



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.20.4.2025

Pani Ewa Brudnoch  
p.o. Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Wielospecjalistycznego Zakładu  
Opieki Zdrowotnej Ministerstwa  
Spraw Wewnętrznych  
i Administracji w Bydgoszczy  
ul. ks. R. Markwarta 4-6  
85-015 Bydgoszcz

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/25/061 Opieka okołoporodowa**

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Bydgoszczy  
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-131 Bydgoszcz  
tel. 48525675800, lby@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Bydgoszczy <sup>1</sup> , ul. ks. R. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Brudnoch, p.o. Dyrektor, od 1 października 2025 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Marek Lewandowski, Dyrektor, od 30 czerwca 2011 r. do 30 września 2025 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli) <sup>2</sup> , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Beata Odjas, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/90/2025 z 26 czerwca 2025 r. Mikołaj Rumiński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/91/2025 z 26 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-6, 314-315)

---

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital”.

<sup>2</sup> Czynności kontrolne zakończono 10 października 2025 r.

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

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

### OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie świadczeń zdrowotnych w Poradni Ginekologicznej i gabinecie położnych podstawowej opieki zdrowotnej<sup>5</sup> udzielał wykwalifikowany personel. Pacjentkom zapewniono dostęp do świadczeń profilaktycznych oraz do badań diagnostycznych i konsultacji medycznych zgodnie ze „Standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej”, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>6</sup>. Urządzenie pomieszczeń i ich wyposażenie było zgodne z obowiązującymi przepisami, a pacjentkom zapewniono poczucie intymności. Kobiety w ciąży miały możliwość uczestniczenia w zajęciach z edukacji przedporodowej prowadzonych przez położne POZ, których program odpowiadał Standardowi. Podejmowano odpowiednie działania by pacjentkom w ciąży zlecać niezbędne badania diagnostyczne i konsultacje, ale wystąpiły incydentalne przypadki gdy takich badań nie zlecano lub nie udokumentowano udzielenia świadczeń. Położne POZ zapewniły ciągłą i prawidłową opiekę nad położnicami i ich dziećmi wykonując nie mniej niż cztery wizyty, które rzetelnie udokumentowano. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.: niedopełnienia obowiązku bieżącej aktualizacji danych w zakresie harmonogramu pracy personelu oraz sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy<sup>7</sup> oraz nieudokumentowania części świadczeń udzielonych pacjentkom.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

1. Wewnętrzną organizację Szpitala regulował Statut nadany przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji<sup>8</sup> oraz Regulamin Organizacyjny nadany przez Dyrektora<sup>9</sup>. Świadczenia w objętym kontrolą obszarze opieki okołoporodowej realizowane były w ramach Bydgoskiej Przychodni MSWiA, gdzie funkcjonowała Poradnia Ginekologiczna i gabinet położnej POZ. Księga Rejestrowa nr 18807 przewidywała funkcjonowanie tych komórek. W okresie kontrolowanym nie dokonywano zmian rejestrowych w tym obszarze. Czas pracy gabinetu położnej POZ był niezgodny z wymogami, gdyż poradnia nie zapewniała pracy w godz. 16:00-18:00, co szczegółowo opisano w sekcji

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

<sup>5</sup> Dalej: „położne POZ”.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, dalej: „Standard”.

<sup>7</sup> Dalej: „K-P NFZ”.

<sup>8</sup> Zarządzenie nr 58 Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 19 grudnia 2016 r (Dz. U. MSWiA z 2022 r. poz. 3) oraz Zarządzenie nr 44 Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 1 sierpnia 2024 r. (Dz. U. MSWiA z 2024 r. poz. 50).

<sup>9</sup> Regulamin Organizacyjny wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora nr 13/2020 z 25 czerwca 2020 r. zmieniony aneksem nr 1 z dnia 10 czerwca 2024 r.

*Stwierdzone nieprawidłowości.* W zakresie czasu pracy Poradni Ginekologicznej nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 7-90, 148-151)

Szpital realizował świadczenia dotyczące opieki okołoporodowej w zakresie położnictwa i ginekologii<sup>10</sup> w okresie od 1 stycznia 2022 r.<sup>11</sup> do 31 grudnia 2022 r. na podstawie umowy nr 02-00-01364-17-21/17-21/B0328/PSZ<sup>12</sup>, a w okresie od 1 stycznia 2023 r.<sup>13</sup> na podstawie umowy nr 02-00-01364230001/2023/B0328/PSZ<sup>14</sup>. Ponadto w zakresie świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej<sup>15</sup> na podstawie umowy nr 02-00-01364-16-08/B0328/POZ<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 91-137)

2. W Szpitalu liczba zarejestrowanych pacjentek, które odbyły co najmniej jedną wizytę w latach 2022-2025 (I półrocze) w Poradni Ginekologicznej wyniosła 12 181, a w POZ 3 100. Liczba prowadzonych ciąż wynosiła łącznie 293, a w poszczególnych latach 2022-2024 odpowiednio: 88, 102 i 64. Łącznie u 814 pacjentek przeprowadzono edukację przedporodową, a u 1 485 pacjentek przeprowadzono wizyty patronażowe.

(akta kontroli str. 138)

3. Świadczenia w Poradni Ginekologicznej realizowało pięciu lekarzy ze specjalizacją z ginekologii i położnictwa oraz trzech lekarzy w trakcie tej specjalizacji. Ponadto zespół wspierała położna. W przypadku dwóch lekarzy, nie odnotowano ich miesięcznej nieobecności poprzez aktualizację potencjału osobowego w umowie, pomimo takiego obowiązku, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 144, 148-150, 154)

Świadczenia położnej POZ realizowały dwie położne, jedna posiadająca dyplom magistra położnictwa, a druga specjalizację z pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, co uprawniało do realizacji świadczeń. Obie położne pracowały od 8:00 do 16:00 i czas ten nie pokrywał się z czasem pracy wykazywanym w Załączniku nr 1 do umowy POZ, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 146, 151, 153, 155)

4. W zakresie standardu opieki okołoporodowej przeprowadzono szkolenie wewnętrzne położnych udzielających świadczeń na Oddziale Położniczym, Patologii Cięży i Ginekologii z Pododdziałem Neonatologicznym w 2019 r. oraz dla położnych POZ w 2022 r. Lekarze Poradni Ginekologicznej nie uczestniczyli w tych szkoleniach. Ponadto personel uczestniczył w szkoleniach zewnętrznych, ale tylko jeden z członków personelu uczestniczył w szkoleniu obejmującym zagadnienia stanu psychicznego kobiety. Dyrektor<sup>17</sup> wyjaśnił m.in., że

---

<sup>10</sup> Dalej: „Poradnia Ginekologiczna”.

<sup>11</sup> Umowa obowiązywała od 1 stycznia 2017 r.

<sup>12</sup> Dalej: „Umowa PSZ z 2017 r.”.

<sup>13</sup> Umowa obowiązywała do 30 czerwca 2027 r.

<sup>14</sup> Dalej: „Umowa PSZ z 2023 r.”.

<sup>15</sup> Dalej: „położna POZ”.

<sup>16</sup> Dalej: „umowa POZ”.

<sup>17</sup> Wyjaśnień w toku kontroli udzielił Pan Marek Lewandowski.

zatrudniony personel posiadał wymagane kwalifikacje i nie ma potrzeby zapewniania dodatkowych szkoleń. Lekarze w trakcie odbywania specjalizacji odbywają kurs w zakresie postępowania w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży. Podkreślił, że zatrudnieni lekarze mają 30-40 letni staż i nie muszą odbywać szkoleń z tego zakresu, sami mogliby je prowadzić.

(akta kontroli str. 171-175, 177, 182)

5. Kontroli poddano dziesięć wykazywanych w umowach PSZ jednostek sprzętu medycznego<sup>18</sup>. Dysponowano instrukcjami obsługi sprzętu oraz potwierdzeniami aktualnych przeglądów technicznych. W dwóch przypadkach (na 10) wykazywany w umowie PSZ sprzęt nie był w dyspozycji Poradni Ginekologicznej, a w jednym przypadku – mimo wykorzystywania sprzętu do realizacji przedmiotowych świadczeń – dane o nim nie były wykazane w umowie PSZ. Szczegółowe informacje zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W Poradni Ginekologicznej nie było wagi krzesłkowej, najazdowej dostosowanej do przeprowadzania badań u osób z niepełnosprawnością lub z otyłością. Jak wskazała położna oddziałowa Oddziału Położnictwa, Patologii Ciąży i Ginekologii w Poradni Ginekologicznej w Szpitalu znajdowała się waga krzesłkowa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym na II piętrze, a waga łóżkowa na Oddziale Neurologii I piętro. W razie konieczności ustalenia masy ciała pacjentki poruszającej się na wózku była możliwość skorzystania dostępnych w lokalizacji wag. Dozwolone maksymalne obciążenie elektrycznego fotela ginekologicznego wykorzystywanego w Poradni wynosiło 150 kg. W gabinecie położnych POZ zapewniono wskazane w ust. 4 pkt 1 części III załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>19</sup> wyposażenie, z wyjątkiem kompletnego zestawu przeciwwstrząsowego oraz stetoskopu, słuchawki położniczej lub detektora tętna płodu, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Neseser położnej wyposażony był we wszystkie elementy zgodnie z ust. 4 pkt 2 części III załącznika nr 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. Poradnia Ginekologiczna była wyposażona zgodnie załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>20</sup>. Jednakże brakowało w nim wskazanego w Załączniku 1a „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji”, lp. 4 „Porada położnej – położnictwo i ginekologia” do ww. rozporządzenia w pełni wyposażonego zestawu przeciwwstrząsowego, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 143)

6. Działająca w Szpitalu Poradnia Ginekologiczna zapewniła dostęp do świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii, tj.: do badań laboratoryjnych

---

<sup>18</sup> Aparat do elektrokoagulacji, aparat do kriochirurgii, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, detektor tętna płodu, kolposkop, mikroskop, zestaw do pobrania materiału do badań cytologicznych, wagę medyczną ze wzrostomierzem, ultrasonograf, fotel ginekologiczny.

<sup>19</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ”.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS”.

i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; USG z głowicami: przezpochwową, przezbrzuszną, do badania piersi, RTG, kolposkopii, krioterapii, elektrokoagulacji i mammografii.

(akta kontroli str. 195-206)

7. Świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej w Poradni Ginekologicznej udzielane były w pomieszczeniach zlokalizowanych na pierwszym piętrze, pięciokondygnacyjnego budynku. Do wejścia do Szpitala prowadziły schody oraz podjazd dla osób z niepełnosprawnością. Budynek wyposażony był w windę. Poradnia Ginekologiczna znajdowała się w dwóch gabinetach – Gabinetie Lekarskim i Gabinetie Położnej, między którymi znajdował się pokój przechodni, w którym wykonywane były badania KTG, a także dwa pomieszczenia sanitarno-higieniczne. Gabinet położnych środowiskowych POZ znajdował się w poziomie -1, do którego dostęp był możliwy z poziomu parteru schodami lub windą, a także bezpośrednio z poziomu parkingu. Położne POZ dzieliły go z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej w części wyodrębnionej dla dzieci zdrowych. Oględziny wykazały, że gabinety Poradni Ginekologicznej w ramach PZS zostały urządzone zgodnie z wymogami wskazanymi w § 4 i § 37 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>21</sup>, tj. wyposażone były w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, miskę ustępową oraz bidet. W gabinecie położnych POZ zapewnione zostały warunki lokalowe dla realizacji świadczeń położnych POZ wymagane ust. 3 części III załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie POZ, tj. zorganizowano gabinet do udzielania świadczeń, miejsce dla oczekujących pacjentek oraz dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych zlokalizowanych na tym samym poziomie budynku. Zarówno w Poradni Ginekologicznej jak i w gabinecie położnych POZ pacjentkom zapewniono poczucie intymności i godności. Wejście do Gabinetu Lekarskiego w Poradni Ginekologicznej możliwe było wyłącznie przez Gabinet Położnej i następnie pomieszczenie sanitarno-higieniczne. Nie było możliwości wejścia prosto z korytarza. Okna w Poradni Ginekologicznej zabezpieczone były do wysokości 1/3 folią mleczną oraz zamontowanymi w nich roletami.

(akta kontroli str. 196-206, 210-215)

8. W Poradni Ginekologicznej, gabinecie położnych POZ, a także w ciągach komunikacyjnych prowadzących do tych pomieszczeń przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W miejscach, w których przebywały pacjentki, którym udzielane były świadczenia obejmujące opiekę okołoporodową m.in.: wejście do Szpitala, pomieszczenia Poradni Ginekologicznej, korytarz przy Poradni oraz gabinet położnych POZ nie zostały umieszczone plakaty, broszury i inne materiały

---

<sup>21</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 402, dalej: „dalej” „rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń”.

reklamowe i promocyjne wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia<sup>22</sup>.

(akta kontroli str. 195-215)

9. W okresie kontrolowanym w Poradni Ginekologicznej przeprowadzane były tylko kontrole wewnętrzne w obszarze szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych. Łącznie przeprowadzono sześć takich kontroli, tylko jedna z nich zakończyła się sformułowaniem wniosku pokontrolnego zobowiązującego do wymiany kosza na odpady zakaźne i jak m.in. wyjaśnił Dyrektor został on wymieniony.

(akta kontroli str. 176, 179, 183)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zapewnił aktualnych i wiarygodnych danych w umowach z NFZ na temat posiadanego potencjału sprzętowego i harmonogramu pracy personelu, gdyż:

- a) w trzech na sześć kontrolowanych miesięcy<sup>23</sup> pomimo długotrwałej nieobecności w pracy dwóch lekarzy przez cały miesiąc<sup>24</sup> nadal byli oni deklарowani w Załączniku nr 2 harmonogram zasoby w umowie nr 02-00-01364-17-21/17-21/B0328/PSZ świadczeń realizowanych w poradni w zakresie położnictwa i ginekologii;
- b) we wszystkich skontrolowanych siedmiu miesiącach<sup>25</sup> obie zatrudnione położne realizujące świadczenia w ramach umowy POZ świadczenia położnej POZ pracowały od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00, a zgodnie z potencjałem wykazywanym w umowie - Załącznik nr 1 harmonogram zasoby, jedna z nich pracować miała w godzinach od 8:30 do 18:00, a druga w poniedziałki od 10:00 do 18:00, a od wtorku do piątku od 8:00 do 18:00.

Stanowiło to naruszenie przepisów § 6 ust. 1 i 2 w zw. z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>26</sup>, które zobowiązują świadczeniodawcę do wykonywania umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi m.in. w tych ogólnych warunkach, a te – w § 6 ust. 1 i ust. 2 – stanowią, że świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne [...] zgodnie z harmonogramem, a jego zmiany dotyczące osób wymagają zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str. 148, 151)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że było to wynikiem błędu i braku bieżącej weryfikacji.

(akta kontroli str. 177-179, 182-183)

<sup>22</sup> Ustalono w trakcie oględzin przeprowadzonych 27 i 28 sierpnia 2025 r.

<sup>23</sup> Kontroli poddano czas pracy w sześciu wybranych miesiącach i ustalono, że w przypadku jednego lekarza był to jeden pełny miesiąc, a w drugim przypadku dwa miesiące.

<sup>24</sup> W jednym przypadku jednego na cztery kontrolowane miesiące (sierpień 2023 r.) oraz w drugim przypadku dwóch na cztery kontrolowane miesiące (luty i sierpień 2024 r.).

<sup>25</sup> Miesiące: luty i sierpień w latach 2022-2024 oraz luty 2025 r.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm. dalej: „OWU”.

2. W dwóch przypadkach na dziesięć sprzęt wykazywany jako potencjał Szpitala w ramach umowy PZS z 2023 r. - Załącznik nr 2 harmonogram zasoby, w zakresie świadczeń: Świadczenia w Systemie Podstawowego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej – świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii realizowane w Poradni Ginekologicznej, nie stanowił potencjału do udzielania świadczeń zdrowotnych i nie był w dyspozycji tej Poradni<sup>27</sup>. Ponadto wykorzystywany do realizacji przedmiotowych świadczeń aparat do elektrokoagulacji<sup>28</sup> nie był wykazywany w ww. umowie, pomimo że § 9 ust. 1 załącznika OWU zobowiązywał świadczeniodawcę do udzielania świadczeń [...] zgodnie z określonym w umowie harmonogramem [...], którym jest – zgodnie z § 1 pkt 2 lit. c załącznika OWU – wykaz zawierający informację dotyczące m.in. sprzętu i aparatury medycznej, stanowiący załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. wykaz m.in. informacji dot. sprzętu i aparatury medycznej. Obowiązkiem świadczeniodawcy, wynikającym z § 2 ust. 2 i ust. 9 umowy PSZ, było bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji ww. umowy.

(akta kontroli str. 91-97, 143)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że był to wynik błędu i został już poprawiony.

(akta kontroli str. 178, 183)

3. Szpital nie zapewnił w ramach umowy POZ w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024 oraz w lutym 2025 r. realizacji świadczeń położnej POZ w godzinach od 16:00 do 18:00, gdyż zatrudniony personel realizował świadczenia tylko od 08:00 do 16:00, pomimo że zgodnie z załącznikiem nr 3 część I ust. 2pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ, świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń położnej POZ w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00. Jednocześnie w ww. okresach wykazany harmonogram udzielania świadczeń położnej POZ nie pokrywał się z okresami udzielania świadczeń personelu medycznego, gdyż wskazywał on na udzielanie świadczeń od 8:00 do 18:00, a zatrudnione położne pracowały od 8:00 do 16:00<sup>29</sup>.

(akta kontroli str. 117-133, 147, 151, 156-169)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że realizacja świadczeń odbywała się pomiędzy 8:00 a 18:00, co było zgodne z przepisami.

(akta kontroli str. 179, 183)

NIK zauważa, że zaproponowana interpretacja wymogu realizacji świadczeń pomiędzy wybranymi dowolnie godzinami pomiędzy 8:00 a 18:00, a nie w całym okresie pomiędzy tymi godzinami, prowadziłyby do nieuprawnionego ograniczenia godzin udzielania świadczeń. Stanowisko w zakresie dostępności świadczeń w godzinach od 8:00 do 18:00 potwierdza NFZ<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Były to: aparat do elektrokoagulacji nr fabryczny 601301 oraz mikroskop nr fabryczny 01047.

<sup>28</sup> Nr fabryczny 501468.

<sup>29</sup> Od poniedziałku do piątku.

<sup>30</sup> Świadczenia POZ - za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ - udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00,

4. W gabinecie położnej POZ w dniu oględzin NIK brakowało Glucosum 20 % - roztwór do wstrzykiwań i jednego płynu infuzyjnego, tj. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych, które były wymagane na podstawie części III ust. 4 pkt 1 lit. i załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ w zw. z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie<sup>31</sup> oraz stetoskopu, słuchawki położniczej lub detektora tętna płodu, które były wymagane na podstawie części III ust. 4 pkt 1 lit. k załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. W Poradni Ginekologicznej także nie było w pełni wyposażonego zestawu przeciwwstrząsowego, ponieważ brakowało w nim Glucosum 20 % - roztwór do wstrzykiwań i jednego płynu infuzyjnego, tj. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych, które były wymagane na podstawie załącznika 1a „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji”, lp. 4 „Porada położnej – położnictwo i ginekologia”, rozporządzenia w sprawie AOS, w związku z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie zestawów przeciwwstrząsowych.

(akta kontroli str. 195-206, 210-215)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła, m.in. że w gabinetach znajdują się zestawy reanimacyjne zgodne z wewnętrzną procedurą PP-07 „Gospodarka produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi”. W zakresie braku stetoskopu, słuchawki położniczej lub detektora tętna płodu wskazała, że detektor tętna płodu znajduje się w torbie położnej, która udzielając świadczeń zarówno w środowisku, jak i stacjonarnie wyposażona jest w torbę.

(akta kontroli str. 306, 309)

NIK zauważa, że prawodawca wskazał, niezbędny skład zestawu przeciwwstrząsowego, który powinien znajdować się w Poradni Ginekologicznej oraz gabinecie położnych POZ.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W okresie objętym kontrolą działająca w Szpitalu Poradnia Ginekologiczna i Gabinet położnych POZ zapewniały opiekę pacjentkom w ciąży poprzez wykwalifikowany personel, sprzęt i warunki lokalowe niezbędne do ich udzielania. Pacjentkom zapewniono dostęp do badań i procedur. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku aktualizacji posiadanego potencjału sprzętowego i harmonogramu pracy personelu, a także braku dwóch produktów leczniczych w zestawach przeciwwstrząsowych znajdującym się w tych poradniach.

---

z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. [Podstawowa opieka zdrowotna](#) - dostęp 28 lipca 2025 r.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 1772, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie zestawów przeciwwstrząsowych”.

**2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej**Opis stanu  
faktycznego

1. W latach 2022-2025<sup>32</sup> w Szpitalu raz zorganizowano zajęcia szkoły rodzenia, w kwietniu 2025 r.<sup>33</sup>. Zajęcia z edukacji przedporodowej dla ciężarnych prowadzone były przez położne POZ w formie zajęć grupowych. Odbywały się w sali konferencyjnej, na zapleczu której zgromadzono niezbędne rekwizyty: lalki bobasy, ubranka, laktatory, piłki gimnastyczne i pufy sako. Położne prowadziły zajęcia w oparciu o własne materiały szkoleniowe.

(akta kontroli str. 213-214, 232-283, 307, 310)

Analiza dokumentacji 30 kobiet w ciąży, w tym 10 które prowadziły ciążę w Poradni Ginekologicznej Szpitala i 20, które uczestniczyły tylko w edukacji przedporodowej wykazała, że:

- a) najczęściej ciężarne zgłaszały się na zajęcia między 29 a 30 tygodniem ciąży – osiem, w 21 tygodniu ciąży – siedem ciężarnych, a w 33 – jedna;
- b) 19 ciężarnych uczestniczyło w sześciu lub więcej zajęciach;
- c) dla każdej ciężarnej zakładano „Kartę edukacji kobiety ciężarnej od 21 do rozwiązania ciąży”, w której odnotowywano informacje dotyczące danych osobowych, rodzaju wykonywanej pracy, warunków lokalowych, przeprowadzonego wywiadu ogólnego – aktualne i przebyte choroby, operacje, choroby towarzyszące obecnej ciąży, stosowane leki/witaminy, używki, wywiadu położniczego – liczby porodów o czasie, przedwczesnych, poronień, przebiegu przebytych ciąż, nazwiska lekarza prowadzącego, daty ostatniej miesiączki, terminu porodu;
- d) z każdego spotkania sporządzano dokument „Gromadzenie danych do karty edukacji kobiety ciężarnej od 21 do rozwiązania ciąży”, w którym zaznaczano zrealizowane podczas danego spotkania tematy zajęć. W części „Uwagi i zalecenia” odnotowywano informacje o stanie ciężarnej – tydzień ciąży, stan ogólny, ciśnienie, tętno, czynność serca płodu;
- e) tematyka zajęć odpowiadała wymogom określonym w części IV Standardu. Położne w dokumentacji ciężarnych nie odnotowały faktu realizacji zajęć dotyczących profilaktyki chorób kobiecych - samobadania piersi, pobierania wymazów cytologicznych, nowotworów narządu rodowego, zapoznania położnicy ze wskazaniem instytucji, w której może uzyskać stosowną pomoc w razie konieczności, propagowania Szkoły Rodzenia. Jak wyjaśniła położna, która prowadziła te zajęcia tematyka była realizowana, ale nie zaznaczono tego przez nieuwagę w dokumentacji. Wykorzystywany przez położne POZ „Konspekt spotkań edukacyjnych dla kobiet ciężarnych” oraz opracowany materiał szkoleniowy przewidywał takie zajęcia.

(akta kontroli str. 232-283, 319-331)

2. Analiza dokumentacji medycznej 31 pacjentek<sup>34</sup>, które w latach 2022-2025 prowadziły ciążę w Poradni Ginekologicznej wykazała, że pacjentkom

<sup>32</sup> Według stanu na 3 października 2025 r.

<sup>33</sup> Odbyło się pięć spotkań, w każdym uczestniczyło po pięć-sześć par. Wykładowcami były położne i lekarz neonatolog.

<sup>34</sup> W tym jednej pacjentki, która doświadczyła sytuacji szczególnej, o której mowa w części XV ust. 1 Standardu.

zapewniono dostęp do wymaganych świadczeń, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych. Stwierdzono jednak, że wystąpiły sytuacje, że wymagane badania diagnostyczne i konsultacje medyczne nie zostały zlecone, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto realizując wymagania wynikające ze Standardu w dokumentacji medycznej nie odnotowano udzielenia świadczeń profilaktycznych wykonanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia, m.in.: u wszystkich pacjentek nie odnotowano faktu propagowania zdrowego stylu życia na wizytach w terminie 11-14, 15-20, 21-26, 27-32, 33-37, 38-39 tydzień ciąży; zalecenia kontroli stomatologicznej w terminie do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się; wykonania badania gruczołów sutkowych w terminie do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się oraz między 33-37 tygodniem ciąży; w przypadku 16 pacjentek – przekazania informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie, co także opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 284-287, 289, 302-305)

3. W dokumentacji medycznej 18 z 31 pacjentek Poradni, których dokumentację analizowano odnotowano fakt przekazania informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. 14 Pacjentkom wystawiono skierowania. 11 pacjentek, którym wystawiono skierowania wykonało te badania, a lekarze prowadzący ciążę odnotowali w dokumentacji fakt ich zrealizowania poprzez odpowiedni wpis. W pozostałych trzech przypadkach brak jest informacji o tym, czy pacjentki wykonały badania, brak jest także informacji o przyczynach niewykonania zleconych badań, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Lekarze prowadzący ciążę nie odnotowywali danych podmiotów leczniczych, w których pacjentki zrealizowały te badania. W dwóch z 11 przypadków odnotowano nazwisko lekarza, który badanie przeprowadził, a w trzecim – pacjentka przekazała do dokumentacji medycznej kserokopię wyniku. Pacjentki miały zlecone te badania z uwagi na wiek, a także na stan zdrowotny, w którym się znajdowały, np. po leczeniu choroby nowotworowej, w związku z obciążeniem w wywiadzie rodzinnym.

(akta kontroli str. 284-287, 289, 302-305)

4. Analiza dokumentacji 31 pacjentek wykazała, że w ich dokumentacji medycznej nie odnotowywano faktu skierowania ich w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży do położnych POZ w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i jej dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 284-287, 302-305)

5. W Poradni Ginekologicznej przechowywano dokumentację medyczną pacjentek w ciąży. W jej skład wchodziła karta ciąży, a także wydruki z systemu informatycznego dotyczące udzielonych świadczeń. Położne POZ prowadzące zajęcia z edukacji przedporodowej w systemie informatycznym prowadziły „Kartę edukacji kobiety ciężarnej od 21 tygodnia do rozwiązania ciąży” oraz dokument „Gromadzenie danych do karty edukacji kobiety ciężarnej od 21 do rozwiązania ciąży”. Analiza dokumentacji 31 pacjentek, które pozostawały pod opieką Poradni Ginekologicznej wykazała, że:

- a) wpisy były czytelne, do dokumentacji dołączano wydruki z systemu informatycznego;
- b) w 31 kartach nie zawarto informacji o szczepieniach i stosowanych surowicach, co było niezgodne z § 39 ust. 3 pkt 1 w zw. z ust. 4 i § 38 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>35</sup>, w trzech nie odnotowano wyniku badań prenatalnych, co było niezgodne z § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 6 ww. rozporządzenia oraz w 31 przypadkach nie zawarto adnotacji dotyczącej kwalifikacji do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej, co było niezgodne z § 39 ust. 5 pkt 3 w zw. z ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Powyższe szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 288, 319-357)

6. W dokumentacji medycznej pacjentek dostępnej w Poradni Ginekologicznej i u położnych POZ prowadzących edukację przedporodową brak było adnotacji dotyczących opracowania planu opieki przedporodowej i planu porodu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Spośród 30 pacjentek, których udział w edukacji przedporodowej analizowano, 24 zdecydowały się na poród w Szpitalu, w którym uczestniczyły w zajęciach edukacji przedporodowej. Trzy z tych 24 pacjentek zostały przyjęte do planowego cięcia cesarskiego, a do dokumentacji medycznej dwóch z 21 pacjentek dołączono plany porodu.

(akta kontroli str. 308, 311, 316, 318)

7. Położne POZ obejmowały opieką położnice i ich dzieci przeprowadzając wizyty w miejscu zamieszkania pacjentek. Analiza dokumentacji z wizyt przeprowadzonych u 20 położnic i ich dzieci wykazała, że:

- a) pierwszą wizytę przeprowadzono nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka – u 16 położnic, u dwóch przypadkach – w pierwszym dniu roboczym po upływie 48 godzin od otrzymania zgłoszenia<sup>36</sup>, a w dwóch kolejnych przypadkach – termin wizyty był późniejszy z uwagi na prośbę pacjentek, którą odnotowano w dokumentacji medycznej;
- b) do 6 tygodnia po porodzie położne odbyły cztery wizyty u jednej położnicy, pięć wizyt – u sześciu i sześć wizyt – u 13 położnic,
- c) dla każdej położnicy zakładano „Kartę wizyt patronażowych kobiety w okresie połogu”, w których odnotowywano informacje dotyczące danych osobowych, wywiadu położniczego, w tym o przebiegu porodu i ewentualnych komplikacjach, wadze urodzeniowej, skali Apgar, zabiegach profilaktyczno-leczniczych stosowanych podczas pobytu w szpitalu, dacie wypisu ze szpitala, dacie zgłoszenia, zaleceniach oraz dacie pierwszej wizyty położnej środowiskowej;
- d) na każdej wizycie położne POZ wypełniały dokument „Gromadzenie danych do Karty wizyt patronażowych kobiety w okresie połogu”, w którym odnotowywały informacje dotyczące m.in.: oceny stanu psychicznego i emocjonalnego, przebiegu laktacji, stanu piersi,

<sup>35</sup> Dz. U. z 2024 r., poz. 798, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

<sup>36</sup> Zgłoszenie miało miejsce 18 sierpnia 2023 r., a wizyta 21 sierpnia 2023 r. oraz 28 lipca 2023 r. i 31 lipca 2023 r.

brodawek sutkowych, macicy, odchodów, rany krocza/rany pooperacyjnej, okolic odbytu. Ponadto odnotowywano przeprowadzenie edukacji, np. w zakresie: prawidłowej pielęgnacji rany krocza i rany pooperacyjnej, szkodliwości palenia papierosów, unikania alkoholu i używek, samoobserwacji i badania piersi, inwolucji macicy, jakości i ilości odchodów, powracającej płodności;

- e) położne na każdej wizycie dokonywały oceny stanu położniczego, a działania edukacyjne i pozostałe działania położnej realizowane były w zależności od potrzeb położnicy;
- f) podczas wizyt informowano położnic o celowości badań kontrolnych po 6 tygodniach połogu w Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Położna przeprowadzająca wizyty u położnic i ich dzieci wyjaśniła, że wizytę u lekarza położnika zaleca po zakończeniu połogu, czyli po 6 tygodniach. Takie zalecenia są również zamieszczone w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego położnicy;
- g) w przypadku wszystkich 20 położnic nie opracowano planu opieki, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- h) dla każdego noworodka zakładano „Kartę wizyt patronażowych nad dzieckiem do ukończenia 2 miesiąca życia”, w których odnotowywano informacje dotyczące danych osobowych, warunków mieszkaniowych, przebiegu ciąży i porodu, zrealizowania kontaktu „skóra do skóry”, sposobu karmienia w szpitalu, stanu dziecka po porodzie według skali Apgar, wad i urazów okołoporodowych, obecności żółtaczk w szpitalu, poziomu bilirubiny, testu na hipotyreozę, testu na fenyloketonurię, obowiązkowych szczepień, zaleceń ze szpitala, daty pierwszej wizyty położnej POZ;
- i) na każdej wizycie położne POZ wypełniały dokument „Gromadzenie danych do Karty wizyty patronażowej nad dzieckiem do ukończenia 2 miesiąca życia”, w którym odnotowywały informacje dotyczące m.in.: karmienia, ulewania pokarmu, zachowania dziecka, stolca, moczu, skóry, oczu, nosa, jamy ustnej, sutków, kikuta pępowinowego, dna pępka, stanu pośladków i krocza, wad wrodzonych i urazów okołoporodowych, edukacji w zakresie pielęgnacji skóry, oczu i jamy ustnej, kikuta pępowinowego, prawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka, profilaktyki stawów biodrowych noworodka, znaczenia karmienia piersią w profilaktyce chorób zakaźnych.

(akta kontroli str. 290-292, 332-357)

8. Wśród najistotniejszych problemów w sprawowaniu opieki okołoporodowej w Szpitalu, Dyrektor Szpitala oraz pracownicy medyczni wskazali m.in. na: ograniczoną możliwość sprawowania opieki w ramach wizyt patronażowych u wcześniaków z uwagi na ograniczenie wiekowe obowiązujące do 8 tygodnia życia, przez to wykrycie ewentualnych nieprawidłowości i zapewnienie kompleksowej opieki nad rodziną i wcześniakiem jest utrudnione, a także obowiązek odnotowywania dużej ilości informacji w dokumentacji medycznej, które prowadzą do nadmiernej biurokratyzacji pracy lekarza i położnej kosztem czasu poświęconego pacjentce.

(akta kontroli str. 219-226, 308, 311)

9. W kontrolowanym okresie wpłynęło do Szpitala łącznie 47 skarg<sup>37</sup>, w 2022 r. 20, w 2023 r. sześć, w 2024 r. 14, w 2025 r. siedem. Z ww. skarg dwie dotyczyły funkcjonowania Poradni Ginekologicznej, a jedna – z 2024 r. – była związana z opieką okołoporodową. Skargę rozpatrzono zgodnie z obowiązującą procedurą, tj. Zarządzeniem nr 14/2017 z dnia 14 listopada 2017 r. w sprawie powołania Komisji do opiniowania wniosków i rozpatrywania skarg kierowanych do Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Bydgoszczy. Została uznana za niezasadną. Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>38</sup> poinformował, że nie wpłynęły do niego skargi związane z udzielaniem świadczeń związanych z opieką okołoporodową w ramach Poradni Ginekologicznej i położnych POZ w Szpitalu.

(akta kontroli str. 216, 317)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Analiza 31 dokumentacji medycznych wykazała, że pacjentkom w ciąży nie zlecono części badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wymaganych Standardem: I tak w przypadku:

- a) 31 pacjentek na wizycie w terminie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się nie zlecono badania w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji;
- b) jednej pacjentki na wizycie w terminie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się nie wykonano badania cytologicznego, a w dokumentacji medycznej nie było informacji o wykonaniu badania w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- c) jednej pacjentki nie wykonano badania ultrasonograficznego<sup>39</sup> zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników między 11-14 tygodniem ciąży mimo, że na wizycie kontrolnej była dokładnie w 14 tygodniu ciąży. Zamiast wykonać usg lekarz prowadzący ciążę wystawił skierowanie na badanie w 20 tygodniu ciąży;
- d) jednej pacjentki nie wykonano badania usg, mimo że pacjentka zgłosiła się na wizytę w 23 tygodniu ciąży, a między 18 a 22 tygodniem ciąży nie miała wykonanego badania usg. Lekarz prowadzący ciążę wystawił skierowanie na badanie w 25 tygodniu ciąży;
- e) czterech pacjentek między 21-26 tygodniem ciąży z ujemnym wynikiem w I trymestrze nie zlecono badania w kierunku toksoplazmozy (IgM);
- f) jednej pacjentki między 33-37 tygodniem ciąży nie zlecono badania antygenu Hbs;
- g) ośmiu pacjentek między 33-37 tygodniem ciąży nie zlecono badania HIV;
- h) trzech pacjentek między 38-39 tygodniem ciąży nie zlecono wykonania badania krwi i moczu;
- i) jednej pacjentki niezwłocznie po 40 tygodniu ciąży nie wykonano badania usg.

---

<sup>37</sup> Stan na 15 września 2025 r.

<sup>38</sup> Na podstawie art. 29 ust. 2 lit. f ustawy o NIK, według stanu na 10 lipca 2025 r.

<sup>39</sup> Dalej: „usg”.

Było to naruszenie części II Standardu.

(akta kontroli str. 284-287, 302-305)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła, m.in. że przyczyną braku zlecenia powyższych badań diagnostycznych było przeoczenie.

(akta kontroli str. 296-299)

2. Analiza 31 dokumentacji medycznych pacjentek w ciąży wykazała, że nie odnotowano w niej zrealizowania części świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza lub położną i działań w zakresie promocji zdrowia przez co nie można stwierdzić, że te świadczenia zostały faktycznie zapewnione mimo, że były wymagane przepisami części II Standardu.. I tak w przypadku:

- a) 31 pacjentek na wizytach w terminie między 11-14, 15-20, 21-26, 27-32, 33-37, 38-39 tygodniem ciąży nie odnotowano faktu propagowania zdrowego stylu życia;
- b) 31 pacjentek na wizytach w terminie do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się na wizycie nie odnotowano zalecenia kontroli stomatologicznej;
- c) 28 pacjentek w terminie do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się oraz u 30 pacjentek między 33-37 tygodniem ciąży nie odnotowano wykonania badania gruczołów sutkowych;
- d) 13 pacjentek na wizycie w terminie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się nie odnotowano faktu przekazania im informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie;
- e) dwóch pacjentek odpowiednio między 21-26 i 33-37 tygodniem ciąży nie udokumentowano przeprowadzenia oceny czynności serca płodu;
- f) dwóch pacjentek na wizytach między 33-37 tygodniem ciąży nie udokumentowano oceny wymiarów miednicy;
- g) dwóch pacjentek między 33-37 tygodniem nie udokumentowano oceny ruchów płodu;
- h) ośmiu pacjentek między 38-38 tygodniem ciąży nie udokumentowano wykonania badania położniczego;

Brak udokumentowania wykonania powyższych świadczeń był działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 284-287, 302-305)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła m.in., że świadczenia profilaktyczne zostały wykonane, ale nie zostały odpowiednio odnotowane w dokumentacji medycznej. Wskazała, że u wszystkich pacjentek lekarze wykonują badania palpacyjne gruczołów sutkowych, w trakcie wywiadu podczas zakładania Karty ciąży pacjentki są pytane o stan uzębienia i informowane o konieczności odbycia wizyty u stomatologa, a w trakcie wizyt prowadzone są z nimi rozmowy na temat zdrowego stylu życia. Do Kart ciąży aktualnie drukowane są załączniki umożliwiające dokonania wpisów potwierdzających realizację wymagań określonych w Standardzie.

(akta kontroli str. 296-299)

3. W dokumentacji medycznej 31 pacjentek nie odnotowano faktu skierowania ich pomiędzy 21 a 26 tygodniem ciąży na edukację przedporodową, co było niezgodne z częścią II pkt 1 i pkt 2 Standardu, który wskazuje, że osoba sprawująca opiekę jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie; w dokumentacji medycznej ciężarnej odnotowuje się fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 287-290, 302-305)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła, że wszystkie pacjentki słownie informowano o możliwości rozpoczęcia edukacji przedporodowej, ale faktu tego nie udokumentowano poprzez wpisy w dokumentacji medycznej. Podała także, że informacja o bezpłatnych zajęciach edukacyjnych wraz z numerami telefonu do położnych prowadzących te zajęcia jest zamieszczona przed wejściem do Poradni Ginekologicznej. Dodatkowo do kart ciąży pacjentek wkładane są wizytówki z kontaktem do położnych POZ.

(akta kontroli str. 297)

4. W kartach ciąży nie odnotowano części informacji wymaganych rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej. I tak na 31 kart ciąży objętych analizą w toku kontroli:

- a) u 30 pacjentek, wśród informacji o ogólnym stanie zdrowia pacjentki nie było adnotacji o szczepieniach i stosowanych surowicach, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 1 w zw. z ust. 4 i § 38 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- b) w trzech nie było informacji o wynikach badań diagnostycznych wykonanych w związku z wystawionymi skierowaniami, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- c) w żadnym przypadku nie zawarto adnotacji dotyczącej kwalifikacji do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej, tj. informacji wymaganej § 39 ust. 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 292)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła, że każda pacjentka przy zakładaniu karty ciąży jest pytana, czy była szczepiona na różyczkę lub czy ją przechorowała. Taka informacja jest za każdym razem przekazywana lekarzowi. Na tej podstawie lekarz wystawia skierowanie na badania lub nie widzi takiej potrzeby. U wszystkich pacjentek takie informacje były wpisywane do dokumentacji Karty ciąży wydawanej pacjentce. Brak odnotowania wyniku badań prenatalnych wynikał z nieprzedstawienia ich przez pacjentki. Odnośnie do braku adnotacji o kwalifikacji do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej potwierdziła, że w kartach ciąży nie dokonano takich wpisów, lecz opieka taka była sprawowana o czym świadczą liczne skierowania na badania prenatalne, amniopunkcję, skierowania do poradni specjalistycznych.

(akta kontroli str. 293-299)

5. W przypadku 30 pacjentek, które zostały objęte edukacją przedporodową, w dokumentacji medycznej, którą dysponował Szpital brak było wpisów potwierdzających opracowanie planu opieki przedporodowej i planu porodu, przez co nie była możliwa ocena, czy modyfikowano je odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki, jak tego wymagały postanowienia części V ust. 2 Standardu. Zgodnie z częścią V ust. 3 Standardu plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej. Spośród 30 pacjentek, które uczestniczyły w edukacji przedporodowej w Szpitalu, 24 wybrały ten Szpital na miejsce porodu, w tym trzy pacjentki zostały przyjęte do planowego cięcia cesarskiego, a z 21 pozostałych tylko dwie zgłosiły się do porodu z jego planem.

(akta kontroli str. 316, 318)

Dyrektor ds. ekonomiczno-administracyjnych, główna księgowa wyjaśniła, że nie jest opracowywany wspólny plan porodu. Gotowy plan porodu wraz z zakresem wykonywanych badań diagnostycznych i konsultacji medycznych jest wydawany pacjentkom przy zakładaniu kart ciąży.

(akta kontroli str. 308, 311)

NIK podkreśla, że rzetelne działanie Szpitala wymaga, aby w dokumentacji medycznej ciężarnych znajdowały się dokumenty potwierdzające realizację wynikających ze Standardu obowiązków nałożonych na osoby sprawujące opiekę nad ciężarną lub przynajmniej odnotowano fakt wywiązania się z tych obowiązków w opracowanych dla potrzeb edukacji przedporodowej dokumentach.

6. W przypadku 20 położnic nie opracowano planu opieki, co było niezgodne z częścią XIV ust. 6 Standardu, który stanowi, że opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.

(akta kontroli str. 290-291)

Położna realizująca wizyty u położnic wyjaśniła, że indywidualny plan opieki tworzyła podczas wizyty u położnicy na podstawie indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia pacjentki, obejmując oceną stan ogólny, położniczy i psychiczny, monitorowała laktację, ocenę higieny, a także prowadziła edukację i profilaktykę.

(akta kontroli str. 295, 300)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W Szpitalu zapewniono ciężarnym dostęp do edukacji przedporodowej, a w Poradni Ginekologicznej dostęp do wymaganych badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, a także świadczeń profilaktycznych. Opieka nad położnicami i ich dziećmi była realizowana prawidłowo poprzez wykonanie odpowiedniej liczby wizyt patronażowych, a także rzetelnie udokumentowana. Skarga, która wpłynęła do Szpitala została terminowo rozpatrzona zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą. W realizacji opieki okołoporodowej stwierdzono nieprawidłowości dotyczące incydentalnych przypadków niewykonania odpowiednich badań, braku adnotacji dotyczących opracowania planu opieki przedporodowej i planu porodu, a także indywidualnego planu opieki nad położnicą i jej dzieckiem. Ponadto w dokumentacji medycznej nie odnotowywano m.in. udzielania porad w zakresie propagowania zdrowego stylu życia czy też badania gruczołów sutkowych.

#### **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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bieżące dokonywanie zmian w umowach z NFZ w zakresie potencjału służącego realizacji świadczeń zdrowotnych.</li><li>2. Zlecenie pacjentkom w ciąży badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wymaganych Standardem.</li><li>3. Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów, w tym z uwzględnieniem wszystkich informacji o świadczeniach, których im udzielono.</li><li>4. Dostosowanie zestawów przeciwwstrząsowych do obowiązujących wymagań.</li></ol>

#### **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 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, 16 października 2025 r.

	Najwyższa Izba Kontroli
Kontroler	Delegatura NIK w Bydgoszczy
(-) Beata Odjas	p.o. Dyrektor
Główny specjalista kontroli państwowej	(-) Tomasz Sobacki