



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Śląska Delegatura w Katowicach

LKA.410.21.1.2025

Pan
Włodzimierz Migacz
Dyrektor Naczelny

Katowickie Centrum Onkologii
ul. Raciborska 26
40-074 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

Wystąpienie pokontrolne zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KOP-KOR.441.32.2026

Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 27 stycznia 2026 r.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Katowickie Centrum Onkologii ¹ ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Włodzimierz Migacz, Dyrektor Naczelny ² , od 25 września 1998 r. do dnia zakończenia kontroli
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli ³), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Kinga Kołodziejczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/136/2025 z 10 lipca 2025 r. Agnieszka Czapelka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/157/2025 z 18 sierpnia 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4, 7-8)

¹ Dalej: „Szpital”, „Centrum Onkologii” lub „KCO”.

² Dalej: „Dyrektor Szpitala” lub „Dyrektor”.

³ tj. do 8 października 2025 r.

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

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

KCO sprawowało opiekę nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz nad ich dziećmi. Udzielanie świadczeń dla pacjentów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Neonatologicznego odbywało się zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁶. Wszystkie pacjentki zgłaszające się do porodu zostały prawidłowo przyjęte do Szpitala. W ww. oddziałach realizujących świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej prawidłowo zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych oraz w pełni spełniono wymagania dotyczące dostępnego sprzętu medycznego i pomocniczego. Kobietom zapewniono opiekę i wsparcie psychologiczne. W KCO zapewniono także odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy, położnych, jak i pielęgniarek, posiadających wymagane kwalifikacje, a także stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i dostępność do psychologa. Jednakże sześciu lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych w 73 przypadkach⁷ pracowało nieprzerwanie powyżej 24 godzin – od 31 godzin i 28 minut do 48 godzin. Warunki lokalowe pomieszczeń, w których udzielano świadczeń opieki okołoporodowej, spełniały określone przepisami wymagania. W KCO przestrzegano wymogu kontaktu „skóra do skóry”, zarówno po porodach fizjologicznych, jak i po cesarskim cięciu, jeżeli stan dziecka na to pozwalał. W Szpitalu ponoszono nakłady finansowe na szkolenia personelu w zakresie opieki okołoporodowej, czego efektem był udział pracowników w działaniach upowszechniających wiedzę w tym zakresie wśród kobiet podczas przeprowadzanych „Dni otwartych”. Szpital nawiązał współpracę ze Szkołą Rodzenia, której nieodpłatnie udostępniał pomieszczenia. Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych informowano o możliwości wykonania badań genetycznych oraz pochówku, umożliwiano im również pożegnanie się z utraconym dzieckiem. Utracone dzieci były zaopatrzone w specjalnie dedykowane dla nich ubranka. Szpital terminowo rozpatrywał skargi, przy czym w jednym przypadku nie poinformował strony skarżącej o sposobie rozpatrzenia skargi. W KCO umożliwiono pacjentkom korzystanie z odpłatnej usługi indywidualnej opieki położnej podczas porodu i w pierwszych godzinach połogu, jednak jej organizacja była nieprawidłowa – obejmowała bowiem te same procedury, które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia⁸, co doprowadziło do podwójnego sfinansowania procedur związanych z zapewnieniem opieki położnej. Ponadto jedna z położnych udzielała prywatnych usług podczas pełnienia dyżuru. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły również: nieprawidłowego, gdyż bez zasięgnięcia wymaganych opinii, określania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Neonatologicznym, niezapoznania się ze Standardem łagodzenia bólu personelu Oddziału Neonatologicznego, nierzetelnego dokumentowania działań dotyczących monitorowania

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

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324. Dalej: „Standard opieki okołoporodowej”, „Standard opieki” lub „Standard”.

⁷ W lutym i sierpniu lat 2022-2024.

⁸ Dalej: „NFZ”, lub „Fundusz”.

wskaźników opieki okołoporodowej oraz nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek. Do paszportów sprzętu i aparatury medycznej nierzetelnie wpisywano informacje o przeglądach technicznych (np. bez daty przeprowadzenia przeglądu); przeglądy techniczne wykonywano nieterminowo.

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 strukturze Szpitala funkcjonowały niżej wymienione jednostki organizacyjne realizujące zadania związane z opieką okołoporodową:

1. Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej¹⁰ – II poziom referencyjności z 52¹¹ łózkami, w tym czterema łózkami intensywnej opieki medycznej.

Zakres zadań Oddziału dotyczących ginekologii i położnictwa obejmował realizowanie świadczeń medycznych w zakresie ginekologii, patologii ciąży¹² oraz położnictwa¹³ w systemie całodobowym. Oddział oferował porody w znieczuleniu zewnątrzoponowym, porody w wodzie, porody rodzinne, system rooming-in, odpłatną indywidualną opiekę położną.

Zakres zadań Sali Porodowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego II poziomu referencyjności obejmował:

1. Opiekę nad rodzącą od chwili przyjęcia do Szpitala do zakończenia czynności porodowych w tym:
 - a) przyjęcie rodzącej i wykonanie czynności przygotowujących;
 - b) czynne prowadzenie I i II okresu porodu;
 - c) wykonywanie wszystkich zabiegów związanych z procesem porodu;
 - d) współpraca z Działem Anestezjologii w zakresie prowadzenia analgezji okołoporodowej/prowadzenie porodu bez bólowego, znieczulenia do interwencji zabiegowych w trakcie i po porodzie;
 - e) współpraca z Oddziałem Neonatologii w zakresie opieki „śród” i „poporodowej” nad noworodkiem;

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.

¹⁰ Dalej: „Oddział Ginekologiczno-Położniczy”.

¹¹ 22 łóżka w Odcinku Ginekologicznym, 22 łóżka w Odcinku Położniczym oraz 8 łóżek w Odcinku Ginekologii zabiegów jednodniowych.

¹² Wykonywanie świadczeń diagnostyczno-leczniczych oraz opieka nad kobietą ciężarną, a także nadzór nad stanem płodu.

¹³ Propagowanie zachowań prozdrowotnych, w tym naturalnego karmienia podczas realizacji zaleceń zawartych w opracowaniu „10 kroków do naturalnego karmienia” oraz analgezji w ramach Programu „Szpital bez bólu”. Sprawowanie opieki nad położnicą, prowadzenie porodu i opieki poporodowej.

- f) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Sali Porodowej.

Najbliższy oddział ginekologiczno-położniczy o III stopniu referencyjności¹⁴ znajdował się w odległości około sześciu kilometrów;

- 2. Oddział Neonatologiczny – II poziom referencyjności z 19 łózkami, w tym z ośmioma łózkami dla noworodków, pięcioma inkubatorami, dwoma łózkami intensywnej terapii noworodka, dwoma łózkami opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji oraz dwoma łózkami opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Do zadań Oddziału Neonatologicznego należało w szczególności:

- 1. Zapewnienie kompleksowej, specjalistycznej opieki neonatologicznej (noworodkom, wcześniakom) urodzonym w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz zapobieganie śmiertelności okołoporodowej;
- 2. Zapewnienie intensywnej terapii i opieki pośredniej nad noworodkiem;
- 3. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem o wadze urodzeniowej powyżej 1,5 tys. g;
- 4. Wykonanie u noworodka następujących zabiegów:
 - a) odślusowanie (ewentualnie resuscytacja);
 - b) znakowanie, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami w sprawie znaków tożsamości dzieci w wieku do lat siedmiu;
 - c) odebranie noworodka z Sali Porodowej;
 - d) opatrzenie pępowiny;
 - e) zakropienie profilaktyczne oczu;
 - f) ważenie i mierzenie;
 - g) toaleta skóry.
- 5. umieszczenie noworodka w zależności od stanu ogólnego, wagi i długości w sali wraz z matką (system rooming-in), w Sali ogólnej, pokoju wcześniaków lub izolatce dla noworodków chorych;
- 6. założenie historii rozwoju noworodka (wcześniaka);
- 7. systematyczne pielęgnowanie i kontrola noworodka;
- 8. dostarczanie noworodka do karmienia matce lub podawanie pokarmów w porach ustalonych przez Zarządzającego Oddziałem;
- 9. zapobieganie zakażeniom wewnątrzoddziałowym;
- 10. szerzenie oświaty sanitarnej wśród matek, w szczególności z zakresu pielęgnowania noworodka i niemowlęcia przez wygłaszanie pogadanek, kolportaż broszur itp.

Najbliższy Oddział Neonatologiczny o III stopniu referencyjności¹⁵ znajdował się w odległości około sześciu kilometrów.

Oddziałami/Pododdziałami kierowali i zarządzali Zarządzający Oddziałem, a w razie ich nieobecności Zastępcy Zarządzających Oddziałem lub wyznaczeni

¹⁴ Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

¹⁵ Oddział Neonatologiczny w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II w Katowicach.

pracownicy. Zarządzających Oddziałami/Pododdziałami zatrudniał Dyrektor Szpitala.

3. Poradnie/Gabinety

- Ginekologiczno-Położnicza z Mobilną Pracownią Badań Diagnostycznych;
- Ginekologiczna dla Dziewcząt;
- Patologii Ciąży;
- Neonatologiczna;
- Preluksacyjna;
- Laktacyjna;
- Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej¹⁶;

W 2024 r. liczba kobiet w wieku rozrodczym w powiecie katowickim wynosiła 81,3 tys.¹⁷

Regulamin organizacyjny Szpitala był aktualny.¹⁸ Dane organizacyjne znajdujące się w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą również były aktualne.

(akta kontroli str. 9-101)

1.2. W latach 2022-2025 (I półrocze) w KCO do znieczulania porodów nie stosowano opioidów. Żadne z urodzonych w Szpitalu w powyższym okresie dzieci nie zmarło do szóstej doby życia.

W tym samym okresie w Szpitalu odbyło się ok. 2,4 tys. porodów (1,1 tys. siłami natury i 1,2 tys. przez cesarskie cięcie¹⁹ – 52,5%), w wyniku których urodziło się 2,4 tys. dzieci, w tym pięcioro dzieci urodziło się martwych, nastąpiło 371 poronień.

W 2022 r. było 766 porodów, w tym siedem bliźniaczych (402 porody naturalne, 364 przez cc – 47,5%), w czterech przypadkach zastosowano amniotomię, w 160 indukcję porodu, a w 220 nacięcie krocza. W celu znieczulenia bólu porodowego zastosowano analgezję wziewną w 308 przypadkach, regionalną w 219, a miejscową w 66.

Urodziło się 773 dzieci, w tym jedno martwe. Miały miejsce 123 poronienia.

W 2023 r. były 702 porody, w tym dwa porody bliźniacze (330 porodów naturalnych, 372 przez cc – 53%), w ośmiu przypadkach zastosowano amniotomię, w 138 indukcję porodu, a w 157 nacięcie krocza. W celu znieczulenia bólu porodowego zastosowano analgezję wziewną w 216 przypadkach, regionalną w 180, a miejscową w 45.

Urodziło się 704 dzieci w tym troje urodziło się martwych. Miało miejsce 109 poronień.

W 2024 r. było 629 porodów, w tym jeden bliźniaczy (281 porodów naturalnych, 348 przez cc – 55%), w 13 przypadkach zastosowano amniotomię, w 126 indukcję

¹⁶ Dalej: „POZ”.

¹⁷ Na podstawie danych uzyskanych z Banku Danych Lokalnych GUS dostępnych pod adresem: bdl.stat.gov.pl/bdl/dane.

¹⁸ Tekst jednolity z 22 kwietnia 2021 r. wraz z aneksami.

¹⁹ Dalej: „cc”.

porodu, a w 140 nacięciu krocza. W celu znieczulenia bólu porodowego zastosowano analgezję wziewną w 189 przypadkach, regionalną w 184, a miejscową w 38.

Urodziło się 630 dzieci, w tym jedno martwe. Miało miejsce 100 poronień.

W I połowie 2025 r. odbyło się 278 porodów (116 porodów naturalnych, 162 przez cc – 58,3%), w sześciu przypadkach zastosowano amniotomię, w 65 indukcję porodu, a w 45 nacięciu krocza. W celu znieczulenia bólu porodowego analgezję wziewną i regionalną zastosowano w 79 przypadkach, a miejscową w 16.

Urodziło się 278 dzieci. Miało miejsce 39 poronień.

(akta kontroli str. 181-182)

Dyrektor wraz z Zastępcą Zarządzającego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym wyjaśnili, że przyczynami wysokiego odsetka porodów zakończonych przez cc (od 47,5% w 2022 r. do 58,3% w I półroczu 2025 r.) mogły być m.in. *wskazania do wcześniejszej indukcji porodu, zwiększona liczba pacjentek ze wskazaniami do cc, większa roszczeniowość ze strony pacjentek i ich rodzin, brak obligatoryjnego ukończenia zajęć w Szkole rodzenia, zwiększony odsetek pacjentek rodzących w późniejszym wieku, naciski ze strony pacjentek, które długotrwale leczyły niepłodność i poddawane były technikom wspomaganego rozrodu - ART²⁰ dotyczące rozwiązywania ciąży drogą cc, obawy lekarzy i położnych prowadzących poród dotyczące ewentualnych roszczeń i konsekwencji prawnych.*

(akta kontroli str. 711, 715)

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w okresie ciąży hospitalizowano: w 2022 r. 943 pacjentki. Głównymi przyczynami hospitalizacji, poza porodem, były: cukrzyca powstała w ciąży, poród fałszywy w 37. tygodniu ciąży lub później, poród fałszywy przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży.

W 2023 r. hospitalizowano 858 pacjentek w ciąży. Głównymi przyczynami hospitalizacji, poza porodem, były: poród fałszywy w 37. tygodniu ciąży lub później, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych wklajające ciążę, poród fałszywy przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży.

W 2024 r. hospitalizowano 755 pacjentek. Głównymi przyczynami hospitalizacji, poza porodem, były: poród fałszywy w 37 tygodniu ciąży lub później, poród fałszywy przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych wklajające ciążę.

W I półroczu 2025 r. hospitalizowano 515 pacjentek, głównymi przyczynami hospitalizacji były: nadciśnienie ciążowe (wywołane ciążą) bez znamiennej białkomoczu, ciąża pozamaciczna, cukrzyca powstała w ciąży.

Na Oddziale Neonatologicznym hospitalizowano: w 2022 r. 773 noworodki, w 2023 r. 701 noworodków, w 2024 r. 630 noworodków, w I półroczu 2025 r. 279 noworodków.

²⁰ ang.-ART. Assisted Reproductive Technology.

Liczba pacjentek korzystających ze Szkoły rodzenia została wskazana w pkt 1.15. wystąpienia pokontrolnego - informacje uzyskano od podmiotu prowadzącego Szkołę rodzenia.

Jak wyjaśnili Dyrektor Szpitala wraz z Zarządzającym Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, *Szpital nie prowadził rejestru liczby hospitalizowanych pacjentek z niepełnosprawnością.*

(akta kontroli str. 917,920-921,923-929)

1.3. W Centrum Onkologii wdrożono następujące procedury dotyczące opieki okołoporodowej:

1. Standard organizacyjny w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia oraz nad noworodkiem – wskaźniki opieki okołoporodowej w KCO.

Zgodnie ze standardem ustala się monitorowanie wskaźników procentowych jakości opieki okołoporodowej.

2. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji poporodowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – cel: ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji, łagodzenie leku i niepokoju związanego z ciążą i porodem, wzmocnienie zdrowia psychicznego, poprawa samopoczucia, podjęcie działań profilaktycznych.

Zgodnie z procedurą lekarz informował pacjentki o możliwości wystąpienia problemów emocjonalnych u kobiety w okresie ciąży, porodu i porożenia oraz sposobach oceny tych objawów. Położna przekazywała pacjentkom formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, który był wypełniany w drugiej dobie po porodzie. Położna dokonywała oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji poporodowej poprzez zsumowanie punktów ankiety i zakwalifikowanie pacjentek do grup ryzyka – wypełniając kartę oceny. W przypadku uzyskania przez pacjentki powyżej dziewięciu punktów, położna przekazywała informacje lekarzowi, który podejmował dalsze decyzje w zakresie konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej. Analizy zbiorcze prowadziła Położna Koordynująca i nadzorująca Odcinek Położniczy lub osoba przez nią wyznaczona.

3. Standard łagodzenia bólu porodowego²¹, zgodnie z którym personel medyczny przekazywał pacjentkom informacje o dostępnych metodach łagodzenia bólu porodowego²², zasad kwalifikacji do poszczególnych metod oraz możliwych działaniach niepożądanych i ograniczeniach klinicznych ich zastosowania.

²¹ Dalej: „standard łagodzenia bólu”.

²² Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego: wsparcie emocjonalne i ciągła opieka położnej, pozycje wertykalne, piłki porodowe, worki sako, masaż, akupresura, techniki oddechowe, immersja wodna lub prysznic ciepłą wodą, muzykoterapia lub aromaterapia (na życzenie pacjentki), zastosowanie aparatu TENS, zastosowanie gwizdka porodowego (dla chętnych pacjentek, które posiadają gwizdek podczas porodu), intymna atmosfera sal porodowych.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego: podtlenek azotu (gaz rozweselający), znieczulenie zewnątrzoponowe (z dostępem całodobowym), znieczulenie podpajęczynówkowe (w przypadku porodu drogą cc).

Wspólnie z pacjentką ustalano sposób postępowania w zakresie łagodzenia bólu, który uwzględniał: dostępność metody, aktualny stan zdrowia i przebieg porodu, indywidualne preferencje pacjentki.

Obowiązujący w Szpitalu Standard łagodzenia bólu nie zawierał wszystkich elementów wynikających ze Standardu opieki okołoporodowej: nie określał: dożylnego lub domięśniowego stosowania opioidów, metod monitorowania stanu rodzącej i płodu podczas stosowania analgezji wziewnej oraz leków z grupy opioidów, metod monitorowania/nadzoru stanu rodzącej i płodu podczas stosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, warunków prowadzenia porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej, monitorowania funkcji życiowych, opieki nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej, osób odpowiedzialnych za prowadzenie porodu w zależności od zastosowanych metod łagodzenia bólu porodowego.

Jak wyjaśnili Dyrektor Szpitala wraz z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. akredytacji: *powyższe zagadnienia zostały opisane w obowiązującym w KCO Standardzie organizacyjnym postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Metody łagodzenia bólu według zapisu rozporządzenia były znane i stosowane przez personel. Zostały ujęte jako Oddziałowy Standard łagodzenia bólu porodowego.*

(akta kontroli str. 1417,1421,1422-1424)

4. Standardowa procedura postępowania dotycząca opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych²³, zgodnie z którą pracownicy medyczni Oddziału byli informowani o przebywaniu na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym pacjentki znajdującej się w sytuacji szczególnej.

Pacjentce w ww. sytuacji zapewniono: informacje o przysługujących prawach, obowiązującym stanie prawnym, szczegółowe wyjaśnienia, opiekę w warunkach odseparowania od pacjentek ciężarnych lub po porodzie zdrowego dziecka, możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej i kontaktu z duchownym zgodnie z życzeniem kobiety, opiekę laktacyjną (w określonych sytuacjach), informacji o możliwości pochówku (w przypadku poronienia lub urodzenia martwego dziecka), możliwości uzyskania dalszej pomocy w podmiocie leczniczym na III poziomie opieki perinatalnej oraz w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi. Pacjentce udzielało się informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji.

(akta kontroli str. 543-572)

5. Standard pielęgnacji noworodka, którego celem było utrzymanie higieny całego ciała noworodka.

W standardzie zostało opisane postępowanie podczas toalety noworodka: „kąpieli suchej”, „kąpieli mokrej” oraz przewijania.

6. Standard pielęgnacji kikutu pępowinowego, którego celem było zabezpieczenie przed zakażeniem.

²³ Sytuacje szczególne obejmują: ciężką chorobę lub wadę dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

7. Procedura profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka, którego celem było zapobieganie zakażeniom wywołanym przez bakterie.
8. Standard wykonania szczepienia przeciw WZW typu B, którego celem było uodpornianie organizmu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.
9. Standard szczepienia BCG, którego celem było uodpornienie organizmu przeciw gruźlicy.
10. Standard karmienia noworodka dotyczący karmienia mlekiem początkowym.
11. Procedura przyjęcia noworodka z bloku operacyjnego, którego celem było podniesienie jakości opieki nad noworodkiem urodzonym z cc.
12. Standard przekazania noworodka do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, którego celem była ochrona zdrowia i życia noworodka poprzez zabezpieczenie jego pobytu w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności oraz dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.
13. Standard postępowania z noworodkiem przebywającym z matką na Sali w systemie rooming-in, którego celem było podniesienie jakości opieki i bezpieczeństwa noworodka podczas pobytu w oddziale położniczo-noworodkowym.
14. Standard przyjęcia noworodka z Bloku Porodowego do Oddziału Neonatologicznego.
15. Standard reanimacji i resuscytacji noworodka.
16. Standard wykonania Testu Pulsoksymetrycznego w celu wczesnego wykrycia krytycznych wrodzonych wad serca.
17. Procedura powiadamiania położnej rodzinnej

Personel medyczny został zapoznany z ww. procedurami.

(akta kontroli str. 590-624)

1.4. W § 44 pkt 6 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wskazano, że wskaźniki opieki okołoporodowej określa corocznie Komitet Terapeutyczny, uwzględniając ilość interwencji medycznych oraz ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań określały dwie procedury:

1. „Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji poporodowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej (PA-OP2.1-KJ1);
2. Standard organizacyjny w zakresie opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu oraz nad noworodkiem – wskaźniki opieki okołoporodowej w KCO (SA-PJ4.1-KJ1)²⁴.

Zgodnie ze standardem dot. wskaźników ustala się monitorowanie wskaźników procentowych jakości opieki okołoporodowej: amniotomia, indukcja porodu, stymulacja czynności skurczowej, podawanie opioidów, nacięcie krocza, liczba cc w tym liczba cięć planowych i nagłych, podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego, pęknięcie krocza III i IV stopnia, poród w pozycji wertykalnej, znieczulenie zewnątrzoponowe²⁵. Monitorowanie wskaźników prowadzone było

²⁴ Dalej: „Standard dot. wskaźników”.

²⁵ Dalej: „ZZO”.

przez personel na Sali Porodowej pod nadzorem Położnej Koordynującej i Nadzorującej pracę w Sali Porodowej oraz Zarządzającego Oddziałem. Monitorowanie podawania noworodkom mleka modyfikowanego było prowadzone w Oddziale Neonatologicznym.

Raporty z monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej miały być sporządzane w systemie miesięcznym do 10-go dnia danego miesiąca za miesiąc poprzedni, a sprawozdanie roczne za rok miniony miało zostać sporządzone do 31-go stycznia roku następnego. Raporty i sprawozdania miały być przekazywane do Dyrektora Szpitala.

Analiza wskaźników opieki okołoporodowej była nierzetelnie dokumentowana, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 67-69,543-572)

Poziom satysfakcji pacjentów Szpitala był od lutego 2023 r. monitorowany we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na podstawie anonimowego badania ankietowego przeprowadzanego w formie elektronicznej²⁶. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły m.in. sprawności procesu przyjęcia do szpitala, uwzględniania przez personel medyczny w procesie leczenia zdania pacjenta, opieki/zaangażowania personelu medycznego, prób zmniejszania bólu poprzez podawanie leków, zrozumiałości przekazywanych informacji (w trakcie pobytu w szpitalu i po opuszczeniu szpitala) dotyczących stanu zdrowia i procesu leczenia, wyżywienia, czystości w salach, korytarzach, łazienkach, respektowania praw pacjenta, szczególnych uprawnień i potrzeb. Wyniki ankiet satysfakcji pacjentek były brane pod uwagę podczas analizy wskaźników opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str.726-740, 917, 920, 922)

1.5. Standard łagodzenia bólu został opracowany 1 stycznia 2024 r. przez Położną Koordynującą Oddziału Ginekologiczno-Położniczego²⁷. Dokument został zatwierdzony przez Zarządzającego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym.

Z ww. Standardem nie zostali zapoznani pracownicy Oddziału Neonatologicznego, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Standard łagodzenia bólu został opisany w punkcie 1.3 wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 568-569)

1.6. W Szpitalu, zgodnie z § 9 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁸ zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu realizującego świadczenia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz na Oddziale Neonatologicznym.

²⁶ Informacja o możliwości wzięcia udziału w ankiecie była umieszczona w karcie informacyjnej z pobytu szpitalnego.

²⁷ Kwestia znieczulenia okołoporodowego została ujęta w formie Standardu akredytacyjnego we wrześniu 2017 r. - Standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w KCO świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji oraz intensywnej terapii. SA-ZA-KJ1.

²⁸ Dz.U. z 2023 r. poz. 870 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie gwarantowanych świadczeń”.

Spełnianie wymagań dotyczących liczby wykwalifikowanego personelu realizującego świadczenia na ww. Oddziałach zostało zweryfikowane na podstawie badania zatrudnienia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym w miesiącach luty, sierpień w latach 2022-2024 (sześć miesięcy).

W 2022 r.

Na Oddziale Neonatologicznym realizowało świadczenia:

- w lutym: siedmiu lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz trzech zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, cztery pielęgniarki i 16 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.
- w sierpniu świadczenia realizowało: ośmiu lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i czterech zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, trzy pielęgniarki i 15 położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

W 2023 r.

Na Oddziale Neonatologicznym realizowało świadczenia:

- w lutym: 10 lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pięciu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, jeden lekarz odbywający staż podyplomowy, trzy pielęgniarki i 15 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.
- w sierpniu świadczenia realizowało: dziewięciu lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pięciu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, dwie pielęgniarki i 15 położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

W 2024 r.

Na Oddziale Neonatologicznym realizowało świadczenia:

- w lutym: 9 lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, czterech zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, jeden lekarz odbywający staż podyplomowy, dwie pielęgniarki i 16 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.
- w sierpniu świadczenia realizowało: dziewięciu lekarzy–dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktu, dwóch zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, czterech zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, jeden lekarz odbywający staż podyplomowy, dwie pielęgniarki i 16 położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę .

W 2022 r.:

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym realizowało świadczenia:

- w lutym: 18 lekarzy–sześciu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, siedmiu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej,

pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 41 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

- w sierpniu: 16 lekarzy–pięciu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, sześciu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 40 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

W 2023 r.:

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym realizowało świadczenia:

- w lutym: 16 lekarzy – pięciu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pięciu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jeden lekarz odbywający staż podyplomowy, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 39 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.
- w sierpniu: 17 lekarzy – siedmiu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pięciu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 38 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

W 2024 r.:

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym realizowało świadczenia:

- w lutym: 21 lekarzy – ośmiu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ośmiu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 38 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.
- w sierpniu: 21 lekarzy – dziewięciu zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, siedmiu zatrudnionych na podstawie umowy kontraktowej, pięciu odbywających specjalizację w ramach rezydentury, jedna pielęgniarka, jeden sanitariusz i 37 położnych zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

Pracownicy udzielający świadczeń medycznych na oddziałach Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym byli wymienieni w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy z NFZ.

Od września 2024 r. liczba etatów pielęgniarek i położnych na Oddziale Neonatologicznym wynosiła 19, a na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Sali Porodowej 44 etaty. Minimalne normy zatrudnienia były ustalane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²⁹, ale bez zasięgnięcia opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym i przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających

²⁹ DZ.U. z 2012 r. poz.1545, dalej: „rozporządzenie w sprawie norm zatrudnienia”.

na terenie podmiotu, co było sprzeczne z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁰ i zostało opisane w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*. Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora Szpitala ds. lecznictwa wraz z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii *Zapisy ww. rozporządzenia nie obligują podmiotu leczniczego do zasięgnięcia opinii w sprawie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych. Zgodnie z rozporządzeniem podmiot leczniczy zobowiązany jest do stosowania wskaźników – zatrudnienia pielęgniarek i położnych określonych w załączniku do rozporządzenia tj. Warunkach szczegółowych realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego.*

(akta kontroli str.183-184, 219-242, 532,625-626,1490,1492,1494)

Przestrzeganie norm dotyczących czasu pracy lekarzy zostało zbadane na podstawie losowo dobranej próby-22 lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne na Oddziale Neonatologicznym (11 lekarzy) oraz Ginekologiczno-Położniczym (11 lekarzy). Z przeprowadzonego badania wynikało, że czterech³¹ z 22 lekarzy (tj.18% badanej próby) pracowało ponad 200 godzin w miesiącu.

Ponadto w sześciu przypadkach (tj. 27 % próby) lekarze, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych pracowali nieprzerwanie powyżej 24 godzin, co stanowiło nierzetelne działanie i zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 243-393)

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał pięciu psychologów: jednego psychologa klinicznego na umowę cywilnoprawną udzielającego świadczeń dla wszystkich Oddziałów Szpitala, jednego psychologa klinicznego zatrudnionego w ramach umowy o pracę (0,8 etatu) świadczącego pracę w Oddziale Onkologicznym (Odcinek D), jednego psychologa bez specjalizacji zatrudnionego na podstawie umowy o pracę (etat) świadczącego pracę dla Oddziału Onkologicznego (Odcinek F i A), jednego psychologa bez specjalizacji zatrudnionego na podstawie umowy o pracę (etat) świadczącego pracę dla Oddziału Geriatrycznego i Oddziału Radioterapii oraz od 1 lipca 2025 r. zatrudniono na podstawie umowy o pracę (etat) psychologa bez specjalizacji świadczącego pracę w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa oraz Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym w KCO Zespół Nr 1 wynika, że od roku 2022 do czerwca 2025 r. wsparcie psychologiczne dla pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz ich rodzin zapewniali wszyscy czterej psychologowie.

W przypadku nieobecności psychologa lub w sytuacjach wymagających dalszej diagnostyki pacjentki były dowożone transportem medycznym na konsultacje

³⁰ Dz.U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.; dalej: "udl" lub „ustawa o działalności leczniczej”.

³¹ Trzech lekarzy realizujących świadczenia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i jeden lekarz realizujący świadczenia na Oddziale Neonatologicznym.

do Centrum Psychiatrii w Katowicach. W okresie objętym kontrolą z konsultacji skorzystało 20³² pacjentek.

(akta kontroli str. 552-557,755,774,1490,1492-1493)

Psycholodzy byli dostępni na oddziałach Szpitala codziennie. Z porad psychologów korzystali również pracownicy Szpitala. Z informacji uzyskanych od Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wynika, że liczba konsultacji psychologicznych udzielanych personelowi Szpitala wynosiła w okresie objętym kontrolą od kilku do kilkunastu miesięcznie.

(akta kontroli str. 755,761-768)

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym realizowały świadczenia trzy położne o wysokim poziomie wiedzy na temat laktacji, w tym: dwie posiadające Certyfikat – Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego³³ i jedna, która ukończyła specjalistyczny kurs dotyczący wspierania kobiety w okresie laktacji.³⁴

Jedna z położnych posiadających Certyfikat CDL była zatrudniona w systemie podstawowym, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 14:35, kolejna z położnych posiadających ww. Certyfikat zatrudniona była w systemie zmianowym, w takim samym systemie pracowała położna, która ukończyła kurs specjalistyczny edukatora ds. laktacji. Ponadto z informacji uzyskanych od Zarządzającej Oddziałem Neonatologicznym wynika, że *14 położnych realizujących świadczenia na Oddziale Neonatologii posiada specjalizację neonatologiczną, której program obejmuje zagadnienia związane z karmieniem naturalnym. Ponadto położne obydwu oddziałów – Ginekologiczno-Położniczego oraz Neonatologicznego i Sali Porodowej (łącznie 16 położnych posiadających kwalifikacje dot. problematyki związanej z karmieniem naturalnym) współpracują w promocji karmienia naturalnego oraz edukacji i opiece nad pacjentkami w laktacji.*

(akta kontroli str. 573-578,808)

Z informacji uzyskanych od Wicedyrektora ds. Lecznictwa oraz Kierownika Działu Anestezjologii KCO wynika, że *na dzień 21 lipca 2025 r. KCO zatrudniało czterech lekarzy anestezjologów w ramach umów o pracę (w wymiarze 3,47 etatu), 15 lekarzy anestezjologów w ramach umów cywilnoprawnych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (w wymiarze 8,76 etatu), czterech lekarzy rezydentów. Lekarze anestezjology zatrudnieni w Dziale Anestezjologii³⁵ zabezpieczają potrzeby Sali Porodowej. Ponadto jeden anestezjolog jest dostępny całą dobę na potrzeby Bloku Porodowego.*

Jednocześnie w wyjaśnieniach wskazano, że *dla wykorzystania pełnych możliwości operacyjnych potrzebnych jest co najmniej dwóch dodatkowych anestezjologów*

³² W 2022 r. – trzy pacjentki, w 2023 r. – osiem pacjentek, w 2024 r. – sześć pacjentek, w I półroczu 2025 r. – trzy pacjentki.

³³ Dalej: „CDL”. Jedna z położnych posiadających CDL ukończyła również kurs specjalistyczny pn. „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji” zorganizowany przez Fundację Opieki Okołoporodowej.

³⁴ Kurs: „Edukacja i wsparcie w okresie laktacji” zorganizowany przez Regionalną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

³⁵ Zespół Anestezjologii wraz z Oddziałem Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).

w ramach Bloku Operacyjnego i jeden dodatkowy anesteziolog dla Oddziału Intensywnej Terapii.

(akta kontroli str. 712, 743-743a)

1.7. W okresie objętym kontrolą szkolenia z zakresu Standardu opieki okołoporodowej, za które płacił Szpital odbyły się w 2022 r. dla pracowników Sali Porodowej, w 2024 r. dla pracowników Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Sali Porodowej oraz dla pracowników Oddziału Neonatologicznego.

Dyrektor Szpitala realizował potrzeby szkoleniowe pracowników, którzy uczestniczyli zarówno w szkoleniach obligatoryjnych wynikających z uregulowań prawnych i potrzeb Szpitala, jak i w szkoleniach indywidualnych.

(akta kontroli str. 487,629-710)

Z wyjaśnień Dyrektora i Położnej Koordynującej wynika, że *położne Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Sali Porodowej uczestniczą w szkoleniach i konferencjach we własnym zakresie korzystając z dofinansowań organizowanych przez Izby Pielęgniarek i Położnych. Tematyka tych szkoleń jest ściśle powiązana z realizacją Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej oraz wytycznymi opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem. Położne, w ramach samokształcenia mają dostęp do Standardu Opieki Okołoporodowej w dyżurkach.*

Ponadto w latach 2022-2025 (I półrocze) położne uczestniczyły w niżej wymienionych szkoleniach:

- 2022 r. szkolenie z zakresu techniki szala Rebozo³⁶-dwie położne,
- 2023 r. szkolenie dotyczące monitorowania dobrostanu płodu - 14 położnych,
- 2024 r. szkolenie z zakresu wykorzystania mobilności miednicy w porodzie Spinning Babies-pięć położnych, kurs „Edukacja i wspieranie kobiet w okresie laktacji”-siedem położnych, kurs prowadzenia porodu do wody - jedna położna.

(akta kontroli str. 712, 743-744)

W okresie objętym kontrolą Szpital poniósł wydatki na szkolenia personelu medycznego realizującego świadczenia w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Sali porodowej oraz Oddziale Neonatologicznym w łącznej wysokości 2,6 tys. zł w 2022 r., 11,7 tys. zł w 2023 r., 124,6 tys. zł w 2024 r. oraz 1,6 tys. zł w I półroczu 2025 r., w tym:

- Oddział Ginekologiczno - Położniczy rok 2022 1,3 tys. zł, 2023 r. 11,1 tys. zł, 2024 r. 123 tys. zł, I półrocze 2025 r. 1,3 tys. zł. Na szkolenia dotyczące Standardu opieki okołoporodowej przeznaczono 2,3 tys. zł w 2024 r.
- Sala porodowa - rok 2022 699,4 zł, 2023 r. 260, 00 zł, 2024 r. 820,55 zł. Na szkolenia dotyczące Standardu opieki okołoporodowej przeznaczono 549,40 zł w 2022 r. oraz 430,55 zł w 2024 r.

³⁶ Szal jest używany podczas porodu do łagodzenia bólu, rozluźniania napięć i wspierania kobiety w różnych pozycjach, w tym w pozycjach wertykalnych. Może być stosowany do masażu, kołysania i podtrzymywania ciała, pomagając w odciążeniu kręgosłupa i miednicy.

- Oddział Neonatologiczny – rok 2022 670,00 zł, 2023 r. 330,00 zł, 2024 r. 751,48 zł, I półrocze 2025 r. 390,00 zł. Na szkolenia dotyczące Standardu opieki okołoporodowej przeznaczono w 2024 r. 631,48 zł.

(akta kontroli str. 487,630-635)

1.8. Pacjentkom przebywającym w Szpitalu zapewniono możliwość korzystania z indywidualnej opieki położniczej na podstawie zawieranej pomiędzy pacjentką, a Szpitalem umowy cywilnoprawnej o usługę ponadstandardową w zakresie indywidualnej opieki położnej. Indywidualna opieka położnej była świadczona za dodatkową opłatą w wysokości jednego tysiąca złotych do maja 2022 r. oraz 1,4 tys. zł od czerwca 2022 r. Wysokość opłat została wskazana w cenniku opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych³⁷.

Wzór umowy o usługę ponadstandardową w zakresie indywidualnej opieki położnej został określony w załączniku nr 4 do Instrukcji usług ponadstandardowych opieka położnicza³⁸. W umowach nie wskazano katalogu wykonywanych czynności. W § 3 umowy wskazano, że Szpital zapewnia indywidualną opiekę wykwalifikowanej położnej w trakcie porodu lub nieplanowanego cięcia cesarskiego oraz we wczesnym okresie poporodowym przez dwie godziny (dotyczy porodu siłami natury, z wyłączeniem cięcia cesarskiego). Usługa wykonywana była na rzecz pacjentek, które złożyły wniosek o indywidualną opiekę położnej określony w Załączniku nr 1 do Instrukcji za odrębną opłatą i zawarły umowę ze Szpitalem. Wykonanie usługi było potwierdzane przez pacjentkę, położną wykonującą usługę oraz Położną Zarządzającą Salą Porodową na formularzu „Potwierdzenie wykonania usługi indywidualnej opieki położnej „, stanowiącym Załącznik nr 3 do Instrukcji.

Z indywidualnej opieki położnej podczas porodu skorzystało/skorzystały: w 2022 r. 54 pacjentki, w 2023 r. 48 pacjentek, w 2024 r. 27 pacjentek, a w I półroczu 2025 r. 10 pacjentek.

Z tytułu prowadzenia ww. usług Szpital uzyskał w 2022 r. 62,4 tys. zł, w 2023 r. 67,2 tys. zł brutto, w 2024 r. 37,8 tys. zł brutto, a w I półroczu 2025 r. 14 tys. zł brutto. Przychody były księgowane na koncie 704-315 Sprzedaż usług medycznych osobom fizycznym – Sala porodowa.

W okresie objętym kontrolą usługę ponadstandardową w zakresie indywidualnej opieki podczas porodu wykonywały dwie położne, z którymi Szpital, po przeprowadzeniu konkursu ofert³⁹, zawierał umowy cywilnoprawne o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z zawartymi umowami Szpital płacił położnym wynagrodzenie w wysokości 1,3 tys. zł brutto, przelewem w terminie 30 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury VAT bądź rachunku.

³⁷ Cennik stanowił załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

³⁸ Dalej: „Instrukcja”.

³⁹ Konkursy ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Ponadstandardowej Opieki Położniczej (nr 14/2021, 26/2022, 49/2024).

Jak wyjaśnili Dyrektor Szpitala wraz z Zarządzającym Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym oraz Położną Koordynującą słowo „ponadstandardowa” określające usługę nie ma nic wspólnego z nazwą „standard opieki okołoporodowej”. Wewnętrznie pod hasłem opieki ponadstandardowej rozumiemy ciągłość kontaktu i edukacji prowadzonej niezmiennie przez jedną położną, telefonicznie lub osobiście. Standard i umowa z NFZ nie określa opieki i edukacji okołoporodowej prowadzonej w tej formie, nieprzerwanie przez jedną osobę.

NIK zwraca uwagę, że umowa dotycząca świadczenia ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej dotyczy opieki położnej podczas porodu oraz wczesnego okresu połogu (dwie godziny) nie ma w niej mowy o edukacji, tym bardziej prowadzonej telefonicznie. Ponadto należy wskazać, że zarówno umowy z pacjentkami, jak i wnioski o indywidualną opiekę położnej (wypisywane przez pacjentki) są sporządzane i podpisywane po urodzeniu dziecka.

Z badania próby 10 umów zawartych z położnymi realizującymi świadczenia w zakresie indywidualnej opieki podczas porodu wynika, że w umowach nie określano katalogu wykonywanych czynności. Usługa ponadstandardowej, indywidualnej opieki podczas porodu wykonywała była przez położne poza czasem pracy wynikającym z podpisanej ze Szpitalem umowy o pracę. Za wyjątkiem jednego przypadku, w którym położna realizująca ww. usługę pełniła w tym samym dniu dyżur na Sali porodowej, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.125,138, 394-486,793-800,842-860,1191-1193,1201)

Jedna z dwóch położnych świadczących indywidualną, odpłatną opiekę położniczą w jednym z trzech szczegółowo badanych przypadków (tj. 33,3% próby) pacjentek, świadczyła usługę ponadstandardowej, indywidualnej opieki położniczej niezgodnie z obowiązującą Instrukcją oraz umową zawartą pomiędzy Udzielającym i Przyjmującym zamówienie, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 404-410,424-429,1004-1010,1359-1362)

Szpital podwójnie finansował opiekę położnej w odniesieniu do pacjentek, które korzystały z ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej podczas porodu.

Ponadto Szpital zawierał z położnymi umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ponadstandardowej opieki położnej, pomimo tego, że udzielały one świadczeń opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie tychże świadczeń finansowanych ze środków Funduszu, zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.437-486,861-872)

(akta kontroli str.125,138, 394-486,793-800,842-860,1191-1193,1201)

Szpital podwójnie sfinansował opiekę położnej w odniesieniu do jednej z pacjentek, która skorzystała z ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej podczas porodu. Położna w trakcie pełnienia dyżuru medycznego

jednocześnie zrealizowała prywatną usługę w ramach zawartej ze Szpitalem umowy cywilnoprawnej, co zostało opisane w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*

(akta kontroli str. 437-486, 861-872)

1.9. W latach 2022-2025 (I połowa) w KCO przeprowadzono dziewięć kontroli dotyczących działalności Oddziału Ginekologiczno-Położniczego lub Oddziału Neonatologicznego (z tego pięć kontroli w 2023 roku i cztery kontrole w 2024 roku). Wszystkie przeprowadzone były przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach⁴⁰. Tylko w wyniku jednej kontroli stwierdzono nieprawidłowości, które zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi zostały usunięte, co potwierdzone zostało podczas kontroli sprawdzającej.

Trzykrotnie przeprowadzono kontrolę dotyczącą oceny stanu sanitarnego, w tym opracowania i stosowania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Pierwsza z tych kontroli, przeprowadzona w 2023 roku⁴¹, obejmowała Odcinek Położniczy w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej, Zespół Porodowy, Oddział Neonatologiczny – I piętro oraz pomieszczenie tymczasowego przechowywania odpadów medycznych – parter. W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości związane z realizacją procedury postępowania z odpadami medycznymi oraz opracowaną procedurą „Standard pielęgnacji noworodka”, tj. brak uwzględnienia miejsca i warunków przeprowadzenia kąpieli noworodka „na sucho” i „na mokro”. W zaleceniach pokontrolnych wskazano na konieczność zapewnienia prawidłowej realizacji procedur postępowania z odpadami medycznymi oraz aktualizacji procedury „Standard pielęgnacji noworodka” w terminie dwóch tygodni. Sprawdzenie wykonania zaleceń miało miejsce w toku drugiej kontroli, przeprowadzonej w 2023 roku⁴², która była kontrolą sprawdzającą. W wyniku tej kontroli potwierdzono wykonanie obu wcześniejszych zaleceń. Trzecia kontrola przeprowadzona była w 2024 roku⁴³ i dotyczyła pomieszczeń Bloku Operacyjnego, w tym Sali cięć cesarskich. W jej wyniku nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, nie przedstawiono również żadnych uwag i zastrzeżeń.

W 2024 roku miała również miejsce kontrola stanu sanitarnego⁴⁴, która dotyczyła wyposażenia punktu szczepień, zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień ochronnych, opracowania i stosowania procedur. W protokole kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości oraz nie sformułowano zaleceń, uwag i wniosków.

Dwukrotnie: raz w 2023 roku⁴⁵ i raz w 2024 roku⁴⁶, przeprowadzono kontrolę oceny stanu sanitarnego w oparciu o arkusz oceny stanu sanitarnego. Skontrolowano stan higieniczny kuchenek oddziałowych, w tym jedną kuchenkę na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Pododdziałem Ginekologii

⁴⁰ Dalej: *PPIS*.

⁴¹ Protokół kontroli nr 408.NS.EP.2023 r. z 2 sierpnia 2023 r.

⁴² Protokół kontroli nr 440.NS.EP.2023 z 25 sierpnia 2023 r.

⁴³ Protokół kontroli nr 291.NS.EP.2024 z 27 maja 2024 r.

⁴⁴ Protokół kontroli nr 585.NS.EP.2024 z 7 listopada 2024 r.

⁴⁵ Protokół kontroli sanitarnej nr 3831.NS.HŻ.2023 z 1 grudnia 2023 r.

⁴⁶ Protokół kontroli sanitarnej nr 3477.NS.BŻ.2024 z 27 listopada 2024 r.

Onkologicznej, a także wydzielone pomieszczenie, w którym przechowuje się zapas mleka dla noworodków. W obu kontrolach nie stwierdzono nieprawidłowości.

Przeprowadzone zostały także dwie kontrole, jedna w 2023⁴⁷, druga w 2024 roku⁴⁸, podczas których pobrane zostały próbki ciepłej wody do badań laboratoryjnych w kierunku bakterii Legionella m. in. w punkcie czerpalnym na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Neonatologicznym. Zgodnie z przekazanymi stanowiskami Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Katowicach pobrane próbki spełniały wymagania mikrobiologiczne, jakim powinna odpowiadać woda ciepła, określone w załączniku nr 5A do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia ludzi⁴⁹.

W 2023 roku przeprowadzono także jedną kontrolę⁵⁰ dotyczącą oceny stanu sanitarnego, a w szczególności przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszeniem podejrzenia ogniska epidemiologicznego. Obejmowała ona m. in. Oddział Ginekologiczno-Położniczy. W toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 834-841, 946-1003)

1.10. Zarówno Oddział Ginekologiczno-Położniczy (Odcinek Położniczy), jak i Oddział Neonatologiczny spełniały wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny i pomocniczy dla Oddziałów o II stopniu referencyjności określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń orsz w umowie z NFZ.

Szpital spełniał również wymogi wynikające ze Standardu opieki okołoporodowej⁵¹ dotyczące opieki nad noworodkiem.

Szpital był wyposażony w sprzęt dostosowany do potrzeb osób ze specjalnymi potrzebami, w tym dla osób ze wskaźnikiem BMI powyżej 30, w tym:

- sześć łóżek o maksymalnej ładowności 185-250 kg;
- sześć łóżek o maksymalnej ładowności 250 kg dla masy pacjenta wynoszącej 185 kg;
- sześć łóżek o maksymalnej ładowności 230 kg;
- 25 łóżek o maksymalnej ładowności 250 kg dla masy pacjenta wynoszącej 215 kg;
- trzy łóżka porodowe o bezpiecznym obciążeniu roboczym 245 kg;
- waga o maksymalnym unosie 200 kg.

akta kontroli str. 918, 920-921, 933-944, 1090-1134)

⁴⁷ Pismo PPIS znak NS.HKiŚ.9027.18.1.2023 z 8 marca 2023 r.

⁴⁸ Pismo PPIS znak NS.HKiŚ.9027.18.1.2024 z 28 marca 2024 r.

⁴⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2294

⁵⁰ Protokół kontroli nr 169.NS.EP.2023 z 7 kwietnia 2023 r.

⁵¹ Część XIII ust. 1.

Badanie dokumentacji 15 sztuk sprzętu⁵² znajdującego się na wyposażeniu oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Neonatologicznego, wykazało, że każdy z badanych sprzętów posiadał dokumentację w postaci Paszportu technicznego⁵³ lub Karty napraw i przeglądów⁵⁴. Dokumentacja ta nie w każdym przypadku jednak była prowadzona rzetelnie, brakowało wpisów dotyczących przeglądów technicznych lub wpisy były niekompletne, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Badane sprzęty były poddawane przeglądom technicznym, jednak nie wszystkie przeglądy techniczne zostały wykonane w terminie, przez co aparatura była czasowo wyłączana z użytkowania, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.1363-1412,1485-1489)

1.11. W Szpitalu zapewniono dostęp do badań i procedur medycznych wymienionych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych: w miejscu udzielania świadczeń przeprowadzano ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, Szpital dysponował Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej, w której wykonywano badania laboratoryjne. Śródoperacyjne badania histopatologiczne były wykonywane od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2023 r. oraz od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2026 r. przez podmiot zewnętrzny⁵⁵.

(akta kontroli str. 583-589,756,784-788)

1.12. Warunki lokalowe, w których udzielano świadczeń opieki okołoporodowej spełniały wymagania określone przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca .2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵⁶.

Szpital posiadał Ginekologiczną Izbę Przyjęć.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Neonatologiczny znajdowały się w zespole budynków Szpitala. Kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiącego niezbędne wyposażenie, a łóżka pacjentek były dostępne z trzech stron, w tym dwóch dłuższych. Odstęp pomiędzy łózkami umożliwiał swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoi umożliwiała swobodne wprowadzenie łóżka. Sale pacjentek były wyposażone w łazienki.

Dzieci przebywały w salach z matkami w systemie „rooming-in”. Noworodki, które ze względu na stan zdrowia musiały być obserwowane, wcześniaki i dzieci wymagające intensywnego nadzoru medycznego przebywały na Oddziale

⁵² Analizą objęto 15 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Neonatologicznego. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości tego sprzętu–do badania został wybrany sprzęt o najwyższej wartości.

⁵³ Dalej: Paszport

⁵⁴ Dalej: Karta napraw

⁵⁵ Na podstawie umowy 546/126/12/2020.

⁵⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 402

Neonatologicznym w salach intensywnego nadzoru, do których dostęp prowadził przez służbę umywalkowo-fartuchową.

Trakt porodowy składał się z trzech salporodowych, Sali operacyjnej oraz wyodrębnionej Sali cięć cesarskich. We wszystkich pomieszczeniach – izbie przyjęć, salach pacjentek, salach porodowych, gabinecie zabiegowym zapewniona została intymność podczas wykonywanych procedur. Na drzwiach gabinetów znajdowały się informacje o trwającym badaniu, a okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych.

Pacjentki, które doświadczyły tzw. szczególnych sytuacji położniczych przebywały na Ginekologicznym Odcinku Oddziału–nie przebywały w salach z matkami, które urodziły zdrowe dzieci.

Opiekunom prawnym dzieci przebywających na Oddziale Neonatologicznym ze względów medycznych, umożliwiono pobyt przy dziecku. Natomiast odwiedziny na Oddziale Neonatologicznym osób wskazanych przez opiekunów prawnych odbywały się w godzinach wyznaczonych przez lekarza dyżurnego w zależności od stanu dziecka.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala oraz Zarządzających Oddziałami: Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym wynika, że pacjentki mogły przebywać na Oddziale Położniczym do zakończenia hospitalizacji noworodka w Oddziale Neonatologicznym.

Wyniki kontroli przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym zostały opisane w punkcie 1.9 wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1021-1022,1090-1134,1211,1237-1238,1241,1267-1268)

1.13. W Szpitalu przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia.

W miejscach przebywania pacjentek, którym udzielane były świadczenia obejmujące opiekę okołoporodową (ginekologicznej izbie przyjęć, wejściu do Szpitala, na korytarzach Na Oddziałach Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym) nie zostały umieszczone plakaty, broszury i inne

materiały reklamowe i promocyjne wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

Preparaty do początkowego żywienia niemowląt znajdujące się na Oddziale Neonatologicznym oznaczone były nazwą handlową producenta, przed przystąpieniem do karmienia dzieci nie były przelewane do innych butelek, nie były również wydawane pacjentkom.

Jak wyjaśnili Dyrektor Szpitala oraz Zarządzająca Oddziałem Neonatologicznym (...) *w Szpitalu nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia. Sposób oznakowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt*

jest zgodny z zapisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego⁵⁷ określającymi ograniczenia dotyczące wyglądu opakowań produktów preparatów mlekozastępczych oraz ich reklamy.

(akta kontroli str. 1090-1134,1191,1193-1194,1490-1492,1595-1596)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu stosowano preparaty początkowego żywienia niemowląt trzech producentów, które zostały zakupione przez Szpital w postępowaniu przetargowym. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala i Kierownika Apteki Szpitalnej wynika, że *Szpital w okresie objętym kontrolą nie przyjmował od producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt próbek, ani darowizn.*

Łącznie koszty zakupu preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyniosły w 2022 r. 4,40 zł brutto za 6,8 tys. szt. preparatów mlekozastępczych, w 2023 r. 15,36 zł brutto za 5,96 tys. szt. preparatów mlekozastępczych, w 2024 r. 162,5 zł brutto za 5,02 tys. szt. preparatów mlekozastępczych, w I półroczu 2025 r. 15,95 zł brutto za 2,16 tys. szt. preparatów mlekozastępczych.

Z informacji uzyskanych od Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa oraz Kierownika Apteki Szpitalnej wynika, że *preparaty do początkowego żywienia niemowląt są kupowane często w pakietach zbiorczych⁵⁸. Oferent wycenia cały pakiet wielosztukowy-tym samym cena jednej sztuki preparatu może wynosić poniżej jednego grosza.*

(akta kontroli str. 579-582,756,810-815,1490,1492,1494-1594)

1.14. Rzeczywiste koszty ponoszone przez Szpital w związku z funkcjonowaniem Oddziałów: Ginekologiczno-Położniczego i Neonatologicznego wynosiły kolejno: w 2022 roku - 25 311,4 tys. zł (13 572,9 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ) i 5 214, 4 tys. zł. (3 786, 1 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ); w 2023 roku - 29 654,1 tys. zł. (14 042, 8 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ) i 5 967,1 tys. zł (5 119, 6 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ); w 2024 roku - 40 664,8 tys. zł. (17 769, 2 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ) i 6 864,9 tys. zł. (4 863,1 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ); od stycznia do maja 2025 roku - 9 920,8 tys. zł. (8 722, 6 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ) i 2 617, 6 tys. zł. (1 689,2 tys. zł. stanowiły środki otrzymane z NFZ).

W latach 2022-2024 zarówno na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym jak i Neonatologicznym grupą najwyższych kosztów były wynagrodzenia wraz ze świadczeniami na rzecz pracowników. Stanowiły one na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wraz z salami porodowymi w stosunku do wszystkich kosztów ok. 64% w 2022 roku, ok. 67% w 2023 roku i ok. 60% w 2024 roku, natomiast na Oddziale Neonatologicznym: ok. 63% w 2022 roku, ok. 69% w 2023 roku i ok. 65% w 2024 roku.

⁵⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 1026

⁵⁸ Pakiet zawiera od 24 do 18 sztuk gotowej mieszanki mlekozastępczej.

Drugą znaczącą grupą wśród kosztów obu oddziałów były usługi obce, które z wszystkich kosztów stanowiły dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wraz z salami porodowymi ok. 26% w 2022 roku, ok. 24% w 2023 roku i ok. 29% w 2024 roku, natomiast dla Oddziału Neonatologicznego: ok. 28% w 2022 roku, ok. 24% w 2023 roku i ok. 29% w 2024 roku.

Szpital nie pobierał od pacjentek dodatkowych opłat związanych z porodami rodzinnymi, pobytem członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce. W okresie objętym kontrolą nie było możliwości przebywania przez pacjentkę w jednoosobowej sali. Dodatkowe opłaty były pobierane za indywidualną opiekę położnej w trakcie porodu lub nieplanowanego cc oraz we wczesnym okresie poporodowym.

1.15. Szpital udostępnił salę konferencyjną zewnętrznemu podmiotowi prowadzącemu zajęcia w ramach szkoły rodzenia⁵⁹.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (...) *Szpital nawiązał bezumowną współpracę ze Szkołą Rodzenia udostępniając pomieszczenia do prowadzenia działalności. Szkoła cieszy się dobrą opinią i większość korzystających z jej usług kobiet rodzi w KCO, co jest atutem w sytuacji niżu demograficznego.*

Z informacji przekazanych przez Dyrektora Szpitala oraz p.o. Głównego księgowego wynika, że *Szpital nie uzyskiwał przychodów za udostępnianie pomieszczeń Szkole rodzenia.*

(akta kontroli str.711,716,1417,1421,1426)

Z informacji uzyskanych od Koordynatora Szkoły Rodzenia⁶⁰ wynika, że:

- w zajęciach grupowych wzięło udział: w 2022 r. 106 par (około 212 osób), w 2023 r. 140 par (około 280 osób), w 2024 r. 121 par (około 240 osób), a w I półroczu 2025 r. 52 pary (około 149 osób).

Szkoła oferowała następujące formy prowadzenia zajęć: edukacja tygodniowa – cztery spotkania w wymiarze dwóch i pół godziny, edukacja weekendowa – dwa spotkania wymiarze pięciu i pół godziny, edukacja indywidualna – jedno dwugodzinne spotkanie.

W okresie objętym kontrolą zrealizowanych zostało edycji:

- w 2022 r. 10 edycji tygodniowych, siedem weekendowych i dziewięć indywidualnych;
- w 2023 r. 12 edycji tygodniowych, dziewięć weekendowych i 10 indywidualnych;
- w 2024 r. 11 edycji tygodniowych, siedem edycji weekendowych i jedna indywidualna;

⁵⁹ W czerwcu 2016 r. Szpital zaprzestał prowadzenia własnej Szkoły Rodzenia, która działała od 2002 r. z powodu braku finansowania zewnętrznego, w tym z NFZ.

⁶⁰ Dalej: „Szkoła”.

- w I Półroczu 2025 r. pięć edycji tygodniowych, cztery edycje weekendowe i pięć edycji indywidualnych.

Grupy zajęciowe liczyły maksymalnie 16 osób (około ośmiu par), a odpłatność za cały cykl zajęć wynosiła: w 2022 r. edycja tygodniowa 549 zł, edycja weekendowa 599 zł, edycja indywidualna 200 zł za dwie godziny, w 2023 r. edycja tygodniowa 549 zł, edycja weekendowa 649 zł, edycja indywidualna 300 zł za dwie godziny, w 2024 r. edycja tygodniowa 599 zł, edycja weekendowa 699 zł, edycja indywidualna 300 zł za dwie godziny, w 2025 r. edycja tygodniowa 649 zł, edycja weekendowa 749 zł, edycja indywidualna 350 zł za dwie godziny.

Tematyka prowadzonych zajęć dotyczyła:

- a) okresu prenatalnego w tym m.in. dolegliwości ciąży, stylu życia sprzyjającego zdrowiu ciężarnej, higieny jamy ustnej, używek i nałogów, problemów psychologicznych kobiety i całej rodziny, profilaktyki depresji;
- b) porodu w tym m.in. czynników zwiastujących poród, początku porodu, stanów wymagających szybkiej hospitalizacji, fizjologii porodu, przygotowania ciężarnej do aktywnego porodu, porodu rodzinnego i przygotowania osoby towarzyszącej do wspierania kobiety w czasie porodu, pozycji wertrykalnych łagodzących ból, farmakologicznych i niefarmakologicznych sposobów łagodzenia lęku i bólu porodowego, korzyści z kontaktu skóra do skóry, początków karmienia piersią, cc, organizacji i funkcjonowania sali porodowej, opieki medycznej w czasie porodu;
- c) specyfiki okresu połogu i opieki nad noworodkiem w tym m.in. oswojenia przebiegu połogu, postępowania z blizną po cc, psychologicznych aspektów połogu, baby blues i depresji poporodowej, informacji gdzie uzyskać pomoc, wsparcia w laktacji, karmienia piersią, fizjologii okresu noworodkowego, sposobów radzenia sobie z problemami w laktacji, budowania nastawienia na proces nauki laktacji, akceptacji swojego ciała w połogu, nowych ról rodziców, opieki nad noworodkiem, pielęgnacji noworodka-kąpiel i inne czynności higieniczne, przekazywanie informacji dotyczących budowania bezpiecznej więzi.

W trakcie zajęć wykorzystywane były aktywne metody nauczania, dyskusje, wykłady, prace w grupie, prezentacje, kamizelka ciążowa, symulator niemowlęcia, warsztat z pierwszej pomocy udzielanej dzieciom i niemowlętom.

Szkoła zapewniała dostęp do wykwalifikowanej kadry – minimum trzy położne z tytułem mgr. położnictwa⁶¹, instruktor Szkoły, psycholog, opcjonalnie – doradca noszenia dzieci w chustach, fizjoterapeutka uroginekologiczna, ratownik medyczny.

(akta kontroli str.505-507)

⁶¹ w tym jedna położna – specjalista pielęgniarstwa neonatologicznego, certyfikowany doradca laktacyjny, prowadząca porody w wodzie.

Natomiast na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym realizowane były Dni Otwarte, podczas których można zobaczyć m.in. sale porodowe, pokoje, Oddział Neonatologii oraz porozmawiać z personelem medycznym. Spotkania mogły mieć zarówno charakter grupowy, jak i indywidualny. Od marca 2025 r. zrealizowane zostały cztery edycje Dni Otwartych, w których wzięło udział łącznie 170 osób, w tym 88 kobiet w ciąży.

(akta kontroli str. 508-509)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nieprawidłowo, gdyż bez zasięgnięcia wymaganych opinii, zostały określone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziałach Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Neonatologicznym. Minimalne normy zatrudnienia były ustalane na podstawie rozporządzenia w sprawie norm zatrudnienia, ale bez stosowania zasad określonych w art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie bowiem z tym przepisem, kierownik podmiotu leczniczego ustala minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora Szpitala ds. leczenia wraz z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii *Zapisy ww. rozporządzenia nie obligują podmiotu leczniczego do zasięgnięcia opinii w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zgodnie z rozporządzeniem podmiot leczniczy zobowiązany jest do stosowania wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych określonych w załączniku do rozporządzenia tj. Warunkach szczegółowych realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.*

(akta kontroli str.183-184, 219-242, 532,625-626,1490,1492,1494)

NIK nie podziela wyjaśnień złożonych przez Zastępców Dyrektora, gdyż jak wynika z wpisów do Krajowego Rejestru Sądowego, KCO jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, w związku z czym minimalne normy zatrudnienia powinny być określone na podstawie art. 50 ust.1 udl.

2. W lutym i sierpniu lat 2022-2024 wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) nieprzerwanie przez ponad 24 godziny. W odniesieniu do pracy sześciorga lekarzy wybranych do próby kontrolnej świadczących pracę na Oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym wystąpiły 73 przypadki pracy w wymiarze ponad 24 godziny, w tym:

- 68 przypadków nieprzerwanej pracy przez okres 31 godzin i 21 minut;
- jeden przypadek nieprzerwanej pracy przez okres 35 godzin i 55 minut;

- jeden przypadek nieprzerwanej pracy przez okres 40 godzin i 15 minut;
- trzy przypadki nieprzerwanej pracy przez okres 48 godzin.

Organizacja pracy na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Neonatologicznym, umożliwiającą udzielanie świadczeń przez lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych nieprzerwanie powyżej 24 godzin, stanowiła nierzetelne działanie kierownictwa Szpitala.

(akta kontroli str. 243-393)

Kierownik Działu ds. osobowych i Organizacyjnych wyjaśniła, że *lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych oraz pełnili dyżury medyczne w ramach zawartych umów cywilnoprawnych (Praktyki Lekarskie).*

(akta kontroli str. 517)

NIK wskazuje, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i stwarzać ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

3. Nierzetelnie dokumentowano monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej. Przedłożone kontrolującym dokumenty (analizy wskaźników za okres 2022-2023 i 2023-2024) zostały sporządzone na potrzeby kontroli. Powyższe stanowiło działanie nierzetelne i skutkowało niemożnością przeprowadzenia corocznej analizy realizacji wskaźników opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 560-565)

Dyrektor wraz z Położną Koordynującą wyjaśnili, że *zestawienia roczne w formie tabeli były przekazywane Dyrekcji zgodnie z procedurą do 31 stycznia każdego roku. Szczegółowe wskaźniki analizowano wewnątrz zespołu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego stawiając ustne cele na następny rok. W toku przygotowań dokumentacji do kontroli P/25/061 Położna Koordynująca została poproszona o szczegółową analizę wskaźników rok do roku. Powstały roczne analizy, które zostały przekazane Dyrekcji.*

(akta kontroli str. 711-712,717)

NIK zwraca uwagę, że dokonywanie analizy wskaźników jakości opieki okołoporodowej z pominięciem formy pisemnej uniemożliwia ocenę rzetelności jej przeprowadzenia. Ponadto obowiązek dokumentowania działań dotyczących monitorowania wskaźników wynika wprost ze Standardu opieki okołoporodowej (część I ust. 2 i 3).

4. Z obowiązującym w Szpitalu Standardem łagodzenia bólu nie został zapoznany personel Oddziału Neonatologicznego, co było niezgodne z ust. 6 części VII Standardu opieki.

(akta kontroli str. 570-572)

Dyrektor wraz z Położną Koordynującą Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnili, że *ze standardem łagodzenia bólu zostali zapoznani: lekarze anestezjododzy, lekarze ginekologodzy-położnicy oraz położne Sali porodowej.*

Wymienione grupy personelu odgrywają kluczową rolę w procesie opieki nad rodzącą – to one proponują oraz dostosowują do indywidualnych potrzeb pacjentki odpowiednie metody łagodzenia bólu porodowego, dlatego zostały uznane za najbardziej istotne.

NIK zwraca uwagę, że z ust. 6⁶² części VII Standardu opieki wynika, że pracownicy medyczni Oddziału Neonatologicznego również powinni zostać zapoznani ze standardem łagodzenia bólu, a zapoznanie się z nim powinno zostać potwierdzone podpisem.

(akta kontroli str. 755, 758, 760)

5. Szpital podwójnie finansował procedury związane z opieką położnej podczas porodu w przypadku pacjentek korzystających z tzw. ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej, z badania próby dokumentacji dotyczącej 10 pacjentek, które skorzystały z ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej podczas porodu oraz procedur, jakie Szpital wykazał do sfinansowania przez NFZ wynikało, że pomimo pobierania od pacjentek opłat za indywidualną opiekę położnej podczas porodu i we wczesnej fazie połogu, Szpital wykazywał procedury dotyczące opieki położnej podczas całego pobytu pacjentki w Szpitalu do sfinansowania przez NFZ. Jednocześnie Szpital zawierał z położnymi umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ponadstandardowej opieki położnej, pomimo tego, że udzielały one świadczeń opieki zdrowotnej w podmiocie, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie tożsamych świadczeń co świadczenia finansowane ze środków Funduszu.

(akta kontroli str. 413-486,861-872)

Dyrektor Szpitala wraz z Zarządzającym Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym i Położną Koordynującą wyjaśnili, że *Procedura „opieka pielęgniarki i położnej” (89.04) dotyczy całego, często kilkudniowego pacjentki przed i po porodzie w Oddziale Położniczym. W tym czasie pacjentką zajmują się położne pełniące dyżury – inne niż te, które sprawują opiekę w ramach opieki ponadstandardowej. Z tego względu procedura ta musi znaleźć się w rozliczeniu świadczeń przekazywanych przez NFZ.*

(akta kontroli str. 1191-1193)

Ponadto Dyrektor Szpitala wraz z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii wyjaśnili, że *zawarcie umów na ponadstandardową opiekę położniczą obejmującą indywidualną opiekę położnej jest odpowiedzią na potrzeby i oczekiwania pacjentek, które chcą by konkretna położna towarzyszyła im w trakcie porodu, co daje im duży komfort psychiczny. Natomiast umowa z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie świadczeń: Położnictwo i Ginekologia hospitalizacja II poziom referencyjny obejmuje następujące świadczenia: N 01–poród, N 02–poród mnogi lub przedwczesny, N 03–patologia ciąży lub płodu. Umowa z NFZ nie obejmuje świadczeń ponadstandardowych w zakresie indywidualnej opieki położnej.*

(akta kontroli str.1191-1193,1210)

⁶² Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.

Zdaniem NIK, powyższa sytuacja potwierdza ustalenia dotyczące tego, że ponadstandardowa, indywidualna opieka położnej de facto pokrywa się ze świadczeniami finansowanymi przez NFZ i nie powinna być dodatkowo finansowana przez pacjentki. Fakt odpłatnej opieki położnej do porodu należy traktować jako nieprawidłowość. Świadczy to o naruszeniu m.in. równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

NIK nie podziela również wyjaśnień Dyrektora Szpitala oraz Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii ponieważ realizowane przez położne świadczenia w ramach sprawowania indywidualnej opieki położnej podczas porodu i porożu są takie same, jak świadczenia, których udzielają sprawując opiekę nad kobietą rodzącą w trakcie pełnionych dyżurów medycznych na Sali porodowej. Z przytoczonych wyjaśnień wynika również, że świadczenie N 01 poród jest objęte umową z NFZ, co potwierdzają również rozliczenia dotyczące pacjentek korzystających z indywidualnej opieki położnej, jakie zostały przedłożone do Funduszu – w ich przypadku również rozliczono procedurę N 01–poród.

6. Położna podczas pełnienia dyżuru na Sali porodowej wykonywała usługę płatnej indywidualnej ponadstandardowej opieki położnej podczas porodu jednej z pacjentek.

(akta kontroli str. 441,848)

Dyrektor wraz z Położną Koordynującą Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnili, że *w dniu 19 lutego 2022 r. położna miała planowany dyżur od godziny 19:00, natomiast opiekę nad pacjentką na bloku porodowym sprawowała od godziny 14:00.*

(akta kontroli str. 1237-1243)

Zdaniem NIK, świadczenie ponadstandardowej opieki położnej nie powinno pokrywać się co do terminu z czasem pracy położnej. W takich przypadkach powinno się wezwać do realizacji usługi inną położną–na co zgadzają się pacjentki podpisując umowę ze Szpitalem, rezygnować z pobierania opłat za opiekę indywidualną, albo wprowadzić stawki godzinowe za realizację tejże opieki, co umożliwiłoby pacjentkom zapłatę wyłącznie za godziny opieki indywidualnej realizowane poza czasem pełnienia dyżuru przez położną.

7. Szpital podwójnie rozliczył procedury związane z opieką położnej podczas porodu w przypadku jednej z pacjentek korzystających z tzw. ponadstandardowej, indywidualnej opieki położnej. Ustalono bowiem, że położna, podczas pełnienia dyżuru na Sali porodowej (świadczenia finansowanego na podstawie zawartej ze Szpitalem umowy o pracę), wykonywała usługę opłacaną z prywatnych środków pacjentki, indywidualnej ponadstandardowej opieki położnej. Ponadto pobieranie przez Szpital odpłatności za świadczenie (usługa położnej) objęte umową z NFZ może,

zgodnie z art. 193 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶³, stanowić wykroczenie.

(akta kontroli str. 441,848)

Dyrektor wraz z Położną Koordynującą Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśnili, że w dniu 19 lutego 2022 r. położna miała planowany dyżur od godziny 19:00, natomiast opiekę nad pacjentką na bloku porodowym sprawowała od godziny 14:00.

(akta kontroli str. 1237-1243)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień należy zauważyć, że opłata wniesiona przez pacjentkę dotyczyła całego przebiegu porodu, a do rozwiązania ciąży doszło o godz. 21:04, a zatem w czasie wykonywania przez położną czynności na dyżurze. Zdaniem NIK świadczenie ponadstandardowej opieki położnej nie powinno pokrywać się co do terminu z czasem pracy położnej. W takich przypadkach powinno się wezwać do realizacji usługi inną położną, na co zgadzają się pacjentki podpisując umowę ze Szpitalem, lub rezygnować z pobierania opłat za opiekę indywidualną, albo wprowadzić stawki godzinowe za realizację tejże opieki, co umożliwiłoby pacjentkom zapłatę wyłącznie za godziny opieki indywidualnej realizowane poza czasem pełnienia dyżuru przez położną.

8. Dokumentacja trzech z 15 sprzętów poddanych szczegółowemu badaniu (tj. 20% próby), była nierzetelnie prowadzona. W dwóch kartach napraw brak było wpisów o wykonanym przeglądzie⁶⁴ lub w dokumentacji znajdowały się tylko kopie wpisów bądź adnotacje o ich braku⁶⁵. W przypadku jednego urządzenia wpisy były niekompletne, tj. nie zawierały daty wykonania przeglądów⁶⁶.

(akta kontroli str. 1363-1412,1485-1489)

W wyjaśnieniach przedłożonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa⁶⁷ w jednym przypadku wskazano, że *przeгляд systemu hemodynamicznego został wykonany w tym samym dniu co okresowy przeгляд techniczny systemu angiografu, tj. 17.11.2020 r. pod nr GW20102, umieszczony jest na jednej stronie w paszporcie, stąd brak osobno wpisanej daty*. W pozostałych przypadkach wskazano, że niezupełnione wpisy lub daty są niedopatrzaniem serwisantów, którzy nie odnotowali ich w dokumentach.

(akta kontroli str. 1237-1242, 1269-1270, 1289, 1417-1421,1442-1448, 1453)

NIK zauważa, że Paszporty i Karty techniczne powinny zawierać kompletne i rzetelne informacje dotyczące wszystkich podejmowanych czynności związanych z utrzymaniem aparatury w należyтым stanie i sprawności technicznej, w szczególności dotyczące przeglądów technicznych

⁶³ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

⁶⁴ Dot. urządzenia: Elektrochirurgia Aparat MAXIUM,

⁶⁵ Dot. urządzenia Aparat RTG z ramieniem C

⁶⁶ Dot. urządzenia: Angiograf Toshiba typ INFINIX VC-i_SP

⁶⁷ Pismo Inspektorów Ochrony Radiologicznej z dnia 22 września 2025 r. oraz pismo Inspektora ds. aparatury medycznej z dnia 22 września 2025 r. - przekazane pismem znak KCO/DPE/ /2025 Z-cy Dyrektora ds. lecznictwa z dnia 23 września 2025 r.

i specjalistycznych. Dane wynikające z paszportów nie powinny być również oparte na domyśle, jak w przypadku braku wpisanej daty jednego z przeglądów, którego dzień wykonania – zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – był taki sam, jak przeglądu zamieszczonego na tej samej stronie paszportu. Szpital powinien dołożyć wszelkich starań w celu należytego prowadzenia dokumentacji aparatury medycznej.

9. Cztery przeglądy dla trzech urządzeń wykonane były z opóźnieniem⁶⁸. W przypadku trzech⁶⁹ z nich skutkiem było wyłączenie urządzenia z użytkowania.

(akta kontroli str. 1237-1242,1289, 1363-1412, 1417-1421,1442,1453-1459,
1469-1475,1475-1481,1485-1489)

W przypadku jednego z opóźnień w wykonaniu przeglądu Inspektorzy ds. Ochrony Radiologicznej w piśmie przekazanym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa⁷⁰ wskazali, że *pierwszy przegląd systemu hemodynamicznego wykonano w pierwszym dostępnym, wolnym terminie serwisu, stąd trzydniowe przesunięcie*. W trzech pozostałych przypadkach przeglądów KCO wskazywało na opóźnienie po stronie wykonawcy przeglądu.

Wyłączenie urządzeń z użytkowania miało miejsce trzykrotnie. W czwartym przypadku, dotyczącym aparatu elektrochirurgicznego MAXIUM, Inspektor ds. aparatury medycznej w piśmie przekazanym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa⁷¹ wyjaśnił, że *aparat ten jest jako zapasowy. Na Bloku operacyjnym jest taki sam model aparatu, ale nowszy i on jest głównie wykorzystywany*.

(akta kontroli str. 1237-1242,1289,1417-1421,1442,1453-1459,1469-1475,1475-
1481)

NIK zauważa, że zapewnienie terminowości realizacji przeglądów technicznych leży po stronie Szpitala, który w zleceniu ich wykonania powinien uwzględnić odpowiedni czas niezbędny do ich realizacji, tak aby nie wystąpiła konieczność wyłączenia z użytkowania wykorzystywanego sprzętu medycznego.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wewnętrzne procedury uwzględniały aktualny Standard opieki okołoporodowej i były dostosowane do wewnętrznej struktury organizacyjnej Szpitala. Został określony tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego. Szpital zapewniał wykwalifikowany personel oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, jak również zapewniał zgodne z wymogami warunki lokalowe do realizacji świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej. Pacjentki miały zapewniony dostęp do badań i procedur, a ich prawo do godności i intymności było przestrzegane podczas udzielania świadczeń. Pracownikom zapewniono szkolenia, w tym z zakresu opieki okołoporodowej. Wnioski

⁶⁸ Dot. urządzeń: Elektrochirurgia Aparat MAXIUM, Respirator noworodkowy Servo-I, Angiograf Toshiba typ INFINIX VC-i_SP

⁶⁹ Dot. urządzeń: Respirator noworodkowy Servo-I, Angiograf Toshiba typ INFINIX VC-i_SP

⁷⁰ Pismo Inspektorów Ochrony Radiologicznej z dnia 22 września 2025 r. przekazane pismem znak KCO/DPE/ /2025 Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa z dnia 23 września 2025 r.

⁷¹ Pismo Inspektora ds. aparatury medycznej z dnia 6 października 2025 r. - przekazane pismem znak KCO/DPE/823/2025 Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa z dnia 7 października 2025 r.

i zalecenia pokontrolne wskazane w protokołach kontroli były wykonywane. W Szpitalu przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Zdefiniowane w obszarze procesu organizacji udzielania świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej nieprawidłowości dotyczyły nieprawidłowego monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, nieprawidłowej organizacji dodatkowej opieki położniczej podczas porodu, podwójnego finansowania procedur związanych z indywidualną opieką położniczą podczas porodu oraz przeprowadzania przeglądów sprzętu medycznego niezgodnie z zaleceniami producenta, jak również nierzetelnego prowadzenia dokumentacji technicznej sprzętu i aparatury medycznej.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.

2.1. Z badania próby dokumentacji medycznej 30⁷² pacjentek wynika, że były one przyjmowane do porodu zgodnie z zasadami określonymi w Standardzie opieki okołoporodowej – część VIII Rozpoczęcie porodu.

Dokonywano oceny czynników ryzyka okołoporodowego, identyfikowano ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego. U pacjentek zgłaszających się do porodu weryfikowano wyniki badań na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV, a w razie braku aktualnych wyników badań zlecano ich wykonanie. Wyniki badań oraz inna dokumentacja medyczna przekazana przez pacjentki była dołączana do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej: karta ciąży z badaniami; wynik grupy krwi, poprzednie karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczono przykładowy Plan porodu oraz informacje w jaki sposób spakować torbę porodową do Szpitala. Plan porodu zamieszczony na stronie internetowej zawierał miejsce na wpisanie przez pacjentkę sugestii i dodatkowych informacji. Dokumenty zostały udostępnione do pobrania.

(akta kontroli str. 1082-1089)

2.2. Na podstawie badania próby dokumentacji medycznej 30 pacjentek ustalono, że w przypadku opracowania przez pacjentkę planu porodu, jego zapisy w miarę możliwości były uwzględniane. W każdym przypadku uzyskiwano zgodę pacjentki na wykonywanie zabiegów i badań. W przypadku wskazania przez pacjentkę osoby bliskiej, z której wsparcia chciałaby skorzystać podczas porodu, umożliwiano korzystanie z takiego wsparcia.

W przypadku czterech pacjentek (tj. 13,3% badanej próby) przeprowadzono zabieg nacięcia krocza i tylko w jednym w dokumentacji medycznej została wskazana przyczyna jego przeprowadzenia. W dokumentacji medycznej jednej

⁷² Próba dokumentacji medycznej 30 pacjentek została dobrana w sposób losowy na podstawie przedłożonych wykazów pacjentek Odcinka Położniczego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego za lata 2022-2024. Próba obejmowała dokumentację medyczną 11 pacjentek, które urodziły siłami natury, 13 pacjentek, których ciąża została rozwiązana poprzez planowe cc oraz 6 pacjentek, których ciąża została rozwiązana poprzez cc ze wskazań nagłych.

z 30 pacjentek wskazano, że został przeprowadzony zabieg amniotomii, jednakże przyczyna jego wykonania nie została wskazana w dokumentacji medycznej pacjentki. Jednakże z wyjaśnień Dyrektora Szpitala oraz lekarki obecnej przy porodzie wynika, że *wykonanie amniocentezy zostało błędnie wpisane przez położną do dokumentacji pacjentki.*

(akta kontroli str. 1082-1083,1191-1193,1196)

2.3. Pacjentki zgłaszające się do porodu poprzez planowe cc (12 z 30 pacjentek, których dokumentacja medyczna została poddana szczegółowemu badaniu, co stanowiło 40% badanej próby), były kwalifikowane do znieczulenia podpajęczynówkowego i przekazywane na blok operacyjny.

W przypadku porodów siłami natury oraz porodów, które zakończyły się cc ze wskazań nagłych pacjentkom zapewniono różne metody łagodzenia bólu: m.in. immersję wodną, z której skorzystało sześć pacjentek, tj. 20% badanej próby, analgezję wziewną - gaz rozweselający⁷³, z którego skorzystało siedem pacjentek, tj. 23,3% badanej próby, przybieranie pozycji wertykalnych, z czego skorzystały cztery pacjentki, tj. 13,3% badanej próby, piłki porodowe, z których skorzystały cztery pacjentki, tj. 13,3% badanej próby, zastosowanie aparatu TENS, z którego skorzystała jedna pacjentka, tj. 3,33% badanej próby, znieczulenie zewnątrzoponowe na życzenie pacjentki i po zakwalifikowaniu przez lekarza ginekologa zastosowano u 14 z 30 pacjentek (tj.46,7%) badanej próby.

(akta kontroli str. 1082-1083)

Na podstawie badania próby dokumentacji medycznej 30 pacjentek stwierdzono, że: w każdym przypadku zawierała ona oświadczenia o:

- upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
- upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną⁷⁴, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia oraz karty przebiegu zabiegu operacyjnego. Wpisy w dokumentacji medycznej były opatrzone podpisem lekarza/położnej. W przypadku porodów siłami natury, lub ciąż rozwiązywanych poprzez cc ze wskazań nagłych, prawidłowo i rzetelnie wypełniano kartę obserwacji porodu. Wzór karty

⁷³ Mieszana podtlenku azotu i tlenu (znana jako Entonox).

⁷⁴ Karty opieki indywidualnej prowadzone przez położną były prowadzone w formie elektronicznej.

obserwacji porodu był aktualny–zgodny z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷⁵.

W przypadku trzech pacjentek, u których wykonano zabieg nacięcia krocza oraz jednej pacjentki, u której wykonano zabieg amniotomii, w dokumentacji medycznej nie wskazano przyczyny przeprowadzenia ww. procedur, a w przypadku pacjentek doświadczających tzw. „sytuacji szczególnych” w dokumentacji nie były dokonywane wpisy o informowaniu pacjentek o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1082-1083,1135-1190)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie miał problemów z uzyskaniem pełnej odpłatności za zakup szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla hospitalizowanych pacjentek pomiędzy 32 a 36 tygodniem ciąży. Nie wystąpiły również problemy z brakiem środków na wymianę łóżek.

(akta kontroli str.917-918,921)

2.5. Na podstawie przeprowadzonego badania próby dokumentacji medycznej 30⁷⁶ noworodków stwierdzono, że dzieciom umożliwiono kontakt „skóra do skóry” niezależnie od rodzaju porodu. W przypadku porodów przeprowadzonych poprzez cc, jeżeli stan kliniczny dziecka na to pozwalał, dzieci były kangurowane przez ojców. W przypadku pięciu z 30 dzieci (16,6% badanej próby) lekarz nie zakwalifikował dziecka do kangurowania ze względu na stan zdrowia.

Kangurowanie nie było przerywane po to, by dziecko zważyć, zmierzyć, podać witaminę K czy też z uwagi na konieczność przeprowadzenia badania przez lekarza.

W jednym przypadku kontakt skóra do skóry po porodzie siłami natury został skrócony do jednej godziny z uwagi na brak miejsca na Sali porodowej–pacjentkę przekazano na Oddział Położniczy, a dziecko na Oddział Neonatologiczny. Ponieważ przy porodzie nie był obecny ojciec dziecka, noworodek nie był przez niego kangurowany.

(akta kontroli str. 901)

2.6. Na podstawie badania próby dokumentacji medycznej 30 noworodków stwierdzono, że: w przypadku braku przeciwwskazań zdrowotnych, oznakowanie noworodka, ocena stanu według skali Apgar były wykonywane we wszystkich 30 przypadkach na brzuchu matki. U wszystkich dzieci wykonano procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem: profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K, szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych. W Sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka, mająca stosowny certyfikat potwierdzający ukończenie kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do

⁷⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.

⁷⁶ Próba została dobrana w sposób losowy i obejmowała 30 dzieci urodzonych przez pacjentki, których dokumentację medyczną poddano szczegółowemu badaniu.

resuscytacji. Lekarz Oddziału Neonatologicznego znajdował się w Sali porodowej podczas każdego porodu – również niepowikłanego. W badanej próbie nie wystąpiły przypadki, w których koniecznym byłoby przekazanie noworodka do Oddziału Neonatologicznego o wyższym stopniu referencyjności. Noworodki miały wykonane: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu; ocenę umiejętności ssania; badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi), obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej. Badanie kliniczne noworodków przez lekarza Oddziału Neonatologicznego przeprowadzone w okresie 12 godzin od urodzenia odbyło się w obecności matki lub ojca. Jeżeli stan zdrowia matki i dziecka na to pozwalał, wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w Sali.

(akta kontroli str. 901)

W latach 2022-2025 (I półrocze) wystąpił jeden przypadek pozostawienia dziecka przez matkę w Szpitalu. Noworodek przebywał na Oddziale Neonatologicznym przez 22 dni. W tym czasie Szpital otrzymywał środki pieniężne z NFZ wyłącznie na hospitalizację dziecka.

(akta kontroli str.756, 807)

2.7. Pacjentkom po porodzie zapewniono wsparcie dotyczące laktacji i odżywiania noworodka. Pacjentkom rozdawano poradniki „Karmienie piersią” opracowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz broszury „Karmienie piersią w pigułce”. Ponadto z każdą pacjentką przeprowadzano rozmowę dotyczącą karmienia piersią oraz instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Nie było konieczności przeprowadzania instruktażu pozyskiwania siary dla noworodka z uwagi na brak w badanej próbie wcześniaków z niewykształconym odruchem ssania. 18 z 30 noworodków (tj. 60% badanej próby) podano sztuczne mleko – w sześciu przypadkach ze wskazań medycznych⁷⁷, w 12 przypadkach na prośbę matki – dokarmienie lub w jednym przypadku całkowita rezygnacja z karmienia naturalnego. Na Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp do laktatorów i lodówki do przechowywania pokarmu. Noworodkom nie podawano mleka z Banku Mleka Kobiecego⁷⁸ – umowa o współpracy⁷⁹ z podmiotem prowadzącym bank mleka została podpisana 7 sierpnia 2025 r.

(akta kontroli str.722-725, 748-754, 901,1090-1110)

2.8. Prawidłowość udzielania opieki pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych została zweryfikowana na podstawie badania próby dokumentacji 10⁸⁰ pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

Z badania próby dokumentacji medycznej wynika, że wszystkim pacjentkom zapewniono możliwość pobytu w sali, w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży, porodu lub, które urodziły zdrowe dziecko. Pacjentki były umieszczane

⁷⁷ np. wrodzone zapalenie płuc, niewystarczająca ilość pokarmu u matki, hiperbilirubinemia, hipotrofia.

⁷⁸ Dalej: „bank mleka”.

⁷⁹ Umowa nr 333/17/08/KKZ/2025

⁸⁰ Próba została dobrana w sposób losowy z przedłożonych rejestrów pacjentek za lata 2022-2024.

w Sali na Odcinku Ginekologicznym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Pacjentce, która urodziła martwe dziecko umożliwiono pożegnanie się z nim.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala wraz z Zarządzającym Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, *wszystkim pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych jest proponowana konsultacja psychologiczna.*

Jednakże taka informacja nie była odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjentek, poza przypadkami kiedy pacjentka odmówiła konsultacji psychologicznej. Brak wpisów dotyczących proponowania pacjentkom konsultacji psychologicznych został opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

Wszystkie pacjentki, które poroniły lub urodziły martwe dziecko były informowane o możliwościach pochówku oraz wykonania badań genetycznych.

(akta kontroli str. 917-921, 1021-1022, 1430-1439)

2.9. Z informacji uzyskanych od Dyrektora Szpitala wynika, że *najistotniejszymi problemami związanymi ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, jakie napotykał Szpital były: brak lekarzy anesteziologów oraz lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa oraz utrudnienia w uzyskaniu specjalizacji, brak wykwalifikowanych i doświadczonych pielęgniarek anesteziologicznych oraz położnych oraz niewystarczająca wycena świadczeń przez NFZ, która nie odzwierciedlała rzeczywistych kosztów realizowanych świadczeń zwłaszcza w kontekście konieczności utrzymania całego potencjału oddziałów, niezależnie od liczby hospitalizacji. Sytuację pogarsza trwający niż demograficzny, który wpływa na obniżenie liczby porodów, przy jednoczesnej konieczności utrzymania gotowości do świadczenia usług na najwyższym poziomie.*

Położne wskazywały na:

1. wyzwania związane z koniecznością zapewnienia ciągłości i jakości kardiotokograficznego monitorowania płodu⁸¹ u pacjentek, które z przyczyn medycznych⁸² wymagają ciągłego zapisu KTG, co w przypadku pacjentek, które chcą zmieniać pozycje, przemieszczać się, korzystać z piłki, czy prysznic, wymaga ciągłych interwencji personelu – gdyż głowica KTG podczas ruchu często ulega przemieszczeniu, ogranicza swobodę pacjentek i zmniejsza ich poczucie kontroli nad porodem, zwiększa ryzyko błędów w analizie zapisów KTG, utrudnia zastosowanie naturalnych metod łagodzenia bólu w porodzie;
2. kosztowne badania genetyczne i stres związany z koniecznością ustalenia płci dziecka w celu otrzymania świadczeń socjalnych przez matki, po stracie dziecka na wczesnym etapie ciąży;
3. brak zaufania i roszczeniowość pacjentek oraz osób bliskich im towarzyszących, jak również obecność małych dzieci na Oddziale (osoby odwiedzające), które dezorganizują jego pracę i stwarzają zagrożenie dla innych matek i ich dzieci np. z powodu przenoszenia infekcji.

⁸¹ Dalej: „KTG”.

⁸² W szczególności: porodu indukowanego farmakologicznie, zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego, odejścia zielonych wód płodowych, ciąży wysokiego ryzyka.

Lekarze wskazywali na:

1. utrudnioną koordynację pomiędzy opieką szpitalną a POZ w okresie okołoporodowym w zakresie przekazywania informacji medycznych i kontynuacji zleceń;
2. niewystarczające wsparcie systemowe w zakresie edukacji przedporodowej i psychoprofilaktyki;
3. trudność w zapewnieniu spójnych standardów opieki w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka – systemowego informowania pacjentek będących w ciąży wysokiego ryzyka przed ukończeniem 32 tygodnia ciąży o konieczności i zasadności kierowania ich do oddziałów o III stopniu referencyjności;
4. konieczność udoskonalenia systemu dokumentacji elektronicznej, który nie zawsze pozwala na sprawne i szybkie wprowadzenie informacji w czasie rzeczywistym, co może wpływać na płynność działań personelu medycznego;
5. stosowanie przepisów kodeksu karnego jako podstawowego środka penalizacji lekarzy za domniemane uchybienia i błędy w opiece nad pacjentem, często z pominięciem odpowiedzialności pacjentów za podejmowane przez nich decyzje w procesie leczniczym;
6. brak skoordynowania systemu ratownictwa medycznego ze stopniami referencyjnymi szpitali położniczych, co znacznie wydłuża czas otrzymania przez pacjentkę i jej dziecko specjalistycznej opieki;
7. niedoszacowanie realnych kosztów procedur położniczych finansowanych w ramach NFZ;
8. brak systemowego rozwiązania finansowanego z NFZ w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej w trakcie trwania ciąży i po porodzie skutkujące zwiększoną częstością powikłań w postaci dyspareunii, nietrzymania moczu, obniżenia narządu rodowego, zaburzeń oddawania stolca;
9. brak systemowej penalizacji szkalowania przez pacjentów personelu medycznego w mediach oraz mediach społecznościowych, jak również bezkarność pacjentów i ich rodzin w związku ze składaniem bezpodstawnych zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w stosunku do personelu medycznego;
10. narastanie odsetka cc, co jest powiązane z podważaniem zaufania do systemu opieki zdrowotnej oraz strachem lekarzy przed odpowiedzialnością karną, wynikającym z narastającej presji wywieranej na środowisko położników na przestrzeni lat;
11. ustalanie sposobu sprawowania opieki okołoporodowej w warunkach szpitalnych przez lekarza pracującego ambulatoryjnie w Poradni dla kobiet;
12. konflikt pomiędzy autonomicznymi decyzjami i oczekiwaniami pacjentek, a ich bezpieczeństwem np. domaganie się przez pacjentkę i osobę jej towarzyszącą zakończenia porodu przez cc pomimo braku wskazań do jego wykonania;
13. brak wielopłaszczyznowych działań wspierających środowisko położników i położnych, których celem będzie poprawienie opieki okołoporodowej. Potrzebne jest opracowanie systemu szkoleń oraz zapewnienie

odpowiedniego otoczenia prawnego, w którym bezpiecznie będzie się czuła zarówno pacjentka, jak i osoby sprawujące nad nią opiekę.

(akta kontroli str. 488-504)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, iż ww. wyjaśnienia dotyczą problemów o charakterze systemowym, rozwiązanie których powinno pozostać w gestii odpowiednich organów na poziomie centralnym.

2.10. W latach 2022-2025 (I półrocze) do KCO złożonych zostało 39 skarg i dwa wnioski⁸³, w tym dwie skargi dotyczyły działalności Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, a tylko jedna związana była z opieką okołoporodową. Skarga skierowana została w dniu 12 lipca 2023 r.⁸⁴ na adres e-mail szpitala. Skarga dotyczyła zachowania wskazanej osoby z personelu medycznego podczas porodu, w trakcie przeprowadzania badania. Do treści skargi odniosła się osoba, której skarga bezpośrednio dotyczyła⁸⁵. Swoje stanowisko w sprawie przedstawił także Zarządzający Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym⁸⁶. Komisja Skarg i Wniosków odniosła się do złożonej skargi w terminie 8 dni od odnotowanej daty wpływu. Z protokołu komisji⁸⁷ wynika, że komisja uznała skargę za zasadną i zaleciła działania organizacyjne, mające na celu ograniczenie występowania podobnych sytuacji w przyszłości. Jednakże nie udzielono odpowiedzi Skarżącej o sposobie rozpatrzenia Skargi, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Do Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ nie wpłynęły w latach 2022-2025 (I półrocze) skargi związane z realizowaną w KCO opieką okołoporodową

(akta kontroli str. 873-894, 1202-1208, 1237-1242, 1290)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dokumentacja medyczna pacjentek była prowadzona nierzetelnie:
 - w jednym przypadku błędnie wpisano zabieg, który nie został wykonany – amniocenteza,
 - nie wpisano przyczyny przeprowadzenia zabiegu nacięcia krocza u trzech z czterech pacjentek z badanej próby, u których wykonano zabieg nacięcia krocza (tj. 75% próby),
 - w przypadku pacjentek doświadczających tzw. „sytuacji szczególnych”, w dokumentacji nie były dokonywane wpisy potwierdzające informowanie pacjentek o możliwości skorzystania z pomocy

⁸³ Zgodnie z zestawieniem z Wykazu skarg i wniosków od 2022 r. do 15.07.2025 r. przekazany pismem znak KCO/H.S./Z-1/ /2025 z dnia 15 lipca 2025 r.

⁸⁴ Korespondencja zarejestrowana w kancelarii w dniu 13 lipca 2023 r.

⁸⁵ Pismo z dnia 18 lipca 2023 r.

⁸⁶ Pismo z dnia 20 lipca 2023 r., dalej: Zarządzający Oddziałem.

⁸⁷ Protokół Komisji ds. Skarg i Wniosków z dnia 21 lipca 2023 r.

psychologicznej. Dokonywano natomiast wpisów jeżeli pacjentka nie wyraziła zgody na konsultację.

(akta kontroli str. 917-921, 1021-1022, 1082-1083)

Dyrektor wraz z lekarzami obecnymi w trakcie porodów, podczas których podjęto decyzje o wykonaniu zabiegów nacięcia krocza, bądź amniocentezy wyjaśnili, że *wykonanie amniocentezy zostało błędnie wpisane przez położną, a episiotomie były wykonywane z powodu: nagłej sytuacji położniczej – spadków akcji serca płodu, wcześniactwa i hipotrofii, podejrzenia ablacji, przedłużającą się końcówkę II okresu porodu, niejednoznaczny zapis KTG i brak możliwości monitorowania dobrostanu płodu.*

Odnośnie do braku w dokumentacji medycznej pacjentek doświadczających sytuacji szczególnych informacji o możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznej Dyrektor wraz z Zarządzającym Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym i Położną Koordynującą wyjaśnili, że. *Standard opieki okołoporodowej nakłada na personel obowiązek zapewnienia pacjentce dostępu do wsparcia psychologicznego oraz poinformowania jej o możliwości korzystania z pomocy psychologa, organizacji pozarządowych czy grup wsparcia. Obowiązek ten ma charakter organizacyjny i informacyjny, jednak sam fakt przedstawienia pacjentce takiej propozycji nie stanowi udzielania świadczenia zdrowotnego. W związku z powyższym: obowiązkowy wpis w dokumentacji pojawia się w sytuacji, gdy pacjentka faktycznie skorzystała z konsultacji psychologicznej jako świadczenia zdrowotnego albo wyraźnie odmówiła udziału w takim świadczeniu. Sama propozycja skorzystania z konsultacji psychologicznej, wsparcia fundacji czy innych form pomocy nie stanowi świadczenia zdrowotnego i w świetle obowiązujących przepisów nie podlega obowiązkowemu odnotowaniu w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str.917-921,1191,1193,1195-1200,1237-1242,1245,1251-1257)

NIK nie kwestionuje faktu, że informowanie pacjentek o możliwości skorzystania ze wsparcia nie jest równoznaczne z udzieleniem świadczenia medycznego. Jednak, jak składający wyjaśnienia wskazali, Standard opieki okołoporodowej (część XV ust. 1-3) nakłada na personel obowiązek informacyjny, a skoro informacji o jego wypełnieniu nie wprowadza się do dokumentacji pacjentek, poza przypadkami odmowy skorzystania z konsultacji psychologicznej przez pacjentki, weryfikacja wywiązywania się przez personel medyczny z nałożonych obowiązków w tym zakresie, nie jest możliwa.

Ponadto NIK zauważa, że zgodnie z ust. 4 pkt 7 części X Standardu opieki okołoporodowej, działania w II okresie porodu należy udokumentować i jest to tym bardziej istotne, że nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach.

2. Nie udzielono odpowiedzi wnoszącej skargę, która została przekazana w dniu 12 lipca 2023 r. na adres e-mail szpitala. Zgodnie z procedurą wskazaną na schemacie pn. Procedura rozpatrywania skarg i wniosków, stanowiącym Załącznik nr 3 do Instrukcji Kancelaryjnej po rozpatrzeniu skargi przygotowana jest odpowiedź do wnoszącego skargę, która dołączana jest do akt sprawy.

Z wyjaśnień Dyrektora szpitala wynika, że Zarządzający Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym zobowiązał się przeprosić pacjentkę.

Jednocześnie z wyjaśnień Zarządzającego Oddziałem przekazanych przez Dyrektora Szpitala wynika, że Pacjentka nie została przeproszona oraz nie powiadomiono pacjentki o sposobie rozpatrzenia skargi. Zarządzający Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym podkreślił, że z uwagi na niecodzienny charakter rozwiązania sytuacji, skupiając się na natychmiastowej chęci poprawienia jakości świadczonych usług nie dopilnowałem przeprosin pacjentki. Warto dodać, że sama pacjentka po dwóch latach ponownie wybrała nasz szpital i Oddział do kolejnego ukończenia ciąży.

(akta kontroli str. 873-894, 1202-1208, 1237-1242, 1290)

NIK nie kwestionuje faktu, że sposób rozpatrzenia skargi miał na celu poprawę jakości świadczonych usług, jednakże z wewnętrznej procedury rozpatrywania skarg wynika, że jednym z jej etapów jest odpowiedź do wnoszącego skargę – powiadomienie o sposobie rozstrzygnięcia sprawy, co w tej sytuacji nie miało miejsca.

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2022 -2025 (I półrocze) w Szpitalu prawidłowo realizowano świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej polegające m.in. na przyjmowaniu pacjentek do porodu z aktualnymi wynikami badań i dokumentacją medyczną lub zleceniu niezbędnych badań przy przyjęciu pacjentek do porodu. Podczas porodu zapewniano pacjentkom opiekę, w tym różne metody łagodzenia bólu porodowego ze znieczuleniem zewnątrzoponowym włącznie. Gdy stan matki i noworodka na to pozwalał, zapewniano możliwość długotrwałego kontaktu matki/ojca z dzieckiem „skóra do skóry”. Opieka nad noworodkiem była sprawowana zgodnie z obowiązującym Standardem opieki okołoporodowej. Pacjentki otrzymywały wystarczające wsparcie dotyczące laktacji i odżywiania noworodka. Wsparcie i opieka były udzielane również pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych. Rzetelnie i terminowo rozpatrywano wpływające skargi. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek oraz niepoinformowania Skarżącej o sposobie rozpatrzenia skargi.

IV. Uwagi i Wnioski

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

- | | |
|---------|---|
| Uwagi | NIK zwraca uwagę na konieczność podjęcia działań mających na celu taką organizację pracy, by dyżury lekarzy nie przekraczały 24 godzin. |
| Wnioski | NIK wnioskuje o:

1. Prawidłowe określenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. |

2. Zapoznanie ze Standardem łagodzenia bólu porodowego personelu Oddziału Neonatologicznego.
3. Konieczność dokumentowania działań dotyczących analizy wskaźników opieki okołoporodowej.
4. Odstąpienie od podwójnego finansowania procedur związanych z opieką położnej podczas porodu, w przypadku pacjentek korzystających z płatnej usługi indywidualnej, ponadstandardowej opieki położnej podczas porodu i we wczesnym etapie połogu.
5. Podjęcie działań organizacyjnych/zarządczych w celu wyeliminowania możliwości świadczenia płatnej usługi podczas pełnienia dyżuru przez położne oraz wyeliminowanie podwójnego rozliczania procedur.
6. Rzetelne prowadzenie dokumentacji technicznej sprzętu i aparatury medycznej oraz terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych urządzeń.
7. Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek.
8. Informowanie osób składających skargi o sposobie ich rozpatrzenia.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. 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
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Zgodnie z art. 98 ustawy o NIK, kto nie informuje bądź niezgodnie z prawdą informuje o wykonaniu wniosków pokontrolnych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

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.

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

Katowice, dnia 14 listopada 2025 r.

Kontrolerzy

Kinga Kołodziejczyk

Specjalista kontroli państwowej

/-/

Agnieszka Czapelka

St. inspektor kontroli państwowej

/-/

2.02.2026 r.

Zmian w Wystąpieniu
pokontrolnym dokonał

Marcin Wesoły

p.o. Dyrektor

Śląskiej Delegatury NIK
w Katowicach