



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.20.5.2025

Pani
Beata Sternal-Wolańczyk
Dyrektor Miejsko-Gminnej
Przychodni w Świeciu
ul. Wojska Polskiego 80
86-100 Świecie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu ¹ , ul. Wojska Polskiego 80, 86-100 Świecie
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Sternal-Wolańczyk, Dyrektor, od 1 grudnia 2013 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 ²), 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Karolina Lahutta, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/87/2025 z 25 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dalej: „Przychodnia” lub „MGP”.

² Czynności kontrolne zakończono 8 września 2025 r.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie MGP nie zapewniła części warunków do udzielania świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej wymaganych umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia⁵, a udzielanie świadczeń dla pacjentek w ciąży i położu nie zawsze odbywało się zgodnie z przepisami załącznika⁶ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁷.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W okresie objętym kontrolą Przychodnia sprawowała opiekę okołoporodową zapewniając wykwalifikowany personel medyczny oraz warunki lokalowe niezbędne do udzielania świadczeń. Zapewniono również dogodny dla pacjentek dostęp do najczęściej wykonywanych w ciąży badań diagnostycznych i procedur. Kontrola wykazała jednakże braki w wyposażeniu wymaganym przepisami do udzielania świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁸. Nie zapewniono ponadto dostępności komórek organizacyjnych Przychodni sprawujących opiekę okołoporodową we wszystkich godzinach zadeklarowanych w harmonogramach stanowiących załącznik do umowy z NFZ. Pacjentkom Przychodni w okresie okołoporodowym na ogół zapewniano opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. Wszystkie pacjentki we właściwym czasie objęto edukacją przedporodową, udzielono im pomocy w opracowaniu planu porodu i planu opieki przedporodowej, zapewniono większość wymaganych badań i procedur w trakcie ciąży, a po rozwiązaniu objęto opieką w domu, realizując wymaganą liczbę wizyt patronażowych. Stwierdzono przypadki niewykonania u pacjentek w ciąży przewidzianych Standardem badań i procedur medycznych. Ponadto dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, pacjentek gabinetu położnej POZ i noworodków nie zawierała części wymaganych elementów i nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielano.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.

Opis stanu faktycznego

1.1. W kontrolowanym okresie Przychodnia funkcjonowała jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez Gminę Świecie i w zakresie opieki okołoporodowej była związana z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju:

- podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń położnej POZ;

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

⁵ Dalej: „NFZ”.

⁶ Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej (dalej: „Standard”).

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

⁸ Dalej: „położna POZ”.

⁹ 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.

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁰ w zakresie położnictwa i ginekologii (tj. ambulatoryjna porada specjalistyczna z zakresu położnictwa i ginekologii)¹¹.

(akta kontroli str. 6, 50, 81-322, 673)

Ww. świadczenia MGP realizowała za pomocą dwóch wyodrębnionych organizacyjnie komórek: Poradni Położniczo-Ginekologicznej¹² oraz Gabinetu Położnej Środowiskowo-Rodzinnej¹³. Obie komórki, jak również wymagany do udzielania porad specjalistycznych z zakresu położnictwa i ginekologii gabinet diagnostyczno-zabiegowy, wyszczególnione zostały w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Ich zadania określone zostały w regulaminie organizacyjnym Przychodni.

(akta kontroli str. 12-66, 81-322)

W obowiązujących w latach 2022-2025 (I półrocze) kontraktach z NFZ Przychodnia zadeklarowała zapewnienie udzielania świadczeń:

- w Poradni Położniczo-Ginekologicznej od poniedziałku do piątku, codziennie w godzinach od 7:30 do 19:00;
- w Gabinetzie Położnej POZ od poniedziałku do piątku codziennie w godzinach od 8:00 do 18:00.

Badanie obecności personelu przeprowadzone na wybranych siedmiu miesiącach kontrolowanego okresu¹⁴ wykazało, że zadeklarowana dostępność ww. komórek organizacyjnych nie została zapewniona w pełni w żadnym z analizowanych miesięcy, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 81-322, 478-520, 649-654)

1.2. W latach 2022-2024 oraz w I półroczu 2025 r. personel pracujący w Poradni położniczo-ginekologicznej prowadził odpowiednio: 88, 71, 57 i 18 ciąż. Pacjentki w ciąży stanowiły odpowiednio 4,6%, 3,5%, 2,7%, 1,4% ogółu pacjentek ww. poradni. Z edukacji przedporodowej prowadzonej przez położne zatrudnione w MGP skorzystało w ww. okresie odpowiednio 105, 77, 73, 46 pacjentek. Wizytami patronażowymi objęto natomiast odpowiednio: 222, 202, 183 i 96 położnic.

(akta kontroli str. 76)

1.3. Personel Poradni położniczo-ginekologicznej składał się w kontrolowanym okresie z trzech położnych oraz od trzech do czterech lekarzy¹⁵. Te same położne zatrudnione były w MGP do realizacji świadczeń gwarantowanych położnej POZ. W latach 2022-2025 (I półrocze) wystąpiły cztery przypadki zmian osobowych w składzie personelu – wszystkie dotyczące personelu lekarskiego. Jedna z ww. zmian zgłoszona została do NFZ ze zwłoką w stosunku do wymaganych terminów, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 81-322, 476, 509-510)

¹⁰ Dalej: „AOS”.

¹¹ MGP zakontraktowane miała również w minimalnym zakresie (jeden/dwa punkty rozliczeniowe rocznie) świadczenia AOP, tj. ambulatoryjne porady położnej z zakresu położnictwa i ginekologii. (kod świadczenia 02.1450.501.02). Jednak w okresie od stycznia 2022 r. do czerwca 2025 r. nie rozliczyła z NFZ żadnej wykonanej w tym zakresie jednostki rozliczeniowej.

¹² Kod 1450 części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Dalej również: „Poradnia”

¹³ Kod 0034 części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Dalej: „Gabinet położnej POZ”.

¹⁴ Tj. luty 2022 r., sierpień 2022 r., luty 2023 r., sierpień 2023 r., luty 2024 r., sierpień 2024 r., luty 2025 r.

¹⁵ Podstawą zatrudnienia w przypadku wszystkich położnych był stosunek pracy, a w przypadku wszystkich lekarzy – umowa cywilnoprawna.

Kwalifikacje personelu lekarskiego zatrudnionego w Poradni odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁶ pkt 34 *porada specjalistyczna z zakresu położnictwa i ginekologii*. W latach 2022-2024 świadczeń zdrowotnych udzielali wyłącznie lekarze z tytułem specjalisty położnictwa i ginekologii¹⁷, w tym od 17 października 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. jeden posiadający również specjalizację w dziedzinie perinatologii. Od stycznia 2025 r. świadczenia udzielane były przez trzech lekarzy z tytułem specjalisty położnictwa i ginekologii oraz jednego lekarza w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie, przy czym wymiar czasu pracy lekarza w trakcie specjalizacji stanowił 5,2% zadeklarowanego czasu pracy lekarzy ogółem.

Kwalifikacje lekarza w trakcie specjalizacji, do wykonywania badań ultrasonograficznych zleconych mu umową, nie były potwierdzone żadnym z dokumentów wskazanych w Rekomendacjach Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym – 2020 rok¹⁸, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 509, 513-515, 535-542, 554-606)

Kwalifikacje personelu udzielającego w imieniu MGP świadczeń gwarantowanych położnej POZ odpowiadały wymogom części III ust. 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹. W całym okresie kontrolowanym udzielane one były przez trzy położne: jedną posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego oraz dwie, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w ww. dziedzinie. Żadna z ww. położnych nie posiadała uprawnień zawodowych określonych w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej²⁰ w zakresie samodzielnego ordynowania leków zawierających substancje czynne.

(akta kontroli str. 81-322, 476-477, 673)

1.4. W okresie objętym kontrolą położne sprawujące w imieniu MGP opiekę okołoporodową podnosiły swoje kwalifikacje poprzez udział w bezpłatnych webinarium oraz szkoleniach zewnętrznych. Szkolenia te obejmowały zagadnienia wpisujące się w poszczególne zagadnienia zakresu opieki wymaganej Standardem i przeprowadzone zostały w tematach: *Wyzwania związane z rozpoznaniem kolki i zaparc u niemowląt, Pielęgnacja intymna matki po porodzie i dziecka, Szczepienia ochronne, Żywnienie noworodków, Współczesne żywienie niemowląt*. Dodatkowo w roku poprzedzającym okres kontrolowany położne uczestniczyły w szkoleniu zewnętrznym z zakresu profilaktyki depresji poporodowej w ramach programu *Przystanek mama*.

¹⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 357, ze zm. Dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS”.

¹⁷ W tym dwóch posiadających specjalizację II stopnia.

¹⁸ Ujęte w *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2020*, tom 5 nr 2, str. 63-75, Dalej: „Rekomendacje PTGiP”.

¹⁹ Dz. U. z 2023 r., poz. 1427, ze zm. Dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ”.

²⁰ Dz. U. z 2024 r., poz. 814, ze zm.

Dyrektor MGP wskazała, że we wrześniu 2025 r. planowany jest udział jednej z położnych w odpłatnym szkoleniu zewnętrznym pt. *Wyzwania związane z realizacją standardów opieki okołoporodowej*.

W odniesieniu do podnoszenia kwalifikacji przez personel lekarski Dyrektor MGP wskazała, że stanowią oni kadrę wykwalifikowaną i są zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych, stąd podnoszenie kwalifikacji leży w ich własnym zakresie, zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza. Dodała, że są to osoby z wieloletnim stażem pracy, ogromnym doświadczeniem, a odbycie szkolenia nie jest gwarantem nabycia kompetencji postępowania w trudnych sytuacjach. Wskazała ponadto, że dotychczasowa praca personelu była dobrze oceniana przez pacjentki, czego dowodem są pochwały zgłaszane telefonicznie do sekretariatu dyrektora oraz brak skarg.

(akta kontroli str. 73-75, 77-80, 673-674)

1.5. Świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej, zarówno w zakresie AOS, jak i POZ, udzielane były przez MGP w pomieszczeniach zlokalizowanych na pierwszym piętrze samodzielnego, wielokondygnacyjnego budynku wyposażonego w windę. Poradnia Położniczo-Ginekologiczna zajmowała trzy pomieszczenia zlokalizowane obok siebie: dwa gabinety lekarskie oraz gabinet położnych będący jednocześnie miejscem udzielania świadczeń gwarantowanych przez położne POZ.

Przeprowadzone w toku kontroli oględziny wykazały, że:

- a) w zakresie warunków realizacji świadczeń AOS:
 - gabinety lekarskie, w których udzielano porad specjalistycznych z zakresu położnictwa i ginekologii urządzone zostały z zachowaniem wymogów § 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 leczniczą²¹, 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 oraz miały bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet;
 - wyposażenie Poradni Położniczo-Ginekologicznej odpowiadało wymogom poz. 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS, tj. zapewniono w miejscu udzielania świadczeń detektory tętna płodu oraz zestawy do pobrania materiału do badań cytologicznych. Zapewniono ponadto aparaturę pozwalającą na wykonanie w Przychodni badania ultrasonograficznego, KTG oraz pomiar wagi ciała za pomocą wagi krzeselkowej o nośności do 250 kg;
 - w oknach gabinetów lekarskich zamontowane były rolety pionowe, a na wyposażeniu znajdowały się parawany do zapewnienia intymności pacjentek podczas badania;
- b) w zakresie warunków realizacji świadczeń POZ:
 - zapewnione zostały warunki lokalowe dla realizacji świadczeń położnych POZ wymagane ust. 3 części III załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, tj. zorganizowano

²¹ Dz. U. z 2022 r., poz. 402. Dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.

gabinet do udzielania świadczeń, miejsce dla oczekujących pacjentek oraz dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych zlokalizowanych na tym samym poziomie budynku;

- zapewniono wyposażenie Gabinetu położnej POZ wymagane ust. 4 części III załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, za wyjątkiem mankietów dla dzieci do badania ciśnienia, wagi medycznej oraz kompletnego zestawu przeciwwstrząsowego, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- nie zapewniono kompletności wyposażenia nesesera położnej, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- c) w odniesieniu do obu rodzajów świadczeń:
 - znaczna część wykorzystywanego do realizacji świadczeń sprzętu i aparatury nie była zadeklarowana w umowach z NFZ, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 81-349)

Wszystkie pomieszczenia Poradni Położniczo-Ginekologicznej były klimatyzowane. Urządzenia klimatyzacji były corocznie poddawane przeglądom i czyszczeniu, a zdarzenia te dokumentowane, stosownie do wymogów § 40 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 470-472)

1.6. Przychodnia zapewniała pacjentkom:

- Gabinetu położnej POZ - na zasadzie podwykonawstwa dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, wymaganych częścią IV załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ;
- Poradni Położniczo-Ginekologicznej we własnym zakresie lub na zasadzie podwykonawstwa dostęp do wymaganych załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS: badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, badań USG z głowicami: przezpochwową, przezbrzuszną do badania piersi, RTG, mammografii, kolposkopii, krioterapii. W całym kontrolowanym okresie MGP nie zapewniała natomiast dostępu do elektrokoagulacji, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 323-346, 357-426, 435, 473)

W przypadku dostępu do badań na zasadzie korzystania z usług podmiotu zewnętrznego materiał do badań był pobierany na miejscu w MGP lub też dążono do zabezpieczenia umowami kilku miejsc wykonania badania w różnych lokalizacjach²². Miejsca wykonywania badania zlokalizowane były w odległości do 42 km od siedziby Przychodni.

(akta kontroli str. 360-426, 473)

²² Np. możliwość wykonania badania RTG zabezpieczona była w jednej placówce w Grudziądzu oraz dwóch placówkach na terenie Świecia; badania mammografii - w placówce w Bydgoszczy oraz w placówce w Grudziądzu.

1.7. Wykorzystywany do udzielania świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej sprzęt medyczny będący własnością MGP poddawany był regularnym przeglądom, konserwacjom i testom przez uprawnione podmioty, za wyjątkiem wag, które nie miały legalizacji lub których ponowną legalizację przeprowadzono ze zwłoką w stosunku do wymaganych terminów. Szczegółowe ustalenia w tym zakresie zawarto w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 355-356)

1.8. Na ścianach poczekalni Poradni Położniczo-Ginekologicznej oraz ścianach korytarza prowadzącego do tej poradni wywieszono były oznaczone logiem producenta produktów do żywienia dzieci i niemowląt, materiały edukacyjne: *Zapobieganie otyłości u dzieci*, *Laktacja. Dieta kobiety karmiącej*, *Dolegliwości niemowląt*, pięć plakatów w kształcie koła przedstawiających postać animowanego zwierzęcia oraz hasłem nawołującym do odwiedzenia strony internetowej producenta, plakat reklamowy w kształcie koła przedstawiający zdjęcia preparatów do żywienia niemowląt, plakat przedstawiający korzyści z dołączenia do klubu lojalnościowego producenta. Wystawiony był ponadto biurkowy stojak reklamowy ww. producenta ze zdjęciami produktów do żywienia, schematem żywienia niemowląt oraz hasłem zachęcającym do zapoznania się z wszystkimi produktami na stronie internetowej producenta. Na żadnym z ww. materiałów nie było jednakże bezpośrednio reklamy przedmiotów służących do karmienia niemowląt oraz preparatów do początkowego żywienia niemowląt²³.

Obejmowały reklamy mleka modyfikowanego następnego, przecierów w słoiczkach i kaszek.

(akta kontroli str. 323-346, 438)

1.9. Opieka okołoporodowa nie była w kontrolowanym okresie przedmiotem kontroli przeprowadzonych w Przychodni przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 474-475)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

²³ W rozumieniu art. 2 ust. 2 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała oraz uchylające dyrektywę Rady 92/52/EWG, dyrektywy Komisji 96/8/WE, 1999/21/WE, 2006/125/WE i 2006/141/WE, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/39/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 41/2009 i (WE) nr 953/2009 (Dz. Urz. UE L. z 29 czerwca 2013 r. nr 181, str. 35), art. 10 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2016/127 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu preparatów do początkowego żywienia niemowląt i preparatów do dalszego żywienia niemowląt oraz informacji na ich temat, a także w odniesieniu do informacji dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci (Dz. Urz. UE z 2 lutego 2016 r., L. 25/1) oraz art. 3 pkt 27 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r., poz. 1448).

1. Nie aktualizowano na bieżąco harmonogramu²⁴ w zakresie sprzętu i aparatury. Dotyczyło to:

- a) wykorzystywania do realizacji świadczeń AOS w zakresie położnictwa i ginekologii niezgłoszonych w harmonogramie:
 - kardiotokografu nr seryjny SN2018-K0385 oraz od kwietnia 2023 r. – aparatów do ultrasonografii nr seryjny 4SB22Z2440 oraz nr seryjny 20620109, przypisanych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji²⁵ do pracowni ultrasonograficznej;
 - detektora tętna płodu nr seryjny SN-2014-E1737, wyprodukowanego w 2014 r. zamiast wskazanego w harmonogramie detektora nr seryjny UDT202, rok produkcji 2008,
 - aparatu do kriochirurgii nr seryjny CSM 1477GW znajdującego się w lokalizacji zamiast wskazanego w harmonogramie aparatu nr seryjny 31202.09.2002 zadeklarowanego jako znajdujący się w miejscu udzielania świadczenia, tj. pomieszczeniach poradni ginekologiczno-położniczej,
 - komputerów nr seryjny 29728110926, 36191225342, 03307-377-036-812, zamiast wskazanego w harmonogramie komputera nr seryjny 1245864, rok produkcji 2005;
- b) wykorzystywania do realizacji świadczeń gwarantowanych położnej POZ:
 - niezgłoszonych w harmonogramie aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi nr seryjny 1002100725, 12002978 oraz zegarowego, zamiast wskazanych w harmonogramie aparatów numer seryjny: 20010984, 20010987, 20010992, wyprodukowanych w roku 1997;
 - niezgłoszonego w harmonogramie detektora tętna płodu nr seryjny 24060300058, rok produkcji 2024 zamiast wskazanego w harmonogramie detektora nr seryjny 2/POZ, rok produkcji 2008;
 - niezgłoszonego w harmonogramie komputera nr seryjny 03307-377-036-812, zamiast wskazanego w harmonogramie komputera nr seryjny 1245864, rok produkcji 2005;
 - niezgłoszonych w harmonogramie glukometrów nr seryjny 2524P225089, 2524P225077, 2524P224692, zamiast wskazanych w harmonogramie glukometrów nr seryjny: Y4222C07F000892, Y4222C-07F000892, wyprodukowanych w roku 2005 oraz nr seryjny 59664066 wyprodukowanego w roku 2000;
 - w miejscu udzielania świadczenia, tj. Gabinetie położnej POZ, tylko jednej maseczki tlenowej, jednego nesesera położnej z wyposażeniem oraz jednego zestawu przeciwwstrząsowego, podczas gdy w harmonogramie zadeklarowano zapewnienie jednocześnie po trzy sztuki każdego z ww. elementów wyposażenia.

Dyrektor MGP nie podała przyczyn braku aktualizacji danych w zakresie sprzętu. Wskazała jednakże, że zostaną one uaktualnione bez zbędnej zwłoki. W odniesieniu do aparatu do kriochirurgii podała, że numer fabryczny w umowie z NFZ nie został uaktualniony z uwagi na brak informacji o zmianie aparatu.

²⁴ Dalej: „harmonogram”, o którym mowa w § 1 pkt 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r., poz. 400, ze zm.). Dalej: „rozporządzenie w sprawie OWU”.

²⁵ System informatyczny używany przez NFZ do wymiany danych między oddziałami NFZ a świadczeniodawcami. Dalej: „SZOI”.

W zasobach do umowy niezwłocznie natomiast zmienione zostanie informacja o dostępie, z „w miejscu” na „w lokalizacji”.

(akta kontroli str. 89-346, 355, 416-418, 429-430, 435-437, 676)

2. Jedną z czterech zmian harmonogramu, dotyczącą składu osobowego personelu Poradni ginekologiczno-położniczej, dokonano 41 dni po terminie wynikającym z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Zgłoszenia w SZOI zmiany w dostępności personelu polegającej na zakończeniu udzielania świadczeń z dniem 31 grudnia 2021 r., o której MGP oficjalnie wiedziała od 8 grudnia 2021 r., dokonano 9 lutego 2022 r.

Dyrektor MGP nie wyjaśniła przyczyn opóźnienia w zgłoszeniu zmiany w harmonogramie dotyczącej personelu.

(akta kontroli str. 81-322, 476, 509-510, 607, 610, 615-620)

3. W przypadku jednego z dziewięciu członków personelu medycznego zatrudnionego w kontrolowanym okresie w Poradni Położniczo-Ginekologicznej, wpisano do SZOI nieprawidłowe kwalifikacje, tj. zamiast specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego wpisano specjalizację z pielęgniarstwa położniczego.

Dyrektor MGP nie wyjaśniła przyczyn nieprawidłowości. Wskazała jednakże, że zostanie to poprawione bez zbędnej zwłoki.

(akta kontroli str. 89-190, 436, 476-477)

4. W kontrolowanym okresie MGP w ramach świadczeń AOS z zakresu położnictwa i ginekologii nie zapewniała dostępnosci do zabiegu elektrokoagulacji, co było niezgodne z wymogami określonymi w poz. 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS. Posiadany przez MGP aparat do elektrokoagulacji w związku z zaprzestaniem – począwszy od 2016 r. – jego serwisowania był wycofany z użytkowania. Realizacji zabiegu nie zabezpieczono również w drodze umowy z podmiotem zewnętrznym. Tym samym naruszono § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o działalności leczniczej oraz przepisach wydanych na jej podstawie.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że aktualne wytyczne udzielania świadczeń medycznych nie dopuszczają wykonywania elektrokoagulacji w warunkach ambulatoryjnych (poradni). Z uwagi na powyższe nie przeprowadzono przeglądów technicznych posiadanego aparatu. Dodała, że podjęła w toku kontroli kroki o zabezpieczenie dostępu do tego zabiegu w drodze umowy o podwykonawstwo.

(akta kontroli str. 323-346, 435, 443)

Odnosząc się do wskazanych wyjaśnień NIK zauważa, że zapewnienie dostępu do zabiegu elektrokoagulacji jest obowiązkiem podmiotu udzielającego porad specjalistycznych z zakresu położnictwa i ginekologii, wymaganych poz. 34 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS. Można go było zabezpieczyć na różne sposoby, nie tylko wykonując je własnym sprzętem, ale również korzystając z pomocy podwykonawców, którzy zapewnią jego wykonywanie w warunkach zgodnych z najnowszymi wytycznymi.

5. W dniu oględzin (14 lipca 2025 r.) nie zapewniono kompletnego wyposażenia Gabinetu położnej POZ, spełniającego wymagania ust. 4 części III załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ. Stwierdzono bowiem, że w miejscu udzielania świadczeń:

- nie było mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi dla dzieci, tj. elementu wymaganego ust. 4 pkt 1 lit. j części III ww. załącznika;
- w składzie zestawu przeciwwstrząsowego znajdującego się w Gabinetie położnej POZ nie było roztworu do infuzji dożylnych Natrii chloridum+Kalii Chloridum+ Calci chloridum dihydricum (8,6 mg+0,3 mg+0,33 mg)/ml, tj. elementu wymaganego ust. 4 pkt 1 lit. i części III ww. załącznika 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 życie²⁶;
- w neseserze położnej nie było: zestawu do wykonywania iniekcji, zestawu do przetaczania płynów infuzyjnych, podstawowego zestawu narzędzi chirurgicznych, zestawu przeciwwstrząsowego, mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi dla dzieci, testów do oznaczania poziomu cukru we krwi, zestawu do porodu nagłego, glukometru, maseczki twarzowej do prowadzenia oddechu zastępczego, tj. elementów wymaganych ust. 4 pkt 2 lit. a, b, c, e, h, i, j ww. załącznika.

Tym samym naruszono § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Ponadto w składzie zestawu przeciwwstrząsowego w Gabinetie położnej POZ znajdował się płyn infuzyjny Glukoza 5%, którego termin przydatności upłynął 136 dni (4,5 miesiąca) przed dniem oględzin. Powyższe stanowiło naruszenie § 4 rozporządzenia w sprawie wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że braki w wyposażeniu nesesera położnej, braki w składzie zestawu przeciwwstrząsowego, jak również niewyłączenie z zestawu płynu, dla którego termin ważności upłynął, spowodowane były niedopatrzeniem pracowników. W odniesieniu do mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego dla dzieci dodała, że procedura ta u noworodka jest dokonywana niezwykle rzadko, jednak brak niezwłocznie uzupełniono.

(akta kontroli str. 323-349, 433-438, 674)

W toku oględzin wymieniono płyn infuzyjny Glukoza 5% na inny z ważnym terminem przydatności.

(akta kontroli str. 323-349)

6. Waga dla niemowląt wykorzystywana w Gabinetie położnej POZ oraz znajdująca się w lokalizacji waga medyczna krzeselkowa nie posiadały ważnych świadectw legalizacji w okresie od stycznia 2022 r.²⁷ do 13 kwietnia 2025 r. Użytkowanie przyrządów pomiarowych podlegających prawnej kontroli metrologicznej bez ważnej legalizacji stanowi naruszenie art. 8a ust. 1 ustawy

²⁶ Dz. U. z 2020 r., poz. 1772, ze zm. Dalej: „rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych”.

²⁷ Datę początkową nieposiadania ważnych świadectw legalizacji ponownej ograniczono do okresu objętego kontrolą, mimo iż była ona wcześniejsza.

z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach²⁸. Ponadto w Poradni Ginekologiczno-Położniczej oraz w Gabinetcie położnej POZ, jako wagi medyczne wykorzystywane były dwie wagi opisywane przez producentów jako wagi łazienkowe, nieposiadające oznaczeń typowych dla wag medycznych, wymaganych § 15 ust. 1 pkt 2 i 5 w zw. z § 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 2 czerwca 2016 r. w sprawie wag nieautomatycznych²⁹.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że brak zachowania terminu ponownej legalizacji wagi medycznej dla niemowląt i wagi krzeselkowej wynikał z przeoczenia proceduralnego i braku bieżącego monitorowania terminu legalizacji sprzętu. W odniesieniu do pozostałych dwóch wag podała, że były to wagi pomocnicze służące do celów diagnostycznych. Dodała, że w gabinecie położnej POZ umieszczona zostanie waga medyczna posiadająca aktualne świadectwo legalizacji.

(akta kontroli str. 341, 346, 356, 437-438, 441-442, 679-685)

7. Od stycznia 2025 r. wykonywanie badań USG zlecono bez ograniczeń lekarzowi niebędącemu specjalistą z zakresu położnictwa i ginekologii, którego kwalifikacje do tego badania nie zostały potwierdzone żadnym z dokumentów wskazanych w Rekomendacjach PTGiP. Tym samym wykonywane przez niego badania nie zachowują zgodności z tymi rekomendacjami, wymaganej częścią II *Standardu*. W kontrolowanym okresie (do 30 czerwca 2025 r.) lekarz ten wykonał dwa badania USG pacjentkom w ciąży.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że lekarz posiada kwalifikacje wymagane rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju AOS.

(akta kontroli str. 509, 513-515, 535-542, 554-606, 633-634, 642)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień NIK zauważa, że jakkolwiek istotnie lekarz posiadał uprawnienia do udzielania porady specjalistycznej w zakresie ginekologii i położnictwa, to jednak nie miał uprawnień wskazanych Rekomendacjami PTGiP jako gwarantujących bezpieczeństwo i wysoką jakość badań ultrasonograficznych pacjentkom w ciąży.

8. W kontrolowanym okresie MGP nie zapewniła dostępności Poradni Położniczo-Ginekologicznej oraz Gabinetu położnej POZ w godzinach zadeklarowanych w harmonogramach do umów z NFZ. Tym samym naruszono § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. I tak spośród 146 dni wybranych z kontrolowanego okresu³⁰ na skutek braku obecności zgłoszonego personelu:

²⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 2063. Zgodnie z § 5 pkt 10 rozporządzenia Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 13 kwietnia 2017 r. w sprawie rodzajów przyrządów pomiarowych podlegających prawnej kontroli metrologicznej oraz zakresu tej kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 885), wprowadzone do obrotu lub użytkowania po dokonaniu oceny zgodności wagi nieautomatyczne, podlegają prawnej kontroli metrologicznej w zakresie legalizacji ponownej. Termin zgłoszenia wagi nieautomatycznej po raz pierwszy do legalizacji ponownej po dokonaniu oceny zgodności wynosi 2 lata, zgodnie z poz. nr 11 tabeli nr 2 załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Przedsiębiorczości i Technologii z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie prawnej kontroli metrologicznej przyrządów pomiarowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 759, ze zm.), a okres ważności legalizacji ponownej dla tych przyrządów pomiarowych wynosi 25 miesięcy, zgodnie z poz. nr 20 tabeli nr 1 załącznika nr 5 do tego rozporządzenia.

²⁹ Dz. U. z 2016 r., poz. 802.

³⁰ Wszystkie dni od poniedziałku do piątku z miesięcy luty 2022 r., sierpień 2022 r., luty 2023 r., sierpień 2023 r., luty 2024 r., sierpień 2024 r., luty 2025 r.

- rzeczywisty czas pracy Poradni Położniczo-Ginekologicznej w 88 przypadkach był krótszy od 2 godzin 30 minut do 4 godzin 25 minut dziennie niż zadeklarowany;
- rzeczywisty czas pracy Gabinetu położnej POZ w 91 przypadkach był o 3 godziny i 25 minut krótszy dziennie niż zadeklarowany.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że proces wprowadzenia, weryfikacji i podpisania aneksu zmieniającego harmonogram personelu medycznego jest żmudny i długotrwały. Fluktuacja zmian jest bardzo dynamiczna w przypadku położnych pracujących w ramach umowy POZ, jak również AOS. Dodała, że harmonogramy pracy w/w personelu zostaną niezwłocznie skorygowane i dostosowane do godzin pracy POZ i AOS.

(akta kontroli str. 89-322, 478-534, 649-653, 677-678)

9. W Poradni Położniczo-Ginekologicznej, bez zgody dyrektora OW NFZ w Bydgoszczy, nie udzielano świadczeń w trzech spośród wybranych 146 dni kontrolowanego okresu, tj. 10, 16 oraz 17 lutego 2023 r., z uwagi na nieobecność personelu wymaganego dla udzielania świadczenia w rodzaju AOS w zakresie porada ginekologiczno-położnicza. Stanowiło to naruszenie przepisów § 9 ust. 1 i ust. 3 w zw. z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, które zobowiązują świadczeniodawcę do wykonywania umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi m.in. w tych ogólnych warunkach, a te – w § 9 ust. 1 i ust. 3 – zobowiązują świadczeniodawcę do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym oraz do uzyskania zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń od dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że w ww. dniach nieobecność lekarzy nie została zgłoszona, lecz kontakt i świadczenia pomocnicze zostały zabezpieczone przez położne pracujące w Poradni.

Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że personelem wymaganym dla udzielania świadczenia w rodzaju AOS w zakresie porada ginekologiczno-położnicza jest personel lekarski. Stąd jego brak oznacza przerwę w udzielaniu świadczeń, niezależnie od faktu, że w Poradni obecny jest personel niewymagany dla udzielania świadczeń, tj. położne.

(akta kontroli str. 102-128, 518, 648, 654)

10. Świadczenia w Poradni realizowane były przez jej personel niezgodnie z harmonogramem zgłoszonym do umowy z NFZ, a zmiany nie zostały zgłoszone do NFZ, co naruszało § 6 ust. 1 i 2 w zw. z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. I tak w okresie 146 dni wybranych z kontrolowanego okresu wystąpiło 159 przypadków świadczenia usług przez położne w godzinach innych niż zgłoszone w harmonogramie.

Dyrektor MGP wyjaśniła m.in., że każdorazowa zmiana harmonogramu personelu skutkuje zmianą w umowie z NFZ tzn. musi być podpisany aneks do umowy pierwotnej. Proces wprowadzenia, weryfikacji i podpisania aneksu zmieniającego harmonogram personelu medycznego jest żmudny i długotrwały. Pierwszym krokiem jest zmiana godzin w harmonogramie konkretnej osoby, kolejnym utworzenie zmiany zgłoszenia zmian do umowy. NFZ weryfikuje poprawność danych i udostępnia aneks do umowy. NFZ weryfikuje poprawność

danych i udostępnia aneks do umowy. Cały proces trwa od 6 do 12 tygodni. Fluktuacja zmian jest bardzo dynamiczna w przypadku położnych.

(akta kontroli str. 89-322, 478-520, 641, 649-653, 677-678)

Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że utrudnienia administracyjne nie powinny być przeszkodą dla prawidłowej realizacji obowiązków nałożonych rozporządzeniami. Należy również pamiętać, że ideą jest realizacja świadczeń osobiście, przez konkretne osoby wskazane w harmonogramie.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Przychodnia sprawowała opiekę okołoporodową zapewniając wykwalifikowany personel medyczny oraz warunki lokalowe niezbędne do udzielania świadczeń. Zapewniono również dogodny dla pacjentek dostęp do najczęściej wykonywanych w ciąży badań diagnostycznych i procedur. Kontrola wykazała jednakże braki w wyposażeniu wymaganym przepisami do udzielania świadczeń gwarantowanych położnej POZ. Nie zapewniono ponadto dostępności komórek organizacyjnych Przychodni sprawujących opiekę okołoporodową we wszystkich godzinach zadeklarowanych w harmonogramach stanowiących załącznik do umowy z NFZ.

OBSZAR Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.

2.1. W kontrolowanym okresie w Przychodni nie zorganizowano szkoły rodzenia. Zajęcia z edukacji przedporodowej dla ciężarnych prowadzone były przez położne POZ w formie spotkań indywidualnych, organizowanych począwszy od 21-24 tygodnia ciąży.

Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji 30 kobiet w ciąży objętych opieką MGP wykazało, że:

- każda z ciężarnych została objęta edukacją przedporodową;
- liczba zorganizowanych spotkań z ciężarną wahała się od 8 do 15³¹,
- zajęcia przeprowadzano nie częściej niż raz w tygodniu w okresie pomiędzy 21 a 31 tygodniem ciąży oraz nie częściej niż dwa razy w tygodniu od 32 tygodnia ciąży;
- spotkania dokumentowane były poprzez wpis daty przy temacie zrealizowanego spotkania na druku o nazwie „Edukacja zdrowotna”, przechowywanym w dokumentacji. Wpisy na druku Edukacja zdrowotna nie potwierdzały zrealizowania w ramach edukacji przedporodowej prowadzonej przez MGP części treści wymaganych Standardem, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 547, 610, 625-626)

2.2. W kontrolowanym okresie opiekę nad kobietą w ciąży w Poradni Położniczo-Ginekologicznej MGP zapewniał zespół złożony z lekarzy i położnych, którzy dzielili się między sobą obowiązkami dotyczącymi realizacji poszczególnych elementów Standardu.

Szczegółowa analiza dokumentacji medycznej 30 kobiet w ciąży, które w latach 2022-2025 były pacjentkami Poradni wykazała, że:

³¹ Dotyczy ciąż zakończonych w terminie. Nie uwzględniono przypadków porodów przedwczesnych oraz zaprzestania sprawowania opieki przez MGP, w których liczba zajęć była niższa, odpowiednio cztery i sześć spotkań.

- podczas ciąży pacjentki odbyły od sześciu do 12 wizyt lekarskich, zazwyczaj między siedem a osiem;
- sporadycznie nie zapewniono pacjentkom wszystkich wymaganych Standardem świadczeń lub badań diagnostycznych, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- część wymaganych Standardem badań została zrealizowana, lecz w innym okresie niż zalecany;
- w dokumentacji medycznej ciężarnych nie zamieszczano adnotacji o wymaganych Standardem: ocenie ryzyka ciążowego na każdym wyodrębnionym *Standardem* okresie ciąży, badaniu gruczołów sutkowych między 33 a 37 tygodniem ciąży, poinformowaniu pacjentek o możliwości wykonania badań prenatalnych, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Nieudokumentowane również były działania dotyczące propagowania zdrowego stylu życia.

(akta kontroli str. 551-553)

2.3. W dokumentacji medycznej pacjentek Poradni zazwyczaj nie zamieszczano adnotacji o poinformowaniu ciężarnej o możliwości wykonania badań prenatalnych. W objętej badaniem próbie dokumentacji medycznej 30 pacjentek wpis taki stwierdzono dwa razy, ponadto trzem pacjentkom wystawiono skierowania na wykonanie badań prenatalnych. Skierowania zrealizowano w dwóch przypadkach. Oba badania przeprowadzono w placówkach zlokalizowanych w Bydgoszczy (ok. 50 km od Przychodni).

Dyrektor MGP podała, że wskazania do badań prenatalnych wystąpiły u 9 spośród 30 pacjentek, których dokumentacja została poddana analizie. Wynikały one z wieku pacjentek, połączonych w pięciu przypadkach ze stwierdzeniem większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową, a w jednym przypadku - dodatkowo nieprawidłowym wynikiem badania USG w czasie ciąży. Podała, że wszystkie pacjentki, co do których lekarze stwierdzili wskazania do badań prenatalnych zostały poinformowane o możliwości ich wykonania, ale nie wyraziły zgody na badanie.

(akta kontroli str. 551-553, 611-614, 646)

2.4. W skład personelu Poradni Położniczo-Ginekologicznej sprawującego w ramach AOS opiekę nad kobietami w ciąży wchodziły osoby będące jednocześnie położnymi POZ. Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji 30 kobiet w ciąży wykazało, że:

- począwszy od 21-24 tygodnia ciąży każda z ciężarnych objęta została opieką POZ, co położne potwierdzały swoją pieczęcią na dokumencie *Karta ciąży/plan opieki przedporodowej*;
- jedynymi świadczeniami udzielanymi przez położne ciężarnym przed rozwiązaniem w ramach opieki POZ były zajęcia z edukacji przedporodowej.

(akta kontroli str. 81-322, 547, 675)

2.5. Przychodnia prowadziła i przechowywała dokumentację medyczną pacjentek w ciąży, na którą składały się: karta przebiegu ciąży, plan opieki przedporodowej, plan porodu, karta edukacji przedporodowej, karta oceny depresji. Wzory formularzy ww. dokumentów opracowane były przez

Przychodnię. Analiza wpisów do kart ciąży 30 pacjentek objętych opieką Poradni wykazała, że:

- wpisy do kart były czytelne;
- w kartach nie zawarto części informacji wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³², co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w kartach nie odnotowano przeprowadzenia niektórych badań i świadczeń wymaganych Standardem, np. badania gruczołów sutkowych lub informacji o możliwości wykonania badań prenatalnych, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 434, 444-469, 546, 551-553, 673)

2.6. W dokumentacji każdej z 30 pacjentek znajdował się plan opieki przedporodowej. W 23 przypadkach uwzględniono w nim wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W siedmiu przypadkach plan opieki przedporodowej nie został zmodyfikowany mimo wprowadzenia do leczenia dodatkowych procedur medycznych lub skierowania na badania prenatalne, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 546-547, 551-553)

Efektom prowadzonych z ciężarnymi zajęć było opracowanie planu porodu. Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji 30 kobiet w ciąży objętych opieką MGP wykazało, że:

- plan taki sporządzony został w 29 przypadkach. W jednej dokumentacji nie było planu porodu, co wynikało z przedwczesnego rozwiązania ciąży (w 31 tygodniu);
- opracowane plany porodu obejmowały wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu. Żaden nie określał natomiast miejsca porodu, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- żaden z objętych analizą planów nie był modyfikowany.

(akta kontroli str. 547, 629-630)

2.7. Po porodzie położne POZ obejmowały opieką matki i noworodki, przeprowadzając wizyty w miejscu zamieszkania pacjentek. Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji z wizyt przeprowadzonych u 20 pacjentek wykazało, że:

- do 6 tygodnia po porodzie położne odbyły u położnic i noworodków nie mniej niż 4 wizyty, zazwyczaj, tj. w 70% przypadków - sześć;
- pierwszą wizytę przeprowadzono: w 11 przypadkach nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka, w dwóch przypadkach w pierwszym dniu roboczym po upływie 48 godzin

³² Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm. Dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

- od wypisu, a siedmiu przypadkach – po tym terminie, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wizyty dokumentowano wpisami na formularzach *Karta opieki nad położnicą prowadzona przez położną rodzinną* oraz *Wkładka do karty zdrowia dziecka*;
 - zgodnie z wyjaśnieniami dyrektor MGP podczas każdej z wizyt położna oceniała wszystkie parametry stanu zdrowia położnicy i noworodka, których monitorowanie przewidywał Standard oraz rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ. Nie zawsze dokonywano jednak odpowiednich wpisów do dokumentacji medycznej, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
 - podczas wizyt położne m.in. oceniały warunki lokalowe, w których przebywała położnica i noworodek, przeprowadzały ocenę depresji u położnic wg Edynburskiej Skali Depresji, zbierały dane o nawykach żywieniowych i używkach u położnic oraz zachęcały do zdrowego stylu życia, zachęcały do gimnastyki w położu przekazując ulotki z ćwiczeniami, weryfikowały odbyte szczepienia i badania profilaktyczne noworodków oraz przypominały o kolejnych, przypominały o kontrolnej wizycie położnicy u lekarza.

(akta kontroli str. 548-550)

2.8. Dyrektor MGP i personel zatrudniony w Poradni nie zidentyfikowali problemów w sprawowaniu opieki okołoporodowej w jednostce.

(akta kontroli str. 660-669)

2.9. W kontrolowanym okresie do MGP nie wpłynęły skargi na działalność jednostki w zakresie opieki okołoporodowej. Skarg takich nie złożono również bezpośrednio do dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy.

(akta kontroli str. 655-659)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2022-2025 w MGP plany edukacji przedporodowej sporządzano na formularzach, które nie uwzględniały niektórych treści zdefiniowanych programem ramowym opisanym w części IV Standardu. W rezultacie w żadnym z 30 objętych badaniem planów nie odnotowano treści z edukacji w zakresie wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym³³ oraz w zakresie edukacji dotyczącej okresu prenatalnego - treści poświęconych przebiegowi ciąży i rozwojowi dziecka od początku ciąży do porodu; profilaktyce chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepień ochronnych, zagadnień prawnych dotyczących przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek³⁴.

Dyrektor MGP wyjaśniła m.in., że w czasie edukacji przedporodowej prowadzone są rozmowy edukacyjne i podczas każdej wizyty w poradni omawiane są aspekty związane z przebiegiem ciąży, rozwojem dziecka od początku ciąży do porodu,

³³ Informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego) – cz. IV pkt 6 Standardu

³⁴ Cz. IV pkt 3 ppkt 1, 5 i 7 Standardu.

porodem, karmieniem piersią oraz opieką nad noworodkiem. Zagadnienia wsparcia społecznego i prawnego są poruszane podczas rozmów w zakresie edukacji dotyczącej porodu. Personel MGP zawsze dysponuje odpowiednią ilością czasu na wyjaśnienie wątpliwości pacjentki i udzielanie odpowiedzi na zadawane pytania. Nie jest jednak w stanie dokonywać adnotacji pisemnej na każde zadane pytanie i udzieloną odpowiedź.

(akta kontroli str. 449-450, 645-646)

Odnosząc się do wskazanych wyjaśnień NIK zauważa, że zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ³⁵ podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży jest opracowany przez położną POZ i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy plan edukacji, obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Wymagane jest ponadto potwierdzenie zrealizowania zajęć podpisem świadczeniobiorcy lub jej opiekuna. W związku z wprowadzonym Standardem wymogiem poruszenia w ramach edukacji przedporodowej określonych treści, za niezbędne uznać należy zawarcie w planie i udokumentowanie wszystkich aspektów prowadzonej edukacji, a nie tylko tych wybranych, zgodnych z wprowadzonym w Przychodni formularzem.

2. W MGP w latach 2022-2025 do ustalania z ciężarną Planu porodu wykorzystywano formularz, który nie uwzględniał treści odnoszących się do miejsca porodu. W efekcie żaden z 29 objętych analizą planów porodu opracowanych przy udziale personelu MGP na ww. formularzu nie określał miejsca porodu, co było niezgodne z częścią V Standardu.

Dyrektor MGP wyjaśniła m.in., że miejsce porodu jest wyborem pacjentki i nie można wymagać na pracownikach medycznych, aby narzucali i ograniczali ją w wyborze. Wskazała dodatkowo, że każda z ciężarnych pozyskała informację o możliwościach wyboru.

(akta kontroli str. 451-452, 547, 645)

Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że plan porodu jest dokumentem, w którym ciężarna po odbytej edukacji przedporodowej wyraża swoje preferencje co do porodu. Tym samym nie można mówić tu o żadnym ograniczaniu jej w wyborze, gdyż jest to dokument, który tworzy pacjentka. Standard przewiduje, że jednym z jego elementów jest określenie miejsca porodu. Nadmienić należy, że zadaniem personelu sprawującego opiekę nad ciężarną jest wskazanie pacjentce odpowiedniego poziomu referencyjności placówki, w której powinien odbywać się poród, przygotowanej kadrowo i organizacyjnie do wyzwań w toku porodu wynikających z sytuacji zdrowotnej pacjentki i płodu. Określenie w planie miejsca porodu pozwala personelowi na zweryfikowanie, czy pacjentka zamierza urodzić w miejscu odpowiadającym jej potrzebom i ewentualne udzielenie wskazówek w przypadku wybrania placówki o zbyt niskim poziomie referencyjnym.

³⁵ Obowiązujące w kontrolowanym okresie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr: 160/2021/DSOZ z 30 września 2021 r., 79/2022/DSOZ z 29 czerwca 2022 r., 22/2025/DSOZ z 31 marca 2025 r.

3. Pacjentkom w ciąży nie zapewniono wszystkich wymaganych Standardem świadczeń profilaktycznych, działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, wymienionych w cz. II Standardu. I tak, podczas opieki nad 30 pacjentkami, których dokumentację medyczną objęto analizą toku kontroli:

- a) badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz ocena ryzyka ciążowego nie zostały wykonane: u jednej pacjentki w okresie od 11 do 14 tygodnia ciąży, u dwóch pacjentek w okresie od 38 do 39 tygodnia ciąży oraz u czterech pacjentek niezwłocznie po 40 tygodniu ciąży;
- b) badanie położnicze nie zostało wykonane u dwóch pacjentek w okresie od 38 do 39 tygodnia ciąży oraz u czterech pacjentek niezwłocznie po 40 tygodniu ciąży;
- c) nie określono wskaźnika BMI u żadnej pacjentki;
- d) cytologii nie wykonano u ośmiu pacjentek;
- e) badania w kierunku różyczki nie zlecono u dwóch pacjentek;
- f) pomiar ciśnienia tętniczego krwi nie został wykonany: u trzech pacjentek do 10. tygodnia ciąży oraz u jednej pacjentki po 40-tygodniu ciąży;
- g) masa ciała nie została określona: u czterech pacjentek do 10. tygodnia ciąży;
- h) badanie przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych nie zostało zlecone u jednej pacjentki;
- i) morfologia krwi i badanie ogólne moczu nie zostały zlecone: u jednej pacjentki w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- j) badanie ultrasonograficzne nie zostało wykonane: u jednej pacjentki pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży, u jednej pacjentki w okresie od 27-32 tygodnia ciąży oraz u 12 pacjentek w okresie po 40 tygodniu ciąży;
- k) przeciwciała anty-D u kobiet Rh- nie zostały oznaczone u dwóch pacjentek w okresie pomiędzy 21 a 26 tygodniem ciąży;
- l) immunoglobulina anty-D nie została podana dwóm pacjentkom w okresie pomiędzy 27 a 33 tygodniem ciąży;
- m) posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących nie został wykonany u jednej pacjentki pomiędzy 35 a 37 tygodniem ciąży;
- n) badania KTG nie wykonano u trzech pacjentek po 40 tygodniu ciąży.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że brak badań podmiotowych, przedmiotowych i położniczych to świadome wybory pacjentek, które nie chciały skorzystać z porady u lekarza. Brakiem zgody pacjentek wyjaśniła również niepodanie immunoglobuliny anty-D, a niestawieniem się na badanie: brak pomiaru ciśnienia tętniczego, masy ciała, wykonania morfologii krwi i moczu, USG. W kwestii niewykonania cytologii wyjaśniła, że badanie kliniczne ginekologiczne i analiza posiadanych wyników poprzednich badań nie wskazywały na potrzebę ich przeprowadzenia, brak określenia BMI wyjaśniła natomiast brakiem wpływu tego świadczenia na jakość i potrzebę dla ciężarnej i płodu. W kwestii KTG podała, że w chwili badania pacjentki otrzymały już skierowania do szpitala z powodu rozpoczynającej się akcji porodowej. Dyrektor MGP nie wyjaśniła przyczyn braku zlecenia badań w kierunku różyczki, oznaczenia anty-D, posiewu z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców, przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych.

(akta kontroli str. 551-553, 643-644)

Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że przyczyny niewykonania świadczenia powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej lub poprzez modyfikację planu opieki przedporodowej, czego w ww. przypadkach nie uczyniono. Wyraźnie podkreślono to w Rekomendacjach PTGiP w odniesieniu do badań ultrasonograficznych. Z punktu widzenia zapewnienia odpowiedniego standardu opieki zasadnym jest bowiem pozostawienie śladu świadomej rezygnacji pacjentki ze świadczenia, nie podyktowanej kwestiami organizacyjnymi jednostki, tym bardziej, że w stworzonym z pacjentką planie opieki przedporodowej badania takie nie zostały wykreślone i były one przewidziane. Standardy badań przewidują minimalny zakres świadczeń realizowanych w celu zapewnienia ciężarnej jak najlepszej opieki, realizacja świadczeń zgodnie ze Standardem jest warunkiem realizacji świadczeń w rodzaju AOS finansowanych przez NFZ, stąd też wszelkie odstępstwa powinny być szczegółowo omówione i uzasadnione sytuacją medyczną pacjentek.

4. W kartach ciąży nie odnotowano informacji wymaganych rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej. I tak, na 30 kart ciąż objętych analizą w toku kontroli:

- w żadnej wśród informacji o ogólnym stanie zdrowia pacjentki nie było adnotacji o szczepieniach i stosowanych surowicach oraz o orzeczeniu o niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 1 w zw. z ust. 4 i § 38 ust. 3 pkt 5 i 8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w 24 nie było informacji o zleceniu badań diagnostycznych podczas porad ambulatoryjnych, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w 13 nie było informacji o wynikach łącznie 23 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;
- w 18 z 20 przypadków, gdy przepisywano produkty lecznicze, w kartach nie było każdorazowo³⁶ informacji o ich zaleconym dawkowaniu, a w dwóch kolejnych przypadkach - o numerze wystawionej recepty elektronicznej, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w dwóch z sześciu przypadków, gdy kierowano pacjentki na konsultacje, nie było adnotacji o ich wynikach, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w trzech z 15 przypadków, w których wystawiano zwolnienia o czasowej niezdolności do pracy, nie zawarto każdorazowo³⁷ adnotacji o orzecznym okresie tego zwolnienia³⁸, tj. informacji wymaganych § 39 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 5 oraz § 38 ust. 4 pkt 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

³⁶ W tym w 17 kartach w odniesieniu do wszystkich przypadków jego przepisania, w jednej karcie w odniesieniu do jednego z dwóch przypadków.

³⁷ W tym w dwóch kartach w odniesieniu do wszystkich porad, podczas których zwolnienie zostało wystawione, a jednej karcie w odniesieniu do 6 z 7 porad.

³⁸ W tym w dwóch kartach w odniesieniu do wszystkich porad, podczas których zwolnienie zostało wystawione.

- w żadnym przypadku nie zawarto adnotacji o dokonanej każdorazowo podczas porady ocenie czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, tj. informacji wymaganej § 39 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz cz. III ust. 8 Standardu;
- 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;

Dodatkowo w żadnej z badanych dokumentacji nie dokonano adnotacji o badaniu gruczołów sutkowych u pacjentek w okresie pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży, a w 25 przypadkach - o poinformowaniu pacjentek o możliwości przeprowadzenia badań prenatalnych. Wobec powyższego nie było śladu potwierdzającego, że badanie lub świadczenie, wymagane zapisami cz. II Standardu, zostało faktycznie wykonane. W kontekście złożonych w toku kontroli deklaracji ich zrealizowania, działanie polegające na ich nieodnotowywaniu NIK uznaje za nierzetelne z uwagi na fakt, że dokumentacja nie odzwierciedla zakresu udzielonych świadczeń.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że informacje o szczepieniach i stosowanych surowicach oraz informacje o niepełnosprawności nie były załączane do dokumentacji medycznej jeżeli pacjentka sama takich dokumentów nie doniosła. Dodała, że pouczono personel o konieczności informowania pacjentek i zaleceniu doniesienia ww. dokumentów. W kwestii informacji o zleconych badaniach diagnostycznych, wynikach badań, receptach oraz zwolnieniach lekarskich wskazała, że informacje te są dostępne w formie elektronicznej, a każdy pracownik medyczny oraz pacjentka ma do nich dostęp. W odniesieniu do braku wyników konsultacji wyjaśniła, że pacjentki nie zgłosiły się z wynikami konsultacji. W kwestii braku informacji o ocenie ryzyka ciążowego, braku informacji o kwalifikacji do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej oraz nieodnotowywania wyniku badania gruczołów sutkowych wskazała natomiast, że stosowne adnotacje są zamieszczane w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Adnotacje o prawidłowym przebiegu ciąży i prawidłowym ogólnym stanie zdrowia nie podnoszą standardu opieki nad ciężarną. Najważniejsze jest wykonanie prawidłowo badania, dysponowanie czasem na prawidłową ocenę stanu klinicznego, budowanie relacji i zaufania z pacjentką. Rozbudowana, nadmiernie sformalizowana dokumentacja medyczna jest mało przejrzysta.

(akta kontroli str. 546, 551-553, 644-645)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że wymóg zamieszczania ww. informacji w karcie ciąży wynika bezpośrednio z przepisów. Karta ciąży jest dokumentacją zewnętrzną pacjentki prowadzoną zgodnie z § 39 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej w formie papierowej. Ma ona stanowić szybkie i kompleksowe źródło informacji o przebiegu ciąży, tak aby w momencie ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki lub jej dziecka nie musieć zdawać się na poszukiwanie danych w rozproszonej dokumentacji elektronicznej. Nadmienić ponadto należy, że ww. przepisy nie uzależniają dokonywania wpisów do karty ciąży od wystąpienia nieprawidłowości, stąd założyć należy, że odnotowane winny być również stany prawidłowe.

5. W siedmiu z 20 objętych badaniem przypadkach pierwszą wizytę patronażową przeprowadzono później niż 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka, co było niezgodne z wymogami części XIV ust. 8 Standardu oraz cz. II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ. Wizyty te zrealizowane były w okresie od 5 do 11 dni od wypisu ze szpitala.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że powodem późniejszego przeprowadzenia wizyt patronażowych były przypadki wyraźnego umówienia się z pacjentką na termin pasujący matce. Dodała również, że realizacja prawa do decydowania kiedy położna odwiedzi pacjentkę zapisana jest w części I ust. 13 pkt 1 Standardu.

(akta kontroli str. 548, 549, 643)

Odnosząc się do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że termin przeprowadzenia pierwszej wizyty patronażowej wynika z dwóch aktów prawnych powszechnie obowiązujących, które nie przewidują odstępstw w tym zakresie. Celem wizyt patronażowych jest sprawdzenie przez osobę posiadającą wykształcenie medyczne, czy położnica i dziecko są w dobrej kondycji oraz weryfikacja, jak wiedza nabyta przez matkę podczas edukacji przedporodowej wykorzystywana jest w praktyce w toku opieki nad dzieckiem. Największego znaczenia nabiera przy tym pierwsza z wizyt mająca na celu szybkie wyeliminowanie ewentualnych nieprawidłowości i niedopuszczenie, aby wywołały one niepożądane skutki. Zauważyć przy tym należy, że w dokumentacji ww. pacjentek nie było adnotacji wskazującej, że niedochowanie terminu pierwszej z wizyt wynikało jedynie z ich życzenia.

6. W dokumentacji z wizyt u położnicy nie odnotowano niektórych elementów wymaganych cz. XIV ust. 5 Standardu. I tak spośród objętych badaniem wizyt przeprowadzonych u 20 położnic:

- w żadnym przypadku nie odnotowano oceny czynności pęcherza moczowego i jelit, tj. informacji wymaganych cz. XIV ust. 5 w zw. z ust. 2 pkt 4 Standardu;
- w przypadku jednej pacjentki nie odnotowano oceny higieny ciała podczas żadnej z odbytych wizyt, a przypadku kolejnej pacjentki podczas jednej z pięciu wizyt, tj. informacji wymaganych cz. XIV ust. 5 w zw. z ust. 2 pkt 5 Standardu.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że brak adnotacji w dokumentacji oznaczał, że wszystkie parametry były w normie. Podała, że położna starała się wykorzystać czas na budowanie relacji. Skrupulatne odnotowywanie w dokumentacji medycznej wszystkich parametrów, mimo że są w normie tworzy zbyt sformalizowaną dokumentację, mało czytelną dla innych.

(akta kontroli str. 549-550, 642-643)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że odnotowywanie tych parametrów jest przewidziane aktem prawnym powszechnie obowiązującym i nie zostało uzależnione od stwierdzenia stanów nieprawidłowych.

7. W dokumentacji medycznej dotyczącej noworodków z wizyt patronażowych nie odnotowano niektórych elementów wymaganych cz. XIV ust. 4 Standardu, co było niezgodne z cz. XIV ust. 5 Standardu. I tak spośród 115 wizyt przeprowadzonych u 20 noworodków, których dokumentacja została objęta badaniem:

- oceny czynności serca nie odnotowano podczas łącznie 100 wizyt u 19 noworodków;
- oceny masy ciała nie odnotowano podczas łącznie 30 wizyt u 18 noworodków;
- oceny czynności oddechowej nie odnotowano podczas jednej wizyty u jednego noworodka;
- oceny oddawania moczu nie odnotowano podczas jednej wizyty u jednego noworodka;
- zaburzeń czynności jelitowych nie odnotowano podczas łącznie pięciu wizyt u dwóch noworodków;
- oceny oczu nie odnotowano podczas dwóch wizyt u jednego noworodka.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że położna dokonała oceny wszystkich tych parametrów, jednak nie dokonała adnotacji w dokumentacji medycznej, ponieważ parametry w jej ocenie nie wykazały nieprawidłowości. Podała, że położna starała się budować relacje z kobietą w położu, odpowiadając na wiele pytań matki.

(akta kontroli str. 548, 642)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że Standard wymaga odnotowania parametrów wskazanych w cz. XIV ust. 4, nie uzależniając tego od wystąpienia nieprawidłowości.

8. W żadnym z siedmiu przypadków, gdzie było to wymagane z uwagi na przeprowadzenie dodatkowych procedur medycznych, nie zmodyfikowano planu opieki przedporodowej dla pacjentek objętych opieką Poradni. Tym samym naruszono cz. V ust. 1 i 2 Standardu.

Dyrektor MGP wyjaśniła, że plany opieki okołoporodowej wraz z dokumentacją medyczną prowadzoną przez lekarza poradni stanowią całość. Nie jest możliwe wpisywanie każdej zmiany, która wyniknęła ze wskazań medycznych, często nagłych, niespodziewanych. Istotne w opiece okołoporodowej jest prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną zaopiekowanie się pacjentką, a nie tworzenie mało czytelnej dokumentacji medycznej, która zawiera powielanie tych samych informacji.

(akta kontroli str. 546, 547, 551-553, 674)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień NIK wskazuje, że plan jest dokumentem opisującym działania zamierzone, a nie zrealizowane. Tym samym nie sposób uznać, że dokumentacja medyczna z przeprowadzonych procedur będzie wypełniała jego rolę. Obowiązek sporządzenia i aktualizacji planu wynika natomiast ze Standardu, tj. aktu prawnego powszechnie obowiązującego.

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom Przychodni w okresie okołoporodowym na ogół zapewniano opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. Wszystkie pacjentki we właściwym czasie objęto edukacją przedporodową, udzielono im pomocy w opracowaniu planu porodu i planu opieki przedporodowej, zapewniono większość wymaganych badań i procedur w trakcie ciąży, a po porodzie objęto opieką w domu, realizując wymaganą liczbę wizyt patronażowych. Stwierdzono pojedyncze przypadki niewykonania u pacjentek w trakcie ciąży przewidzianych Standardem badań i procedur medycznych. Ponadto dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, pacjentek gabinetu położnej POZ i noworodków nie zawierała części wymaganych elementów i nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielano.

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">1. Zapewnienie zgodności czasu pracy komórek organizacyjnych MGP zapewniających opiekę okołoporodową oraz grafiku ich personelu z harmonogramami do umów z NFZ2. Zapewnienie zgłaszania NFZ planowanych przerw w udzielaniu świadczeń.3. Zaktualizowanie harmonogramów do umów z NFZ w zakresie sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej oraz kwalifikacji personelu.4. Zabezpieczenie dostępu do elektrokoagulacji dla Poradni położniczo-ginekologicznej.5. Zabezpieczenie niezbędnego wyposażenia do udzielania świadczeń gwarantowanych położnej POZ.6. Zwiększenie nadzoru nad przydatnością do użycia produktów leczniczych.7. Zapewnienie użytkowania przyrządów pomiarowych podlegających prawnej kontroli metrologicznej posiadających ważną legalizację.8. Powierzenie wykonywania badań USG ciężarnych lekarzom posiadającym kwalifikacje określone w rekomendacjach PTGiP.9. Zlecenie pacjentkom w ciąży wszystkich wymaganych badań diagnostycznych i procedur medycznych oraz zapewnienie im wszystkich świadczeń wymaganych Standardem.10. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, w tym z uwzględnieniem wszystkich informacji o świadczeniach, których im udzielono.11. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej informacji o pełnym zakresie przeprowadzonej edukacji przedporodowej.12. Zapewnienie ujmowania przez pacjentki w planach porodu miejsca porodu.13. Zapewnienie aktualizacji planów opieki przedporodowej.

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 <i>prawo zgłoszenia</i> na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków	Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Bydgoszcz, 13 października 2025 r.

Kontroler

(-) Karolina Lahutta
gł. specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

p.o. Dyrektor

(-) Tomasz Sobecki