (w analizowanej próbie dwie pacjentki zrezygnowały z pożegnania, skorzystały z możliwości otrzymania pamiątki z Fundacji Tęczowy Kocyk);
- informowano o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka¹⁰¹. W przypadku, kiedy matka zrzekła się tego prawa pochówku dokonywało Centrum Usług Społecznych w Chełmnie. Zasady postępowania w takich przypadkach zostały uregulowane w instrukcji pn. *Postępowanie z płodem poronionym*.

(akta kontroli str. 146, 474-477, 519-533)

Analiza ww. dokumentacji wykazała ponadto, że w trzech przypadkach nie uzyskano pisemnej zgody pacjentek na hospitalizację oraz podpisów na wymaganych oświadczeniach, a w jednym przypadku złożone przez pacjentkę podpisy były nieczytelne. Dodatkowo w trzech przypadkach nie uzyskano pisemnej zgody na wysłanie materiału do badania histopatologicznego, a dokumentacja trzech pacjentek nie była ponumerowana i nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 452, 474-477)

2.9. Wśród najistotniejszych problemów w sprawowaniu opieki okołoporodowej w Szpitalu Dyrektor ZOZ oraz pracownicy medyczni wskazali m.in. na:

- ograniczoną dostępność anestezjologa do wykonywania znieczuleń zewnątrzoponowych (wynikającą zarówno z braków kadrowych, jak i konieczności zabezpieczenia innych obszarów działalności Szpitala);
- niskie wyceny procedur okołoporodowych w ramach kontraktu z NFZ, co znacząco ogranicza możliwości finansowe placówki w zakresie rozwoju i modernizacji opieki;
- znaczący odsetek pacjentek zgłaszających się do porodu ze skierowaniami na planowe cięcia cesarskie, wystawianymi w trybie ambulatoryjnym, które

⁹⁹ 47 w 2022 r. (w tym sześć powyżej 12 tygodnia ciąży), 41 w 2023 r. (w tym trzy powyżej 12 tygodnia ciąży), 32 w 2024 r. i 17 w I półroczu 2025 r.

¹⁰⁰ W próbie uwzględniono dokumentację jednej pacjentki, która urodziła martwe dziecko z ciąży donoszonej; jednej, której dziecko zmarło w drugiej godzinie życia; ośmiu pacjentek hospitalizowanych w związku z utratą dziecka w wyniku poronienia ciąży powyżej 12 tygodnia.

¹⁰¹ W analizowanej próbie siedem pacjentek skorzystało z tego prawa, a jedna złożyła oświadczenie o niewyrażeniu woli pochowania poronionego płodu. W dwóch przypadkach zabezpieczono jedynie popłód – poronienie w toku.

„nierzadko nie są poparte jednoznacznymi wskazaniami medycznymi, co skutkuje wzrostem liczby porodów operacyjnych oraz ograniczeniem możliwości prowadzenia porodów siłami natury”;

- przeciążenie personelu dokumentacją medyczną i obowiązkami administracyjnymi co odbywa się często kosztem bezpośredniego kontaktu z pacjentką;
- niewystarczającą świadomość pacjentek w zakresie fizjologii porodu, położu oraz laktacji, wynikająca z braku wcześniejszej edukacji lub dostępu do rzetelnych informacji.

(akta kontroli str. 380, 497-502)

2.10. W latach 2022-2025 (I półrocze) do Szpitala wpłynęła jedna skarga dotycząca opieki okołoporodowej¹⁰². Skarżąca zarzucała, że mimo zgłoszenia się do Szpitala w związku z odczuwanymi skurczami, została odesłana do domu. Dyrektor ZOZ niezwłocznie wyjaśniła okoliczności skargi i udzieliła stosownej odpowiedzi. Przeprowadzona weryfikacja opisanej w skardze sytuacji (poprzez rozmowę z personelem medycznym pełniącym dyżur w dniu zdarzenia i sprawdzenie dokumentacji medycznej) nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 505-507)

Z informacji przekazanej przez Dyrektora NFZ¹⁰³ wynika, że w okresie objętym kontrolą nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych w ZOZ świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 140-141)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niezgodnie z obowiązującymi w ZOZ procedurami i nierzetelnie prowadzono dokumentację pięciu spośród łącznie 40 objętych badaniem pacjentek, ponieważ nie uzyskano:
 - a. pisemnej zgody tych pacjentek na przyjęcie do Szpitala i nie uzyskano ich podpisów na potwierdzeniu zapoznania z prawami pacjenta (w tym m.in. *o prawie do informacji o stanie zdrowia oraz możliwości wyrażenia zgody lub odmowy na określone świadczenia zdrowotne po uzyskaniu odpowiedniej informacji*);
 - b. podpisów pacjentek na upoważnieniach do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i do uzyskania dokumentacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych (ze wskazaniem imienia i nazwiska osób upoważnionych);
 - c. pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych.

W czterech innych przypadkach złożone przez pacjentki podpisy w tym zakresie były nieczytelne.

Powyższe naruszało zapisy § 12 ust. 8 i 9 regulaminu organizacyjnego Szpitala, w myśl którego personel medyczny Izby Przyjęć zobowiązany był przyjąć pisemną zgodę pacjentki na hospitalizację oraz uzyskać jej podpis na

¹⁰² Skarga wpłynęła do Szpitala 21 sierpnia 2023 r.

¹⁰³ Informacje przekazane NIK w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Pismo NFZ02-ZKW.090.8.2025 z 5 sierpnia 2025 r.

ww. upoważnieniach. Złożenia czytelnych podpisów w tym zakresie wymagał natomiast obowiązujący w Szpitalu druk *Historii choroby*.

(akta kontroli str. 40, 412-415, 452, 454-459, 474-477)

Koordinator Opieki Pielęgniarskiej w wyjaśnieniach podała m.in., że brak podpisów bądź ich nieczytelność wynikały z sytuacji nagłych związanych z dynamicznym przebiegiem porodu, jego zaawansowaniem lub koniecznością niezwłocznego podjęcia interwencji medycznej. Wskazała, że w takich przypadkach pacjentki każdorazowo informowane są o przysługujących im prawach i wyrażają ustną zgodę na przyjęcie do Szpitala oraz wskazują dane osób upoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej. Dodała, że późniejsze niezuzupełnienie wymaganych podpisów wynikało z przeoczenia.

(akta kontroli str. 479)

Zastępca Dyrektora ZOZ wskazała m.in., że każda pacjentka przyjmowana do Oddziału Gin.-Poł. jest informowana przez położną o przysługujących jej prawach co potwierdza podpisem na wydrukowanym z dokumentacji elektronicznej formularzu *Historia pielęgnowania część 1*.

(akta kontroli str. 460-461)

NIK wskazuje, że jeśli pacjentki nie mogły podpisać zgody na przyjęcie do Szpitala oraz wymaganych oświadczeń i upoważnień ze względu na stan zdrowia, adnotacja o przyczynach braku podpisów lub o wyrażeniu zgody ustnej powinna zostać odnotowana przez personel w dokumentacji medycznej, na co wskazuje §12 ust. 10 regulaminu organizacyjnego Szpitala.

2. W Szpitalu nie odebrano od 12 pacjentek pisemnej zgody na wykonanie zabiegu nacięcia krocza. W przypadku ośmiu z nich uzyskano zgodę ogólną (tzw. zgodę blankietową) na formularzu pn. *Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu leczniczego/badania diagnostycznego*, na którym w miejscu *rodzaj zabiegu leczniczego lub badania diagnostycznego* wpisano „zabiegi okołoporodowe”. W kolejnych trzech przypadkach wskazany formularz zawierał jedynie podpis pacjentki (bez daty i podpisu lekarza), a w jednym takiego dokumentu brakowało. Powyższe naruszało art. 18 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym zgoda w formie pisemnej jest wymagana m.in. w odniesieniu do zabiegów stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a takie może wywoływać w szczególności zwiększona utrata krwi związana z nacięciem skóry, błony śluzowej i mięśni krocza czy możliwości infekcji miejsca nacięcia.

(akta kontroli str. 412-415, 431-435)

Dyrektor ZOZ w wyjaśnieniach podała m.in., że w praktyce pacjentki są szczegółowo informowane ustnie o planowanych procedurach, a przy podpisywaniu zgody ogólnej o charakterze tego zapisu oraz o tym, że obejmuje on wszystkie standardowe procedury wykonywane w trakcie porodu. Dodała, że sam zabieg wykonywany jest wyłącznie za zgodą rodzącej. Wskazała ponadto, że w celu zapewnienia pełnej transparentności oraz zgodności z obowiązującymi standardami podjęta została decyzja o opracowaniu i wdrożeniu w Szpitalu odrębnych, szczegółowych zgód na poszczególne typy zabiegów i działań medycznych.

(akta kontroli str. 422, 426, 460-462, 470-473)

NIK zauważa, że wyrażenie pisemnej zgody przez pacjentkę na zabieg nie stanowi wyłącznie formalności. Zgoda powinna cechować się odpowiednim poziomem szczegółowości, tak aby pacjentka mogła podjąć decyzję z pełną świadomością i wiedzą na co się godzi i czego może się spodziewać odnośnie do planowanej interwencji medycznej. Jednocześnie wyrażenie zgody bez podania daty, uniemożliwia stwierdzenie, czy została ona udzielona przed zabiegiem, a zgoda wyrażona po udzieleniu świadczenia zdrowotnego nie ma mocy prawnej.

3. W Szpitalu w przypadku 12 rodzących, u których wykonano zabieg nacięcia krocza, nie odnotowano w dokumentacji medycznej przyczyn wykonania tego zabiegu, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

(akta kontroli str. 412-415, 452)

Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła m.in., że ze względu na dynamiczny przebieg II okresu porodu informacja o planowanym nacięciu krocza oraz jego przyczynie przekazywana jest pacjentce ustnie, bezpośrednio przed jego wykonaniem.

(akta kontroli str. 462)

NIK zauważa, że zgodnie z częścią X ust. 4 pkt 7 Standardu nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach. Skoro więc nie jest to zabieg rutynowy, to każde jego wykonanie powinno być uzasadnione w dokumentacji medycznej.

4. W żadnym z 17 przypadków stosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu nie uzyskano pisemnej zgody rodzącej na zastosowanie tej metody co było niezgodne z zapisami ust. 30 i 33 części VII Standardu oraz wprowadzonych w Szpitalu i obowiązujących w okresie objętym kontrolą procedur pn. *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego metodami farmakologicznymi*.

(akta kontroli str. 294-296, 306-310, 412-415, 454-459)

Zastępca Dyrektora ZOZ w wyjaśnieniach wskazała m.in, że każda pacjentka wyraża zgodę na określone świadczenia medyczne, po uprzednim poinformowaniu co do zasadności jego wykonania, w formie ustnej oraz pisemnej na formularzu *Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu leczniczego/badania diagnostycznego*. Dodała, że zostały opracowane nowe formularze zgody na określone postępowanie okołoporodowe, które w sposób jednoznaczny określają świadczenia realizowane w stosunku do rodzącej.

(akta kontroli str. 451-461)

5. Mimo wprowadzonej od 26 maja 2025 r. procedury *Postępowanie medyczne w łagodzeniu bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej*, w której jako grupę opieki wskazano „wszystkie kobiety zgłaszające się do porodu (...), które chcą skorzystać z analgezji regionalnej jako metody łagodzenia bólu porodowego”, w ZOZ nie zapewniono rodzącym faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego z wykorzystaniem tej metody. Organizacja pracy anestezjologów przewidywała bowiem w godzinach od 15:00 do 07:00 w dni powszednie oraz w soboty i niedziele obecność w Szpitalu tylko

jednego lekarza anestezjologa (szczegółowy opis w pkt 1.6. wystąpienia pokontrolnego oraz nieprawidłowości nr 7 w obszarze 1).

(akta kontroli str. 241, 254, 311-328)

Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła m.in., że z uwagi na zmniejszoną liczbę porodów przyjęte w Szpitalu rozwiązanie zapewnia dostępność w zakresie świadczeń anestezjologicznych dla Oddziału Gin.-Poł. w każdej sytuacji, która tego wymaga. Wskazała, że podejmowane są działania rekrutacyjne w celu spełnienia wymagań Standardu.

(akta kontroli str. 453, 463)

NIK zauważa, że zapewnienie tej formy znieczulenia nie jest wymagane w oddziałach położniczych o pierwszym stopniu referencyjności, więc jeśli Szpital zdecydował się na jej wprowadzenie to powinien zapewnić do niej faktyczny dostęp wszystkim rodzącom.

6. Dokumentacja medyczna 11 pacjentek¹⁰⁴ nie była ponumerowana i nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co było niezgodnie z wymogami § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 412-415, 452, 454-459, 474-477)

Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła, że przyczyną powyższego było niedopatrzenie pracowników.

(akta kontroli str. 460-463)

7. W żadnym z 30 poddanych analizie przypadków nie uzyskano od matki lub ojca podpisu na dokumencie *Stan noworodka po porodzie*, który zawierał m.in. opis przeprowadzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza Oddziału Noworodkowego, mimo że dokument ten przewidywał uzyskanie tego podpisu, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 416-420, 454-459)

Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła, że wskazany dokument drukowany jest w celu potwierdzenia przez lekarza neonatologa przeprowadzenia badania klinicznego noworodka po porodzie i nie jest stosowane uzyskiwanie podpisu rodzica. Dodała, że wzór dokumentu zostanie zmodyfikowany.

(akta kontroli str. 467)

8. W przypadku wykonywania u noworodków na zlecenie lekarza dodatkowych badań (np. USG, badania laboratoryjne) w trzech przypadkach nie uzyskano pisemnej zgody rodzica na ich wykonanie, mimo że uzyskanie takiej zgody przewidziane było w regulacjach wewnętrznych Szpitala (obowiązującym od 8 lipca 2019 r. Standardzie akredytacyjnym Prawa Pacjenta – Nr 8 POŁ/GIN; *Zgody noworodkowe*), ponadto w 14 przypadkach na druku zgody nie wskazano rodzaju badania diagnostycznego na które rodzic/opiekun wyraził zgodę, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 412-420, 431-439, 454-459)

¹⁰⁴ Spośród łącznie 40, których dokumentację medyczną objęto analizą.

Zastępca Dyrektora ZOZ wyjaśniła, że w każdym przypadku zlecenia badań diagnostycznych u noworodka rodzice są ustnie informowani o ich zakresie. Dodała, że wskazane uchybienia wynikają z przeoczenia i błędu ludzkiego.

(akta kontroli str. 467)

9. Od trzech z ośmiu pacjentek, u których doszło do utraty ciąży w wyniku poronienia, nie uzyskano pisemnej zgody na wysłanie materiału do badania histopatologicznego, mimo że wymagała tego obowiązująca w Szpitalu instrukcja pn. *Postępowanie z płodem poronionym* (załącznik nr 6 *Świadoma zgoda na wysłanie materiału do badania histopatologicznego*).

(akta kontroli str. 474-477, 521-533)

Zastępca Dyrektora ZOZ w wyjaśnieniach, podała m.in., że w wielu przypadkach informacje przekazywane były pacjentkom ustnie, a przyczyną braków w dokumentacji było niedopatrzenie pracowników.

(akta kontroli str. 462-463)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom zgłaszającym się do porodu zapewniono odpowiednią opiekę i wsparcie, jednak w przypadkach konieczności wykonania zabiegu nacięcia krocza nie odnotowywano w dokumentacji medycznej przyczyn jego wykonania i nie uzyskiwano od rodziców pisemnych zgód w tym zakresie, wymaganych art. 18 ustawy o prawach pacjenta. Nie dopełniono także obowiązku uzyskania pisemnej zgody rodziców na zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, co było niezgodne z zapisami ust. 30 i 33 części VII Standardu, a ponadto nie zapewniono faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej pacjentkom przyjmowanym do porodu. Urodzonym w Szpitalu noworodkom udzielano wymaganych świadczeń, jednak nierzetelnie pobierano od rodziców zgody na wykonanie u dziecka dodatkowo zleconych przez lekarza procedur, a w trzech przypadkach takich zgód nie uzyskano w ogóle, co naruszało obowiązujące w ZOZ wewnętrzne regulacje w tym zakresie. Pacjentkom doświadczającym sytuacji szczególnych Szpital zapewnił właściwą opiekę, ale w siedmiu przypadkach niezgodnie z obowiązującymi procedurami i nierzetelnie odebrał od nich pisemne zgody i/lub oświadczenia.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Rzetelne wdrażanie opracowywanych w Szpitalu wewnętrznych procedur.
 2. Niedopuszczanie do dyżurów lekarskich dłuższych niż 24 godzinne.
 3. Rzetelna weryfikacja kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń.
 4. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykazywanym w umowach z NFZ.
 5. Zapewnienie dla Oddziału Gin.-Poł. stałej obecności lekarza anestezjologa.
 6. Zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

7. Uzyskiwanie w każdym przypadku pisemnej zgody na zabiegi stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta.
8. Stosowanie formularzy zgód pacjentów na zabiegi medyczne i badania dostosowanych do konkretnej procedury/zabiegu/badania i rzetelne ich wypełnianie.
9. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej przyczyn wykonania nacięcia krocza.
10. Zapewnienie pacjentkom przyjmowanym do porodu faktycznej możliwości łagodzenie bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej.
11. Egzekwowanie od personelu medycznego prawidłowego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Bydgoszcz, 6 października 2025 r.

Kontroler

(-) Jolanta Szydłowska-Hęsiak
Główny specjalista kontroli
państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p. o. Dyrektor
(-) Tomasz Sobacki