



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.21.3.2025

Pan  
Wojciech Szafrąński  
Prezes Zarządu  
Wielospecjalistycznego Szpitala  
Powiatowego S.A.  
w Tarnowskich Górach  
ul. Pyskowska 47-51  
42-612 Tarnowskie Góry

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/25/061 - Opieka okołoporodowa**

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A. w Tarnowskich Górach ul. Pyskowicka 47-51, 42-512 Tarnowskie Góry <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Szafrąński, Prezes Zarządu, od 31 stycznia 2025 r. do nadal <sup>2</sup>  W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Sebastian Grabowski, Prezes Zarządu, od 20 września 2021 r. do 20 lipca 2024 r., Agnieszka Stasińska, członek Zarządu oddelegowany do pełnienia funkcji Prezesa Zarządu od 21 lipca 2024 r. do 30 stycznia 2025 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli <sup>3</sup> ), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup>
Jednostką przeprowadzającą kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Piotr Jużków, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/129/2025 z 1 lipca 2025 r.  Krzysztof Sokół, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/133/2025 z 7 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4)

---

<sup>1</sup> Dalej: Szpital lub Jednostka.

<sup>2</sup> Dalej: Prezes Zarządu.

<sup>3</sup> Do 26 sierpnia 2025 r.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## OCENA OGÓLNA

### II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

Sposób organizacji udzielania świadczeń w Szpitalu był zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>6</sup>. W szczególności zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego udzielającego świadczeń, w tym także dostęp do psychologa, a noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. Wskaźniki opieki okołoporodowej określono w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jednak szczegółowy sposób ich dokumentowania ustalono dopiero w trakcie niniejszej kontroli. Szpital prawidłowo przyjmował pacjentów na Oddział Ginekologiczno-Położniczy<sup>7</sup> i Oddział Neonatologiczny, które były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Ze względu na warunki lokalowe stanowiska do resuscytacji noworodków znajdowały się w bezpośrednim sąsiedztwie sali do cięć cesarskich, a nie w samym pomieszczeniu, jak tego wymagały odpowiednie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>8</sup>. W przypadku dwóch urządzeń spóźniono się z przeglądem technicznym o 72 i 76 dni. W Szpitalu przestrzegano postępowania dotyczącego opieki nad kobietami w sytuacjach w szczególnych.

W Szpitalu nie zapewniono pacjentkom możliwości skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego, tj. jednej z metod łagodzenia bólu porodowego, o której mowa w ust. 11 pkt 3 części VII Standardu opieki okołoporodowej. W procedurze „Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego” pominięto zastosowanie analgezji regionalnej i znieczulenia zewnątrzoponowego. Z ww. procedurą nie zapoznał się personel Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, co również było niezgodne ze Standardem.

W Szpitalu wystąpiły przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez ponad 24 godziny.

W analizowanej dokumentacji medycznej, w 18 przypadkach<sup>9</sup>, nie umieszczono planu porodu, co mogło utrudnić uwzględnienie podczas porodu wszystkich potrzeb i oczekiwań pacjentek. W dokumentacji medycznej nie odnotowywano wykonania badania Credego, a także nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”. Karty obserwacji porodu były wypełnione na nieobowiązujących już wzorach, co powodowało brak pełnych danych medycznych pacjentek w trakcie porodu, dostępnych w jednym dokumencie.

---

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

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

<sup>7</sup> Dalej: Oddział Gin.-Poł.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1756. Dalej: Standard lub Standard opieki okołoporodowej.

<sup>9</sup> Z 30 objętych szczegółową analizą.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>10</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital jest podmiotem leczniczym, który powstał w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Sto procent udziałów w Spółce posiada powiat tarnogórski. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny Szpitala<sup>11</sup> w § 1 rozdziału II stanowił, że podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych ludności zamieszkałej na terenie powiatu tarnogórskiego oraz osobom spoza tego powiatu.

(akta kontroli str. 644-647)

W Szpitalu opieka okołoporodowa<sup>12</sup> realizowana była na oddziałach: Gin.-Poł<sup>13</sup> i Neonatologicznym<sup>14</sup> o drugim stopniu referencyjności. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono ponadto poradnię ginekologiczno-położniczą oraz szkołę rodzenia, która funkcjonowała w ramach Oddziału Gin.-Poł. Na 22 maja 2025 r. w powiecie tarnogórskim żyło 30,9 tys. kobiet w wieku rozrodczym. Szpital znajdował się w odległości ok. 20 km od szpitala w Bytomiu oraz ok. 35 km od szpitala w Rudzie Śląskiej, które były placówkami o wyższym poziomie referencyjnym.

(akta kontroli str. 648-652)

1.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu urodziło się 1154 dzieci w tym: 395 w 2022 r., 311 w 2023 r., 266 w 2024 r. i 182 w pierwszym półroczu 2025 r. W latach tych liczba poronień, martwych urodzeń oraz zmarłych do szóstej doby życia wyniosła, odpowiednio: 89, 98, 71 i 39, co stanowiło w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych: 22,55% w 2022 r., 31,18% w 2023 r., 26,69% w 2024 r. oraz 20,87% w pierwszym półroczu 2025 r.

(akta kontroli str. 586)

W latach objętych kontrolą zdecydowana większość porodów w Szpitalu odbywała się w drodze cięcia cesarskiego:

- w 2022 r.: 231 (59%) w drodze cięcia cesarskiego, 161 (41%) porodów naturalnych;

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Stanowiący załącznik do Zarządzenia Prezesa nr 3/2/2025 z 20 lutego 2025 r.

<sup>12</sup> Umowy z NFZ Nr 126/212109 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2022 r. wraz z Aneksami oraz Umowa Nr 126/212109/03/8/2023 z 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2027 r. wraz z Aneksami.

<sup>13</sup> 21 łóżek wg. stanu na 23 lipca 2025 r.

<sup>14</sup> 14 łóżek wg. stanu na 23 lipca 2025 r.

- w 2023 r.: 197 (64%) w drodze cięcia cesarskiego, 113 (36%) porody naturalne;
- w 2024 r.: 149 (56%) w drodze cięcia cesarskiego, 117 (44%) porodów naturalnych;
- w 2025 r. (I półrocze): 97 (53%) w drodze cięcia cesarskiego, 86 (47%) porodów naturalnych.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że szpital (II stopnia referencyjności) przyjmuje więcej cięż powikłanych, co przekłada się na wyższy odsetek cięć cesarskich. Najczęstsze wskazania to m.in.: brak postępu porodu, zamartwica płodu, tokofobia, stan po wcześniejszym cięciu cesarskim, nieprawidłowe ułożenie płodu i choroby współistniejące. Wskazał również, że wzrost wieku rodzących oraz ograniczony dostęp do wsparcia psychologicznego również wpływały na wzrost liczby cięć cesarskich. W celu ograniczenia liczby takich zabiegów. Szpital oferował m.in. konsultacje specjalistyczne, edukację przedporodową i dostęp do metod niefarmakologicznego łagodzenia bólu.

(akta kontroli str. 587, 1063-1064)

Szpital podejmował działania w celu uatrakcyjnienia oferty okołoporodowej poprzez:

- prowadzenie szkoły rodzenia, w której odbywały się warsztaty, a także zajęcia praktyczne (szerzej opisane w punkcie 1.15 niniejszego wystąpienia pokontrolnego);
- zapewnienie jednostanowiskowych sali porodowych;
- stosowanie systemu rooming-in, tj. wsparcie edukacyjne, psychologiczne i laktacyjne;
- organizowanie dni otwartych oraz promocja Szpitala na portalach społecznościowych.

Jako efekty podejmowanych działań Prezes wskazał, że w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2024 r., odbyło się 136 porodów, a od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r. roku odbyły 183 porody.

(akta kontroli str. 1048-1050, 1058)

Ponadto, w okresie objętym kontrolą liczba pacjentek hospitalizowanych w okresie ciąży na Oddziale Gin.-Poł. wynosiła 364, w tym 125 w 2022 r., 108 w 2023 r., 91 w 2024 r. oraz 40 do 1 czerwca 2025 r.

Liczba pacjentek z niepełnosprawnościami, przyjętych do porodu na Oddział Gin.-Poł., wyniosła łącznie 46, w tym: 17 w 2022 r., 12 w 2023 r., 10 z 2024 r. oraz 7 do 1 czerwca 2025 r.

Na Oddziale Neonatologicznym hospitalizowano 1160 dzieci, w tym: 395 w 2022 r., 318 w 2023 r., 267 w 2024 r. oraz 180 do 1 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 591)

1.3. W Szpitalu od 2019 r. obowiązywały wewnętrzne procedury dotyczące opieki okołoporodowej:

- „Algorytm postępowania w indukcji porodu”;
- „Algorytm postępowania w przypadku dystocji barkowej”;
- „Postępowanie z pacjentką po zabiegu cięcia cesarskiego w znieczuleniu ogólnym”;
- „Standard postępowania położniczego w przypadku cięcia cesarskiego”;
- „Postępowanie z pacjentką po zabiegu cięcia cesarskiego w znieczuleniu podpajęczynówkowym”;
- „Standard postępowania położniczego w przypadku krwotoku poporodowego”;
- „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego”;
- „Sprawowanie opieki nad noworodkiem zdrowym w systemie rooming-in”;
- „Standard postępowania z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu”;
- „Postępowanie z pacjentką po porodzie fizjologicznym z pęknięciem krocza III stopnia”;
- „Postępowanie z pacjentką po porodzie fizjologicznym”;
- „Postępowanie w przypadku porodu nagłego (ulicznego) poza terenem sali porodowej”;
- „Standard postępowania w przypadku porodu z położenia podłużnego ułożenia miednicowego”;
- „Standard postępowania położniczego po cięciu cesarskim - zalecenia dla pacjentki po cięciu cesarskim do dalszego postępowania po wypisie ze szpitala.

Procedury te zaktualizowano w 2025 r. z wyjątkiem „Problemy laktacyjne – postępowanie z położnicą w przypadku problemów laktacyjnych” wprowadzonej w 2024 r. Do wszystkich procedur załączono listę pracowników z ich podpisami potwierdzającymi zapoznanie się z poszczególnymi dokumentami.

Procedury<sup>15</sup> opracowane w Szpitalu zalecały otoczenie pacjentki troską, m.in. poprzez zachęcanie rodzącej do poruszania się podczas pierwszego okresu porodu, wspierania rodzącej w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, wykorzystywanie immersji wodnej oraz tryb postępowania podczas kolejnych okresów porodu.

(akta kontroli str. 388-409)

1.4. W Szpitalu ustalono *Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań* dotyczących ustalenia i monitorowania wskaźników<sup>16</sup> opieki okołoporodowej dopiero w trakcie kontroli NIK, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1019)

---

<sup>15</sup> „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego” oraz „Standard postępowania z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu”.

<sup>16</sup> W szpitalu gromadzono następujące wskaźniki (szt.): plan porodu, aminiotomia, stymulacja czynności skurczowej, znieczulenie zewnątrzoponowe, gaz kalinox, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, nieprzerwany kontakt 2 godz. „skóra do skóry”, niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu.

W Szpitalu prowadzono corocznie badania satysfakcji pacjentów, za pomocą narzędzi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W 2022 r. raport z takiego badania dotyczył całej działalności Szpitala i uzyskał stopień zadowolenia pacjentów z udzielanych świadczeń na poziomie 68%, a 96% ankietowanych poleciłoby Szpital rodzinie i znajomym. Natomiast w latach 2023-2024 raporty dotyczyły także poszczególnych oddziałów Szpitala. W 2023 r. 97% ankietowanych poleciłoby Oddział Gin.-Poł. i 92% Oddział Neonatologiczny; w 2024 r. 98% Oddział Gin.-Poł. i 76% Oddział Neonatologiczny. Wśród najczęściej podawanych mocnych stron Szpitala pacjenci wskazywali przyjazny i profesjonalny personel, a do najsłabszych zaliczono stan techniczny budynku i sali porodowych.

(akta kontroli str. 803-921)

1.5. W 2019 r. Zespół, składający się z położnej Oddziału Gin.-Poł., pielęgniarki oddziałowej oraz ordynatora tego oddziału, określił tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego w formie procedury „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego”. W procedurze określono jej cel oraz opisano sposób działania przewidziany dla niefarmakologicznych lub farmakologicznych metod łagodzenia bólu stosowanych w Szpitalu. W procedurze tej nie zawarto takich metod jak: dożylny lub domięśniowy stosowanie opioidów oraz analgezji regionalnej i miejscowej<sup>17</sup>. Pracownicy Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego potwierdzili zapoznanie się z procedurą natomiast z ww. procedurą nie zostali zapoznani Pracownicy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*

(akta kontroli str. 487-496)

1.6. Na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym w wybranych do szczegółowej analizy miesiącach: lutym i sierpniu w latach 2022-2024, zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu.

a) na Oddziale Gin.-Poł.<sup>18</sup>:

- w lutym 2022 r. świadczeń udzielało 30 położnych (w tym: dwie ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, dwie w pielęgniarstwie ginekologicznym, siedem w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, trzy w położnictwie i ginekologii) oraz 12 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii;

- w sierpniu 2022 r. świadczeń udzielało 29 położnych (w tym: dwie ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, trzy w pielęgniarstwie ginekologicznym, sześć w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, cztery w położnictwie i ginekologii) oraz 13 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii;

- w lutym 2023 r. świadczeń udzielało 30 położnych (w tym: dwie ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, dwie w pielęgniarstwie ginekologicznym, siedem w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, trzy w położnictwie

---

<sup>17</sup> Analgezja to metoda łagodzenia bólu poprzez podanie leków w okolicę nerwów, powodując zniesienie czucia w określonym obszarze ciała, np. podczas porodu czy zabiegów operacyjnych. Najpopularniejsze metody to znieczulenie zewnątrzoponowe, podawane do przestrzeni zewnątrzoponowej oraz znieczulenie podpajęczynówkowe, gdzie lek podaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego, a także różne blokady nerwów obwodowych.

<sup>18</sup> Fluktuacja pracowników na umowach cywilnoprawnych wynosiła w tym okresie od 7 do 11.

i ginekologii) oraz 13 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii, w tym jeden o dodatkowej specjalizacji w ginekologii onkologicznej;

- w sierpniu 2023 r. świadczeń udzielało 28 położnych (w tym: jedna ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, siedem w pielęgniarstwie ginekologicznym, pięć w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, trzy w położnictwie i ginekologii) oraz 13 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii, w tym jeden o dodatkowej specjalizacji w ginekologii onkologicznej;
- w lutym 2024 r. świadczeń udzielało 31 położnych (w tym: jedna ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, trzy w pielęgniarstwie ginekologicznym, pięć w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, cztery w położnictwie i ginekologii) oraz 13 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii, w tym jeden o dodatkowej specjalizacji w ginekologii onkologicznej);
- w sierpniu 2024 r. świadczeń udzielało 31 położnych (w tym: jedna ze specjalizacją w pielęgniarstwie rodzinnym, trzy w pielęgniarstwie ginekologicznym, sześć w pielęgniarstwie ginekologiczno-położniczym, trzy w położnictwie i ginekologii) oraz 12 lekarzy ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii, w tym jeden o dodatkowej specjalizacji w ginekologii onkologicznej;

b) na Oddziale Neonatologicznym<sup>19</sup>:

- w lutym 2022 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji w neonatologii) oraz siedmiu lekarzy (w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii, w tym czterech także w pediatrii);
- w sierpniu 2022 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji neonatologii) i ośmiu lekarzy (w tym o specjalizacjach: w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii w tym czterech także w pediatrii);
- w lutym 2023 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji neonatologii) oraz 10 lekarzy (w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii, w tym czterech także w pediatrii);
- w sierpniu 2023 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji neonatologii) oraz 13 lekarzy (w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii, w tym czterech także w pediatrii);
- w lutym 2024 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji neonatologii) oraz dziewięciu lekarzy (w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii, w tym czterech także w pediatrii);
- w sierpniu 2024 r. świadczeń udzielało 15 położnych/pielęgniarek (siedem o specjalizacji neonatologii) oraz dziewięciu lekarzy (w tym: sześciu o specjalizacji w neonatologii, w tym czterech także w pediatrii).

W regulaminie pracy<sup>20</sup> określono w rozdziale III systemy i rozkłady czasu pracy dla lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego na 7 godz. i 35 minut na dobę, tj. 37 godzin 55 minut na tydzień, a dla pozostałych pracowników 8 godzin na dobę, tj. 40 godzin na tydzień. Szpital ustalił i przestrzegał ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,7 etatu pielęgniarki na łóżko dla oddział gin.-poł. i 0,8 dla neonatologicznego. Normy te opracowano

---

<sup>19</sup> Fluktuacja pracowników na umowach cywilnoprawnych wynosiła w tym okresie od 12 do 16.

<sup>20</sup> Regulamin Pracy Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A. w Tarnowskich Górach z 10 października 2013 r. zatwierdzony przez związek zawodowy.

na podstawie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz Standardu opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 300-301, 500-572,1049-1050)

Szpital dysponował w latach 2022-2024:

- dwoma psychologami, z czego jeden (psycholog kliniczny) był zatrudniony w wymiarze jednego etatu, a drugi na wezwanie. Obydwoje byli do dyspozycji pacjentów oddziałów Gin.-Poł i Neonatologicznego. Z ich pomocy mogli korzystać także pracownicy szpitala;
- od 17 do 26<sup>21</sup> anestezjologów, którzy jako personel medyczny udzielający świadczeń w zakresie anestezjologii nie byli przypisani do oddziału lub komórki szpitala. Personel ten udzielał świadczeń w ramach całego szpitala. Wg stanu na luty 2025 r. szpital dysponował 17 anestezjologami.

(akta kontroli str. 318-321)

Analiza czasu pracy lekarzy świadczących pracę na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym na podstawie umów cywilnoprawnych w lutym i sierpniu w latach 2022-2024 wykazała, że wystąpiły przypadki nieprzerwanego świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin, tj.:

- cztery przez 72 godziny;
- jeden przez 56 godzin;
- jedenaście przez 48 godzin;
- dziesięć przez 32 godziny;
- osiem przez 25 godzin;
- jeden przez 88 godzin;
- jeden przez 96 godzin.

Powyższe szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 500)

Ponadto ustalono, że Szpital w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 18 lipca 2025 r. wykazywał, w załączniku do umowy z NFZ pn. Harmonogram/Zasoby, lekarza neonatologa, który przeszedł na emeryturę 21 września 2019 r., co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 553)

W okresie objętym kontrolą żadna z osób personelu medycznego zajmującego się pacjentkami w okresie okołoporodowym nie legitymowała się certyfikatem z zakresu laktacji IBCLC/CDL. Prezes Zarządu wyjaśnił, że personel Oddziału Gin.-Poł. odbył kurs specjalistyczny „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Pracownicy Szpitala nie zgłaszali zapotrzebowania na kursy w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1064)

1.7. W latach 2022-2025 (I półrocze) szpital przeznaczył na szkolenia 692,1 tys. zł, w tym: 123,1 tys. zł w 2022 r. 217,5 tys. zł w 2023 r. 338,8 tys. zł w 2024 r. i 12,7 tys. zł w I półroczu 2025 r. W tym samym okresie na szkolenia personelu

---

<sup>21</sup> 17 w 2022 r., 26 w 2023 r., 25 w 2024 r.

Oddziału Neonatologicznego przeznaczono 1 tys. zł w 2023 r. i 5,1 tys. zł w 2024 r. Na szkolenia personelu Oddziału Gin.-Poł. przeznaczono 1,5 tys. zł w 2022 r., 3,4 tys. zł w 2023 r., 21,2 tys. zł w 2024 r. oraz 0,9 tys. zł w I półroczu 2025 r.

(akta kontroli str. 590)

W Szpitalu wprowadzono 19 grudnia 2022 r. „Procedurę dotyczącą realizowania polityki stałego podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych”. Celem procedury było stworzenie jasnych i przejrzystych zasad rozwoju pracowników Szpitala oraz określenie potrzeb edukacyjnych poszczególnych grup zawodowych. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych byli zobowiązani dostarczyć do końca roku wykaz potrzeb edukacyjnych. Szpital w punkcie 4.3 procedury zobowiązał się do zapewnienia środków finansowych i technicznych niezbędnych dla realizacji planu szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych.

(akta kontroli str. 363-373)

Szkolenia przeprowadzone w okresie objętym kontrolą obejmowały głównie tematykę związaną z bezpieczeństwem pracowników<sup>22</sup> oraz procedurami medycznymi, w tym metodami łagodzenia bólu<sup>23</sup> oraz Standardu XV, tj. opieki nad rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka martwego.

(akta kontroli str. 306, 360-362)

1.8. W Szpitalu, od 1 września 2022 r.<sup>24</sup> istniała możliwość uzyskania dodatkowej, odpłatnej opieki pielęgnacyjnej. Pacjent mógł zgłosić potrzebę dodatkowej opieki u pielęgniarki oddziałowej, a następnie zawierał umowę o świadczenie takiej opieki. Po uiszczeniu opłaty zgodnej z cennikiem<sup>25</sup> usług komercyjnych, opieka była udzielana zgodnie z zakresem wskazanym w umowie.

W kontrolowanym okresie na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym nie wystąpiły przypadki zakupu dodatkowych usług.

(akta kontroli str. 355, 617)

1.9. W Szpitalu istniała możliwość wykupienia usługi „Opieka indywidualna położnej w czasie porodu na życzenie pacjentki”, zgodnie z ustalonym

---

<sup>22</sup> Tematy szkoleń: Zespół wypalenia zawodowego, Postępowanie po ekspozycji zawodowej, Jak radzić sobie ze stresem, Ergonomia pracy, Zarządzanie Jakością, Przypomnienie standardów akredytacyjnych dotyczących gospodarowania lekami, BHP.

<sup>23</sup> Tematy szkoleń: Metody łagodzenia bólu porodowego, Przesiewowe badanie słuchu, Przygotowanie pacjentki do zabiegu operacyjnego drogą brzuszną i pochwową, Karmienie piersią-problemy laktacyjne, Indukcja porodu, Zasady przetaczania krwi i jej składników, Testy przesiewowe chorób metabolicznych.

<sup>24</sup> Na podstawie zarządzenia nr 7/8/2022 Prezesa Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A. w Tarnowskich Górach z 30 sierpnia 2022 r. w sprawie: zasad świadczenia dodatkowej odpłatnej opieki pielęgnacyjnej w Oddziałach Szpitalnych WSP S.A. w Tarnowskich Górach.

<sup>25</sup> Zarządzenie nr 8/8/2022 Prezesa Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A. w Tarnowskich Górach z 31 sierpnia 2022 r. w sprawie: aktualizacji Cennika usług komercyjnych udzielanych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym S.A. im dr. B. Hagera w Tarnowskich Górach. Dalej: cennik.

cennikiem. W okresie objętym kontrolą ani jedna pacjentka nie skorzystała z takiej usługi.

(akta kontroli str. 347, 617)

1.10. W okresie objętym kontrolą opieka okołoporodowa nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego<sup>26</sup> oraz krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

W Szpitalu w tym czasie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu przeprowadził pięć<sup>27</sup> kontroli, po jednej w latach 2022-2024 oraz dwie w 2025 r. W protokole kontroli 252/NS.E/2024 z 20 czerwca 2024 r. stwierdzono nieprawidłowości na Oddziale Gin.-Poł. wskazując na łuszczącą się farbę na suficie w sali chorych nr 420, uszkodzoną kozetkę lekarską w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, uszkodzone powierzchnie, odklejające się listwy szaf na odzież pacjentek w salach chorych 407, 409, 432 oraz uszkodzoną ścianę przy wejściu do sali nr 410. Kontrole przeprowadzone w 2025 r. potwierdziły wykonanie zaleceń związanych z usunięciem ww. nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 926-1017)

1.11. Oddziały Gin.-Poł. jak i Neonatologiczny spełniały wymogi dla drugiego stopnia referencyjności, co potwierdziły oględziny tych oddziałów. Szpital dysponował minimalnym, niezbędnym dla tego stopnia, sprzętem medycznym bezpośrednio na oddziale lub w szpitalu (w tzw. lokalizacji). Sprzęt stosowany w oddziale umożliwiał realizację świadczeń osobom ze wskaźnikiem BMI powyżej 30.

(akta kontroli str. 575-585)

Badaniem objęto 26 jednostek sprzętu medycznego<sup>28</sup>, z czego w dwóch przypadkach stwierdzono niedotrzymanie terminu przeglądu technicznego wskazanego przez producenta, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W latach 2022-2025 dla Oddziałów Gin.-Poł. oraz Neonatologicznego Szpitala przeznaczył na sprzęt medyczny 819,2 tys. zł, z czego: 420 zł<sup>29</sup> w 2022 r., 14,5 tys. zł<sup>30</sup> w 2023 r., 516,3 tys. zł<sup>31</sup> w 2024 r. oraz 288 tys. zł<sup>32</sup> w 2025 r.

(akta kontroli str. 620-621, 1059)

---

<sup>26</sup> Szpital przekazywał corocznie ankietę dotyczącą urodzeń Wojewódzkiemu Konsultantowi Ginekologii i Położnictwa.

<sup>27</sup> NS. BW. 9020.1.44.2022 z 7 grudnia 2022 r., 650.12.NS-HR.2023 z 4 grudnia 2023 r., 252/NS.E/2024 z 20 czerwca 2024 r., 143/NS-E/2025 z 25 kwietnia 2025 r. oraz 143/NS-E/2025 z 25 kwietnia 2025 r.

<sup>28</sup> Z Oddziału Neonatologicznego: pulsoksymetr, zestaw do wspomaganie oddechu, inkubator, stanowisko do reanimacji, stanowisko do resuscytacji, kardiomonitor, USG, respirator, pompa infuzyjna, laktator dwufazowy elektryczny expert 30 med., aparat do badania słuchu noworodków, waga elektryczna. Z Oddziału Gin.-Poł.: system nadzoru okołoporodowego, fotel ginekologiczny, łóżko porodowe, EKG, kardiomonitor, mikroskop laboratoryjny, USG, łóżko rehabilitacyjne, wózek do przewożenia chorych, wideokolposkop, lampa bezcieniowa, lampa operacyjno-zabiegowa.

<sup>29</sup> Peloty jednorazowe – 2 szt.

<sup>30</sup> Pojemniki transportowe – 3 szt., detektory tętna płodu- 2 szt., papier do ktg, elektrody – 5 szt., papier do ktg – 10 szt., tace medyczne – 10 szt., nebulizator – 1 szt. głowica ktg - 1szt.

<sup>31</sup> insuflator laparoskopowy z instrumentarium, system wizyjny do wykorzystania podczas zabiegów histeroskopowych, elektroniczny aparat do pomiarów rr, próżnociąg położniczy – 1 szt.

<sup>32</sup> Uzupełnienie sprzętu ginekologicznego histeroskopowego i laparoskopowego oraz zakup aparatu MONACO (zaplanowany).

1.12. Szpital zapewnił dostęp do badań i procedur medycznych wymaganych dla drugiego poziomu referencyjności zarówno dla Oddziału Gin.-Poł., jak i Neonatologicznego z wyjątkiem analgezji regionalnej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W miejscu udzielania świadczeń zapewniono dostęp do ciągłego badania KTG, przed i w trakcie porodu. Szpital dysponował także laboratorium oraz pracownią do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

(akta kontroli str. 583-585)

1.13. W Oddziałach Gin.-Poł. oraz Neonatologicznym kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiała prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie sprzętu medycznego. Spełniono wymogi dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>33</sup>. Pokoje zabiegowe zapewniały pacjentkom poczucie intymności poprzez rozmieszczenie mebli w salach oraz stosowanie zasłonek. Na oddział pacjentki zgłaszały się przechodząc przez specjalnie przygotowany w tym celu pokój wyposażony w łazienkę oraz leżankę. Sale<sup>34</sup> pacjentów były wyposażone w jedno łóżko z dostępem z trzech stron oraz w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka. Zespół porodowy składał się z ośmiu jednoosobowych sali umożliwiających poród rodzinny oraz sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim. W bezpośrednim sąsiedztwie sali operacyjnej funkcjonowało stanowisko do resuscytacji, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu znajdowało się pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych umożliwiające osobistą obserwację. Prezes Zarządu wyjaśnił, że Szpitala nie stać na wyposażenie tego pomieszczenia w kamery z funkcją autostartu dającą możliwość obserwacji twarzy noworodka.

Oddział Gin.-Poł. nie był wyposażony w łazienkę przystosowaną dla osób niepełnosprawnych. Prezes Zarządu wyjaśnił, że Szpitala obecnie nie stać taką modernizację.

Na Oddziale Gin.-Poł. wyodrębniono w części ginekologicznej dwie sale dla matek, które doświadczyły szczególnych sytuacji położniczych lub które nie mogły przebywać razem z dzieckiem.

(akta kontroli str. 577)

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono pięć doraźnych prac remontowych obejmujących: malowanie Oddziału Neonatologicznego w 2022 r., malowanie bloku porodowego Oddziału Gin.-Poł. w 2022 r., malowanie sali chorych odcinka ginekologicznego Oddziału Gin.-Poł. 2022 r., malowanie pomieszczeń bloku porodowego w 2023 r. oraz na przełomie roku 2024 i 2025 prace obejmujące

---

<sup>33</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

<sup>34</sup> 5 sali objętych oględzinami.

malowanie ścian, wymianę odbojnic, renowację drzwi i ościeżnic w ramach całego odcinka ginekologicznego.

(akta kontroli str. 1054-1055)

1.14. Oględziny Oddziału Neonatologicznego oraz Gin.-Poł potwierdziły, że w Szpitalu przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt. W sali przeznaczonej do karmienia piersią znajdowały się publikacje Ministerstwa Zdrowia pt. „Karmienie piersią – Poradnik” oraz publikacja zachęcająca do karmienia piersią, w której zawarte były informacje jak wybrać preparaty sztucznego karmienia bez wskazania ich producenta. Mleko dostępne na oddziale znajdowało się w oryginalnych opakowaniach oznaczonych logiem producenta, do butelki dodawano jednorazowy, nakręcany smoczek. Preparaty początkowego żywienia noworodków zapewniał Szpital, a na oddział mieszanki dostarczane były przez aptekę szpitalną. W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2025 r. Szpital dysponował gotowymi mieszankami o wartości 10,4 tys. zł, w tym 8,5 tys. zł<sup>35</sup> otrzymanych w drodze darowizny. Na zakup pozostałych Szpital przeznaczył 1,9 tys. zł<sup>36</sup>. Na oddziale stosowano produkty trzech producentów.

Ponadto, przy wypisywaniu pacjentek Szpital zapewniał wyprawkę pn. „Skarb malucha”. Pudełko zawierało materiały edukacyjne, poradniki na temat pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, rozwoju dziecka oraz próbki pieluszek, chusteczek nawilżonych, kosmetyków dla dzieci i mam.

(akta kontroli str. 575-58, 1018)

1.15. Koszty funkcjonowania Szpitala w zakresie opieki okołoporodowej w latach 2022-2025 (I półrocze) wynosiły łącznie:

- dla Oddziału Gin.-Poł. 9 510,5 tys. zł w 2022 r., w tym z NFZ 5 130,3 tys. zł, 10 878,9 tys. zł w 2023 r., w tym przychody z NFZ 6 409,7 tys. zł, 12 048,2 tys. zł w 2024 r., w tym z NFZ 6 617,3 tys. zł oraz 5 122,1 tys. zł, w tym z NFZ 3 147,2 tys. zł,

- dla Oddziału Neonatologii 3 163,8 tys. zł w 2022 r., w tym z NFZ 1 253,2 tys. zł, 3 730,8 tys. zł w 2023 r., w tym z NFZ 1 695,7 tys. zł, 4 196,5 tys. zł w 2024 r. w tym z NFZ 1 642,4 tys. zł, oraz 2 074,2 tys. zł, w tym z NFZ 1 171,7 tys. zł. Do największych grup kosztów należały wynagrodzenia, koszty medyczne oraz pozostałe koszty.

(akta kontroli str. 322-355)

Szpital, od wejścia w życie zarządzenia nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne –

---

<sup>35</sup> 4,6 tys. zł. w 2022 r., 0,7 tys. zł w 2023 r., 2,5 tys. zł. w 2024 r. oraz 0,6 tys. zł. do 30 czerwca 2025 r.

<sup>36</sup> 106,5 zł w 2022 r., 946,2 zł w 2023 r., 733,8 zł w 2024 r. oraz 138 zł do 30 czerwca 2025 r.

świadczenia wysokospecjalistyczne, uzyskuje finansowanie porodów zgodnie ze współczynnikiem 0,95% ze względu na niestosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego.

(akta kontroli str. 568-572)

Ponadto, na świadczenia dla dzieci pozostawionych w Szpitalu w latach 2022-2024 uzyskano łącznie 106 tys. zł z NFZ.

(akta kontroli str. 1048)

1.16. W szpitalu w latach 2022-2025 działała nieodpłatna szkoła rodzenia dla kobiet w ciąży, partnerów i osób towarzyszących oraz rodziców oczekujących kolejnego dziecka. Zajęcia obejmowały zarówno zajęcia teoretyczne<sup>37</sup>, jak i praktyczne<sup>38</sup> obejmujące m.in. tematykę fizjologii ciąży i porodu, sposobu odżywiania w ciąży, jak i diety matki karmiącej, psychologicznych aspektów ciąży, trening umiejętności wychowawczych, naukę noszenia dziecka i wiązania chust itp. Kadra obejmowała specjalistów z takich dziedzin, jak położnictwo, ginekologia, seksuologia, psychologia, pedagogika i fizjoterapia. Z zajęć w szkole skorzystało łącznie 139 kobiet, w tym 18 w 2022 r., pięć w 2023 r. (szkoła nie działała od stycznia do października), 59 w 2024 r. i 57 do 30 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 322-355, 922-925)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu do 27 sierpnia 2025 r. w regulaminie wewnętrznym Oddziału Gin.-Poł nie określono sposobu dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej. Regulamin organizacyjny Szpitala wprowadzony zarządzeniem Nr 32/2021 Prezesa Zarządu WSP S.A. w Tarnowskich Górach, w § 16 pkt 8 dotyczącym zadań Oddziału Gin.-Poł wskazywał, że zadania w zakresie wskaźników należały do personelu tego oddziału, a sposób ich dokumentowania miał określać jego regulamin wewnętrzny. Ordynator Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił, że wskaźniki opieki okołoporodowej określono na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>39</sup>. Z kolei Prezes Zarządu wyjaśnił, że w Oddziale Gin.-Poł., Oddziałowa na bieżąco prowadziła monitoring wskaźników opieki okołoporodowej. Gromadzone dane dotyczyły każdej pacjentki w ujęciu miesięcznym oraz rocznym. Ponadto corocznie przekazywano je na potrzeby Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, w formie ankiet zawierających informacje o wskaźnikach.

W związku z wydaniem zarządzenia nr 16/8/2025 Prezesa Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A. w Tarnowskich Górach w sprawie wprowadzenia regulaminu wewnętrznego Oddziału Gin.-Poł. w którym uregulowano kwestie dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej poprzez ustalenie, że na Oddziale Gin.-Poł. prowadzi się *Karty Monitorowania Wskaźników Opieki Okołoporodowej*, które służą monitorowaniu

<sup>37</sup> Wykłady na temat ciąży, porodu i położu.

<sup>38</sup> Zajęcia skupiające się na technikach oddechowych, pozycjach porodowych, innych umiejętnościach przydatnych podczas porodu, karmienia noworodka oraz kąpeli dziecka.

<sup>39</sup>Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

wskaźników oraz prowadzeniu na ich podstawie miesięcznych analiz, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1023-1024)

2. Wbrew zaleceniom producentów, przeglądów technicznych dwóch urządzeń medycznych dokonano z opóźnieniem wynoszącym od 72 do 76 dni. Przegląd wagi elektronicznej miał odbyć się do 6 lipca, a odbył się 20 września 2024 r., natomiast przegląd inkubatora<sup>40</sup> – do 30 kwietnia 2025 r., a odbył się 11 lipca 2025 r. Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że przegląd wagi został wykonany z opóźnieniem, w związku z przygotowaniem zbiorczego przeglądu wag ze względu na korzystniejszą cenę, a inkubatora – na negocjacje cenowe. Opóźnienie przeglądu nie spowodowało utrudnień w pracy - oddział posiadał inne inkubatory i wagi, które zostały wykorzystane. Pracownicy Szpitala przeprowadzali przeglądy podstawowego sprzętu a przeglądy sprzętu, który wymagał specjalistycznej wiedzy i narzędzi diagnostycznych, były zlecane na zewnątrz.

NIK uwzględnia wyjaśnienia w zakresie dotyczącym działań zmierzających do osiągnięcia korzystniejszej ceny przeglądu. Jednocześnie wskazuje, że konieczność zlecenia przeglądu na zewnątrz, w tym wag i inkubatorów, nie może być usprawiedliwieniem dla niedokonania go w terminie. W sytuacji, w której pracownicy Szpitala wiedzą, że zlecają przeglądy zewnętrznym podmiotom, działania te powinny być prowadzone z wyprzedzeniem zapewniającym wykonanie przeglądu w terminie.

(akta kontroli str. 1040)

3. Szpital dopuszczał praktykę polegającą na ciągłym świadczeniu pracy przez lekarzy pracujących w oddziałach Gin.-Poł i Neonatologicznym przez ponad 24 godziny w 36 przypadkach, w tym po jednym – przez 56, 88 i 96 godzin, w czterech przypadkach przez 72 godziny, w ośmiu przez 25 godzin, w 10 po 32 godziny i w 11 po 48 godzin. Wszystkie przypadki dotyczyły osób świadczących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz jednego pracownika, który był zatrudniony na umowę o pracę, a dyżury sprawował na podstawie umowy B2B<sup>41</sup>. Prezes Zarządu wyjaśnił, że *Pełnienie dyżurów medycznych przez personel medyczny w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Neonatologicznym, których czas trwania przekracza 24 godziny, jest uzasadnione i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. W przypadku personelu medycznego wskazanego w Państwa piśmie z 11 sierpnia 2025 r. zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, dyżury te są możliwe dzięki uprzedniemu wyrażeniu przez lekarzy dobrowolnej zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo, tzw. klauzuli opt-out, zgodnie z art. 96 ust 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgoda ta umożliwia organizowanie pracy w sposób odpowiadający potrzebom oddziałów szpitalnych przy jednoczesnym zachowaniu obowiązujących standardów opieki nad pacjentem. Natomiast w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów), ograniczenia dotyczące maksymalnego czasu pracy oraz klauzula opt-out nie mają zastosowania. Przepisy ustawy o działalności leczniczej, dotyczące maksymalnego*

<sup>40</sup> Nr seryjny: ARZM-0063. Urządzenie zgłoszone w załączniku do umowy z NFZ, do realizacji świadczeń.

<sup>41</sup> Business to business.

*czasu pracy i okresów odpoczynku odnoszą się wyłącznie do pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy. Oznacza to, że lekarze kontraktowi mogą świadczyć usługi medyczne bez konieczności przestrzegania limitów przewidzianych dla pracowników etatowych. W związku z powyższym, organizacja pracy w obu Oddziałach została dostosowana do aktualnych potrzeb Szpitala, przy jednoczesnym przestrzeganiu obowiązujących regulacji prawnych.*

NIK zauważa, że praca lekarzy w wymiarze przekraczającym 24, a w skrajnym przypadku sięgającym 96 godzin, może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – stwarzać zagrożenie dla rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych, udzielanych pacjentom obu oddziałów i w konsekwencji – dla ich bezpieczeństwa. Liczba stwierdzonych przypadków udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, może świadczyć o niewłaściwej organizacji czasu ich pracy.

(akta kontroli str. 1048-1049)

4. W okresie objętym kontrolą Szpital nie wykreślił z listy zasobów wskazywanych do NFZ, lekarza Oddziału Neonatologicznego, który faktycznie nie był już pracownikiem Szpitala od przejścia na emeryturę 21 września 2019 r. Obowiązek zgłaszania zmian w zasobach określał § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>42</sup>. Pełniąca obowiązki kierownika działu zarządzania zasobami ludzkimi wyjaśniła, że 18 lipca 2025 r. (w trakcie kontroli NIK) Szpital zgłosił do NFZ stosowną zmianę o zasobach. Fakt wykazywania tego lekarza, w latach objętych kontrolą, nie miał wpływu na zapewnienie minimalnej obsady personelu, niezbędnej do realizacji umowy z NFZ. Szpital nie rozliczał żadnych świadczeń z jego udziałem.

NIK wskazuje, że zgłoszenie zmian w harmonogramie powinno być niezwłoczne. Ze względu na usunięcie nieprawidłowości w trakcie kontroli, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 554-556)

5. W Szpitalu, w sali porodowej do cięć cesarskich, nie było stanowiska resuscytacyjnego. Powyższe było niezgodne z ust. 1 pkt 1 i 3 części XIII załącznika do Standardu. Prezes Zarządu wyjaśnił, że *zgodnie z aktualnymi standardami (m.in. PTN, PTGiP,WHO), stanowisko do resuscytacji noworodka powinno znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie sali operacyjnej. W Naszej placówce funkcjonuje tzw. punkt noworodkowy w bezpośrednim sąsiedztwie sali operacyjnej, jednak nie bezpośrednio w niej. Wyposażenie sali operacyjnej w odpowiednie stanowisko do resuscytacji wymaga jednak znacznych nakładów finansowych, których Szpital obecnie nie posiada. W związku z tym podejmujemy starania o pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania zewnętrznego i sukcesywnie doposażamy placówkę w niezbędny sprzęt, zgodnie z obowiązującymi standardami.*

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień bowiem od chwili wejścia w życie Standardów, a więc od 1 stycznia 2019 r., ww. załącznik jasno wskazuje, że sala

---

<sup>42</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

operacyjna powinna być wyposażona w resuscytator, a szpital o II stopniu referencyjności – w dwa takie urządzenia.

(akta kontroli str. 1056)

6. W okresie objętym kontrolą personel Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, nie zapoznał się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, co było niezgodne z ust. 6 części VII Standardu, który stanowi, że lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, potwierdzając to podpisem. Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił, że: *W związku z tym, że była to procedura wewnętrzna, nie było potrzeby informowania o niej lekarzy z innych oddziałów.*

NIK nie przyjmuje tych wyjaśnień, ponieważ Standardy jednoznacznie wskazują, że lekarze, położne i pielęgniarki ww. oddziałów mają obowiązek zapoznania się z procedurą.

(akta kontroli str. 1024)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W Szpitalu na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Oba oddziały były wyposażone w minimalną, wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Sala cięć cesarskich ze względu na warunki lokalowe nie była wyposażona w stanowiska do resuscytacji, przy czym znajdowały się one w jej bezpośrednim sąsiedztwie. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności.

#### **OBSZAR**

### **2. Realizacji świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej**

Opis stanu faktycznego

2.1 Przyjęcie do porodu wszystkich 30 pacjentek<sup>43</sup>, których dokumentację medyczną objęto analizą, odbywało się na Oddziale Gin.-Poł. Podczas przyjęcia wypełniano *Historię choroby (położnicza)*, w której odnotowywano m.in.: dane osobowe pacjentki oraz osoby opiekującej się nią; rozpoznanie wstępne; rozpoznanie kliniczne końcowe; badanie podmiotowe, w tym wywiad; badanie przedmiotowe, a na dalszym etapie leczenia przebieg porodu; dane dotyczące noworodka; dane dotyczące popłodu; epikryzę; zastosowane leczenie; zalecenia. Do historii choroby były dołączone m.in.: indywidualna karta zleceń, badań diagnostycznych (laboratoryjnych, obrazowych i innych) oraz konsultacji, wyniki badań laboratoryjnych, karta oceny stanu pacjentki dokonywana przez położną, karta oceny stanu pacjentki dokonywana przez położną – odcinek ginekologiczny, plan opieki lekarskiej, karta wywiadu oceny stanu pacjentki przy przyjęciu dokonywana przez położną i indywidualna karta zleceń lekarskich. Do dokumentacji medycznej wszystkich pacjentek dołączono wyniki badań HBs, HIV, grupy krwi oraz GBS. Z wyjątkiem jednej karty, w której brakowało wyniku

<sup>43</sup> Po 10 pacjentek z lat 2022-2024.

GBS, jednak badanie to wykonano u pacjentki i noworodka już w trakcie pobytu w szpitalu, co odnotowano w karcie wypisowej.

(akta kontroli str. 102-115, 131-148)

W trakcie prowadzonej kontroli personel medyczny Oddziału Gin.-Poł. opracował ramowy plan porodu, jako materiał pomocniczy o charakterze wewnętrznym<sup>44</sup> oraz zamieścił go na stronie internetowej Szpitala. Szerzej o planach porodu w pkt 2.2. i sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 15-23, 95, 104-115, 120-130)

2.2. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które urodziły w Szpitalu w latach 2022-2024 wykazała, że:

- 21 porodów odbyło się w sposób naturalny, a dziewięć w drodze cesarskiego cięcia;
- sześć pacjentek posiadało wskaźnik BMI przekraczający 30, u 11 wskaźnik wynosił poniżej 30, a u pozostałych brak było danych umożliwiających obliczenie wskaźnika BMI;
- jedna pacjentka posiadała orzeczenie o niepełnosprawności w zakresie upośledzenia narządów ruchu;
- w dokumentacji 12 pacjentek znajdowały się plany porodu, w tym dwa podpisane wyłącznie przez personel medyczny. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *w pierwszym przypadku przyjęto pacjentkę o 23:15, a urodziła o 23:36. Plan porodu pacjentka miała ze sobą w chwili zgłoszenia i z uwagi na dynamikę porodu brak było możliwości omówienia go. (...) W drugim został omówiony z położną sprawującą opiekę. W 18 przypadkach planów porodu nie było wcale, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;*
- na 12 planów porodu przewidujących obecność ojca dziecka przy porodzie, w sześciu przypadkach uwzględniono postanowienia w nich zawarte, a co do pozostałych, gdzie takiej obecności nie odnotowano Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *Obecność ojca/partnera/osoby bliskiej nie jest odnotowywana w dokumentacji medycznej ze względu na fakt, iż w naszym ośrodku jest to postępowanie standardowe – każda osoba z powyższych otrzymuje taką możliwość za zgodą pacjentki.;*
- w zakresie zgód znajdujących się w dokumentacji pacjentek:
  - 14 pomimo ich uzyskania nie wykonano żadnych zabiegów, gdyż porody odbyły się w sposób naturalny;
  - od dziewięciu uzyskano zgody na przeprowadzenie cesarskiego cięcia;
  - jedna wyraziła zgodę na wszystkie badania i zabiegi w planie porodu;
  - w sześciu przypadkach brakowało zgód na wykonanie zabiegu nacięcia krocza. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *Zabiegi zostały wykonane w celu*

---

<sup>44</sup> Procedury wewnętrzne z 16 stycznia 2019 r. i 2 stycznia 2024 r. pod nazwą Standard Postępowania z Zakresu Opieki Okołoporodowej Sprawowanej nad Kobieta w Okresie Fizjologicznego Porodu.

*możliwie bezpiecznego ukończenia porodu i ochrony zdrowia matki oraz dziecka. (...) Każda planowa interwencja medyczna wymaga zgody pacjentki, jednakże w sytuacjach nagłych, kiedy istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjentki bądź dziecka i nie ma możliwości uzyskania świadomej zgody z uwagi na ból, wyczerpanie, szybki przebieg akcji porodowej, personel medyczny działa w stanie wyższej konieczności w trosce o dobro pacjentki kierując się jej najlepszym interesem.(...) Przed wykonaniem każdego z zabiegów ze względu na nagłą sytuację poinformowano pacjentki o konieczności wykonania danej procedury. Uzyskano ustną zgodę na nacięcie krocza.*

Jako przyczyny wykonania zabiegu, wskazano wysoką masę płodu, ryzyko spontanicznego nieregularnego i głębokiego pęknięcia krocza, odwrócony mechanizm porodu oraz zaburzenia rozciągania tkanek zaobserwowane w toku porodu, co znacznie zwiększyło ryzyko pęknięcia III/IV stopnia, braku elastyczności w bliźnie po poprzedniej episiotomii, instrumentalna kontrola jamy macicy;

- zabiegu amniotomii nie wykonano u żadnej rodzącej;
- z uwagi na wskazania medyczne wszystkim pacjentkom wykonano wkłucie do żyły obwodowej, a następnie podano leki, w tym oksytocynę, metherginę, wlewy kroplowe, biuforoksym, premedykacje i antybiotyki, ibuprofen oraz cefazolinę.

(akta kontroli str. 15-23, 95-98, 104-115, 120-129)

2.3. Ze względu na dynamikę naturalnego porodu u trzech z 21 pacjentek nie zastosowano jakiegokolwiek znieczulenia<sup>45</sup>. W dziewięciu porodach przez cesarskie cięcie zastosowano leki przeciwbólowe, znieczulenie podpajęczynówkowe oraz znieczulenie dotchawicze. Pozostałe pacjentki korzystały z nefarmakologicznych form łagodzenia bólu, takich jak: pozycja wertykalna, piłka, worek sako, techniki oddychania, immersja wodna. Ponadto stosowano gaz Kalinox.

(akta kontroli str. 95-98, 104-115)

W procedurze wewnętrznej Oddziału Gin.-Poł. pod nazwą „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego” z 16 stycznia 2019 r. nie przewidziano łagodzenia bólu poprzez analgezę regionalną oraz znieczulenie zewnątrzoponowe, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 201-230, 1023-1024, 1054-1058)

2.4. Odnośnie do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej 30 pacjentek ustalono, że:

- dokumentacja medyczna pacjentek była chronologicznie uporządkowana i ponumerowana;

---

<sup>45</sup> Pacjentka 22/14673/0 rozpoczęła poród o godz. 11:35, który zakończył się o 11:40, pacjentka 4361/2022 rozpoczęła poród o godz. 17:15, który zakończył się o 18:00 oraz pacjentka 2024/8621 rozpoczęła poród o godz. 3:43, który zakończył się o 3:45.

- do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, obserwacji porodu, gorączkowe, zleceń lekarskich, 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;

- dokumentację medyczną wszystkich pacjentek prowadzono papierowo, jednakże wypisy ze Szpitala były generowane elektronicznie, drukowane i dołączane do dokumentacji. Ponadto u 10 pacjentek z 2024 r. znajdowały się wydruki dokumentów elektronicznych, tj. karta obserwacji ciąży, karta wywiadu oceny stanu pacjentki przy przyjęciu uzupełniana przez położną/pielegniarkę. Prezes Zarządu wyjaśnił, że *Dokumentacja medyczna prowadzona była w dwóch formach ze względu na wdrażanie systemu informatycznego. Docelowo całość dokumentacji medycznej ma być prowadzona w formie elektronicznej, jednak proces ten wymaga znacznych nakładów finansowych i organizacyjnych. Jednocześnie wyjaśniamy, że dokumentacja medyczna częściowo jest tworzona i edytowana w systemie elektronicznym [...]* W przypadku prowadzenia obserwacji porodu - z uwagi na bezpieczeństwo i komfort pacjentki, a także dynamiczny przebieg tego procesu - dokumentacja prowadzona w formie papierowej, umożliwia szybsze i bardziej elastyczne reagowanie personelu medycznego w sytuacjach klinicznych.;

- do dokumentacji wszystkich pacjentek dołączono upoważnienia dla osób najbliższych<sup>46</sup> do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;

- 29 pacjentek pisemnie upoważniło, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji, z wyjątkiem jednego upoważnienia bez podpisu pacjentki. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *W dokumentacji medycznej pacjentki o numerze 2024/8621 rzeczywiście stwierdzono brak;*

- dokumentacja 15 pacjentek, w tym ośmiu rodzących przez cesarskie cięcie, zawierała zgody na przetoczenie krwi. W pozostałych 15 dokumentacjach takich zgód nie było, w tym jednej rodzącej przez cesarskie cięcie nie zawierała takiej zgody. Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *Cięcie cesarskie w trybie nagłym odbyło się w związku z ablacją łożyska, był to stan zagrożenia życia i zgoda na przetoczenie krwi została złożona w karcie anestezyjologicznej.;*

- stosowany w Szpitalu wzór kart obserwacji porodu był niezgodny ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>47</sup>, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

---

<sup>46</sup> Ojca dziecka lub matki rodzącej.

<sup>47</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

Wszystkie pacjentki wyraziły zgodę na pobyt i leczenie w Szpitalu.

(akta kontroli str. 95-98, 102-115, 120-129, 1032-1034)

2.5. Na podstawie analizy wpisów w dokumentacji medycznej poddanej szczegółowej analizie ustalono, że wszystkim 30 noworodkom<sup>48</sup> umożliwiono kontakt „skóra do skóry”, czego w piętnastu przypadkach z matką, w dwóch z ojcem, a w pozostałych przypadkach nie odnotowano z kim był taki kontakt. W pięciu przypadkach w dokumentacji medycznej na *indywidualnej karcie pielęgnacji i obserwacji sala porodowa* położna odnotowała „nieprzerwany kontakt skóra do skóry”, a w jednym przypadku zaznaczono „dwie godziny”. W pozostałych 25 przypadkach, w tym dziewięciu urodzonym przez cesarskie cięcie<sup>49</sup> nieprzerwany „kontakt skóra do skóry przez dwie godziny” został odnotowany na oddziałowej karcie monitorowania wskaźników okołoporodowych. Prezes Zarządu wskazał, że wszystkie pacjentki miały wykonaną procedurę zgodnie ze Standardem.

(akta kontroli str. 95-98, 116-117, 120-129, 294-295)

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

- podczas porodu w sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka oraz lekarz Oddziału Neonatologicznego;
- w każdym przypadku dokonano oznakowania noworodka i oceny jego stanu według skali Apgar;
- u wszystkich wykonano profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- u dwóch wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, którą odnotowano w karcie historii rozwoju noworodka, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- po uprzedniej kwalifikacji dokonanej przez lekarza i pisemnym wyrażeniu zgody przez matkę, wszystkim wykonano szczepienia, zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych;
- wszystkim wykonano: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi);
- życie i zdrowie żadnego noworodka nie było zagrożone, w związku z czym żaden nie został przekazany do ośrodka o wyższej referencyjności;

---

<sup>48</sup> Próbą dokumentacji medycznej objęto po 10 noworodków urodzonych w latach 2022-2024.

<sup>49</sup> Na dziewięć urodzeń przez cesarskie cięcie, w jednym przypadku odnotowano kontakt „skóra do skóry” z ojcem, a w ośmiu pozostałych nie odnotowano, z którym z rodziców ten kontakt miał miejsce.

- lekarz Oddziału Neonatologicznego przeprowadził u wszystkich badanie kliniczne „w obecności rodzica na sali” w okresie 12 godzin od urodzenia jednak, jak wyjaśnił Prezes Zarządu w dokumentacji nie odnotowywano obecności rodzica;

- w dokumentacji medycznej 30 noworodków nie znajdowała się adnotacja o wykonaniu zabiegów pielęgnacyjnych oraz obowiązkowych standardowych procedur z adnotacją o wyrażeniu zgody w obecności matki na Sali „matka z dzieckiem” o ile stan zdrowia matki na to pozwalał. Prezes Zarządu wskazał, że każde urodzone dziecko jest badane na sali matka z dzieckiem w obecności rodzica, którego obecność nie jest odnotowywana. W trakcie przeprowadzonych oględzin ustalono, że sale były dostosowane do przeprowadzenia zabiegów pielęgnacyjnych.

(akta kontroli str. 95-98, 116-117, 120-129)

2.7. Kobiety, które urodziły dziecko w Szpitalu otrzymywały od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi poza jednym przypadkiem, w którym dziecko samodzielnie rozpoczęło ssanie. Informowano je również o korzyściach i zasadach efektywnego karmienia piersią. W dokumentacji brak było informacji dotyczących przeprowadzenia instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka. Prezes Zarządu wyjaśnił, że każdej pacjentce udzielano indywidualnego instruktażu chociaż nie odnotowywano go w dokumentacji. Na Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp do laktatora i lodówki do przechowywania pokarmu.

(akta kontroli str. 124-125, 184-200, 583)

W badanej dokumentacji medycznej noworodków nie odnotowano korzystania ze smoczków w celu uspokojenia dzieci w okresie stabilizowania się laktacji. Prezes Zarządu wskazał, że Szpital nie rekomendował używania smoczków, ale decyzje o ich stosowaniu podejmowali rodzice.

(akta kontroli str. 116-117, 125)

Szpital nie współpracował z bankiem mleka kobiecego, ze względu na brak zainteresowania matek stosowaniem takiego pokarmu oraz niekorzystne dla Szpitala koszty transportu i przechowywania.

(akta kontroli str. 116-117, 127)

Spośród 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024, których dokumentację medyczną objęto analizą, 24 dzieciom podawano mleko modyfikowane, z czego:

- w jednym przypadku mleko podano ze względu na parametry cukru oraz problemy przy porodzie i konieczność podania kroplówki;

- w jednym przypadku położna ustaliła z lekarzem, że dokarmianie mieszkanką było konieczne z uwagi na niedowagę noworodka;

- w jednym przypadku ze względu na pobyt na oddziale noworodkowym na prośbę matki;

- w jednym przypadku z uwagi na stan zdrowia matki;

- w pozostałych przypadkach w dokumentacji nie odnotowano konkretnych powodów dokarmiania noworodków mieszanką mleka, przy czym Prezes Zarządu wyjaśnił, że zawsze odbywało się to za zgodą matki.

(akta kontroli str. 99-117, 127)

2.8. Analiza dokumentacji medycznej 10 pacjentek w sytuacji szczególnej, w tym sześciu, które urodziły martwe dziecko i czterech, u których doszło do poronienia ciąży<sup>50</sup> w latach 2022-2024 wykazała, że:

- wszystkim zapewniono możliwość pobytu w części ginekologicznej Oddziału Gin.- Poł., w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży lub porodu, po urodzeniu zdrowego dziecka;

- wszystkim zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa. Sześć skorzystało z tej formy wsparcia, a cztery z niej zrezygnowały;

- w karcie historii choroby nie odnotowano, czy pacjentkom umożliwiono pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem, jednakże jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *warunki pożegnania są określane zgodnie ze Standardem Postępowania Dotyczącym Opieki nad Kobieta w Sytuacjach Szczególnych z 16 stycznia 2019 r., zaktualizowanym w roku 2025.[...] każda z pacjentek pożegnała dziecko zgodnie z tym standardem. Nie jest to odnotowywane, jest to ogólna praktyka, którą stosujemy zawsze. Ww. Standardy zostały podpisane przez pracowników Oddziałów, w tym pielęgniarki i położne;*

- pacjentki informowano o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. W jednym przypadku<sup>51</sup> w dokumentacji nie było adnotacji o możliwości pochówku utraconego dziecka, ale jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *Każda pacjentka pożegnała dziecko zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 118-132)

2.9. Prezes Zarządu, pięciu lekarzy oraz pięć położnych w wyjaśnieniach złożonych w trakcie kontroli NIK wskazało na problemy w sprawowaniu opieki okołoporodowej, które zidentyfikowali w Szpitalu. Wśród najważniejszych wymienili:

- brak dofinansowania przyszpitalnej szkoły rodzenia, której prowadzenie Szpital finansował ze środków własnych;

- niedobory w zakresie nowoczesnego sprzętu ułatwiającego wykonywanie usług, w tym brak bezprzewodowych aparatów KTG, brak systemu nadzoru okołoporodowego typu „Monaco”, inkubatorów typu Caleo, laktatorów typu Medela, nowoczesnych foteli porodowych;

---

<sup>50</sup> Dobór celowy, w którym uwzględniono wszystkie pacjentki, które urodziły martwe dziecko i te, u których doszło do poronienia pomiędzy 14, a 21 tygodniem ciąży.

<sup>51</sup> W dokumentacji pacjentki 2023/4518 znajdowała się konsultacja psychiatryczna.

- braki infrastrukturalne, w tym brak węzłów sanitarnych w salach pacjentek, brak klimatyzacji w salach pobytowych, brak możliwości indywidualnego wyboru posiłków przez pacjentki, brak dostępu do Wi-Fi;
- brak znieczulenia zewnątrzoponowego wynikający z niedoborów kadrowych wśród anestezjologów oraz niewystarczające zaplecze sprzętowe niezbędne do stosowania znieczulenia;
- niedobory kadrowe wśród lekarzy ginekologów, położników i neonatologów, spowodowane „zaostreniem prawa karnego” wobec medyków;
- niedobory kadrowe wśród pielęgniarek i położnych wynikające z rotacji doświadczonych pracowników na inne oddziały lub stanowiska oraz redukcję zatrudnienia do niezbędnego minimum;
- zaniżanie przez NFZ wycen porodu, cięcia cesarskiego, neonatologicznych procedur medycznych.

(akta kontroli str. 24-50)

W latach 2022-2024 w Szpitalu wystąpiło siedem przypadków pozostawienia dzieci w Oddziale Neonatologicznym, z tego dwa w 2022 r., jeden w 2023 r. oraz cztery w 2024 r. W 2025 r. (do dnia zakończenia kontroli) nie było takich zdarzeń. Dzieci przebywały w szpitalu od jednej doby do 91 dni. Szpital w latach 2022-2024 przeznaczył na leczenie takich dzieci 106,2 tys. zł, z czego: 26,1 tys. zł w 2022 r., 3,8 tys. zł w 2023 r. i 76,3 tys. zł w 2024 r. Wszystkie środki zostały rozliczone w ramach umowy z NFZ.

(akta kontroli str. 1042)

Ordynator Oddziału Neonatologicznego wyjaśnił, że: *W szpitalu jest opracowany schemat postępowania w przypadku pozostawienia dziecka w szpitalu. Po deklaracji matki i pisemnym potwierdzeniu woli pozostawienia dziecka w szpitalu powiadamiany jest pracownik socjalny szpitala, który kontaktuje się MOPS-em, a następnie szpital występuje z pismem do sądu rodzinnego celem wydania zarządzeń opiekuńczo-wychowawczych i zabezpieczenia pieczy zastępczej. Po uzyskaniu decyzji sądu dalsze postępowanie jest zgodne z jej treścią, najczęściej dziecko jest przekazywane do rodziny zastępczej.*

(akta kontroli str. 1043)

2.10. W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2025 r. do Szpitala wpłynęły cztery skargi dotyczące opieki okołoporodowej, które zostały przelanizowane przez Jednostkę, pod względem obowiązku dotyczącego przekazywania danych medycznych osobom uprawnionym. Wyjaśniono okoliczności skarg i podjęto działania zmierzające do ich wyeliminowania w przyszłości. W jednej sprawie Szpital przeprosił za niestosowne zachowanie anestezjologa i zapewnił, że podejmie działania w celu poprawy komunikacji lekarzy z pacjentami w przyszłości, jednocześnie zapewniono skarżącą, że zastosowane znieczulenie odbyło się zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi.

(akta kontroli str. 56-94)

Do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach nie wpłynęły skargi na realizację świadczeń związanych z opieką okołoporodową w Szpitalu.

(akta kontroli str. 51-55)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą Szpital nie zapewnił znieczulenia zewnątrzoponowego, czyli jednego z farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu określonych w ust. 11 pkt 3 części VII Standardu opieki okołoporodowej. Standardowa Procedura Postępowania SOP Oddział Gin.-Poł. z salą porodową „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego” z 16 stycznia 2019 r. nie przewidywała analgezji regionalnej, poza zastosowaniem gazu wziewnego. Jak wyjaśnił Dyrektor ds. medycznych *analgezja dożylna, zewnątrzoponowa i miejscowa są technikami uznanymi, ale tylko i wyłącznie w rękach lekarzy specjalistów. Znieczulenia miejscowe wykonują ginekolodzy, pozostałe dwa anestezjologowie. Ze względu na zbyt małą ilość specjalistów anestezjologów, brak aktualnie przeszkolonych kadr w zakresie personelu lekarskiego położniczego w tym zakresie oraz braku wyposażenia stanowiska porodu w zakresie monitorowania nie stosuje się analgezji regionalnej. Natomiast ze względu na negatywny wpływ na matkę i dziecko w szpitalu stosowano tylko jeden opioidowy lek o nazwie remifentanyl. Prezes Zarządu wyjaśnił, że Szpital dysponował niezbędnym sprzętem do wykonania zabiegu znieczulenia zewnątrzoponowego [...] oraz prowadził poszukiwania anestezjologów. Ponadto wskazał, że procedura dotycząca łagodzenia bólu z 2019 r. powstała w warunkach ograniczeń kadrowych i sprzętowych i zostanie zaktualizowana.*

Zgodnie z częścią VII Standardu opieki okołoporodowej (ust. 1) rodzica ma prawo do łagodzenia bólu porodowego, w tym opisanej w ust. 11 pkt 3, w związku z ust. 14 pkt 1, analgezji zewnątrzoponowej, dlatego NIK nie podziela wyjaśnień Dyrektora ds. medycznych i Prezesa Zarządu. Informacja o dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego znajdowała się na stronie internetowej Szpitala, ale została usunięta w trakcie kontroli 11 sierpnia 2025 r. jednakże mogła wprowadzać w błąd pacjentki, które planowały wybór Szpitala do porodu.

(akta kontroli str. 291, 573-574, 1024,1057)

2. W 18 z 30 przypadków, co stanowiło 60% badanej próby, do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentek nie dołączono planu porodu. Było to niezgodne z częścią V pkt 3 Standardu opieki okołoporodowej. Z kolei nieudostępnienie go pacjentkom do wypełnienia było niezgodne z częścią VI ust. 2 pkt 4 Standardu opieki okołoporodowej.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w sytuacji, kiedy pacjentka nie posiadała swojego planu porodu to z chwilą przyjęcia na oddział otrzymywała plan porodu. Zdaniem NIK z badanej dokumentacji medycznej nie wynika, że Szpital przy przyjęciu pacjentek przekazywał im plan porodu do wypełnienia.

Takie działanie wnosi ryzyko braku możliwości zapoznania się personelu z potrzebami zgłaszanymi przez pacjentki w zakresie sprawowania opieki i przebiegu porodu.

(akta kontroli str. 15-23, 104-115, 130)

3. Wszystkie 30 badanych kart obserwacji porodu były niezgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, bowiem nie zawierały punktów dotyczących wymiarów miednicy (międzykolcowego, międzygrzebieniowego, międzykrętcowego i sprężnej zewnętrznej), wyniku posiewu w kierunku paciorkowców B, hemonizujących grupy B (GBS) oraz wyniku badania antygenu HBS.

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *Wszystkie wymagane dane dotyczące pacjentek były i są gromadzone w innych częściach historii choroby. Obecnie w systemie AMMS posiadamy już zaimportowaną obowiązującą wersję formularza Karta Obserwacji Porodu zgodną z aktualnymi przepisami.*

Zdaniem NIK, karty obserwacji porodu powinny być wypełniane na aktualnych wzorach i uzupełnione w pełnym zakresie, niezależnie od prowadzenia innej dokumentacji medycznej pacjentek (części historii choroby). Rzetelne wypełnienie karty obserwacji porodu zapewnia zebranie wszystkich danych chorobowych pacjentki w jednym miejscu, bez konieczności przeglądania całej historii chorobowej podczas porodu.

(akta kontroli str. 246-278, 1032-1034)

4. W 28 z 30 (93%) badanych przypadków w kartach historii rozwoju noworodka nie odnotowano zabiegu Credego. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu: *Wszystkie dzieci (...) miały rutynowo wykonaną profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka (zabieg Credego) maścią Erythromycin 0,5%.* Brak wpisu w karcie historii rozwoju noworodka wykonania zabiegu Credego, Prezes wytłumaczył brakiem miejsca na pieczętkę potwierdzającą jego wykonanie. W dwóch przypadkach odnotowano wykonanie tego zabiegu, w jednym poprzez wpis o treści *wykonano*, a w drugim w karcie wpisano datę zabiegu.

Zdaniem NIK, niejednolita praktyka personelu świadczy o nierzetelnym wypełnianiu karty historii rozwoju noworodka, a nie braku miejsca na potwierdzenie wykonania zabiegu. Brak wpisu w dokumentacji medycznej w zakresie profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka uniemożliwił weryfikację jego wykonania.

(akta kontroli str. 95-98, 116-117, 126)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala, Podczas porodu na ogół zapewniono im opiekę i wsparcie zgodnie z obowiązującym Standardem opieki okołoporodowej i procedurami medycznymi. Nie miały jednak możliwości skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego. W ponad połowie analizowanych przypadków nie umieszczono planu porodów w dokumentacji medycznej. Karty obserwacji

porodu były wypełnione na nieaktualnych wzorach, przez co nie zawierały wszystkich danych.

Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia, jednakże w dokumentacji medycznej nie potwierdzano wykonania badania Credego.

W Szpitalu przestrzegano postępowania dotyczącego opieki nad kobietami w sytuacjach w szczególnych.

#### **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 wdrożenia działań mających na celu taką organizację pracy, by dyżury lekarzy nie przekraczały 24 godzin.

Wnioski NIK wnioskuje o:

1. Zintensyfikowanie działań zmierzających do zapewnienia możliwości stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego.
2. Zapoznanie pracowników Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii z procedurą „Postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego”.
3. Podjęcie działań zmierzających do wyposażenia sali do cięć cesarskich w dwa stanowiska do resuscytacji noworodka, które będą znajdować się w sali, a nie w jej sąsiedztwie.
4. Zapewnienie aktualności przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej.
5. Każdorazowe zaznaczanie w dokumentacji medycznej wykonanie określonych procedur i zabiegów.
6. Dołączanie planu porodu do dokumentacji medycznej pacjentek.

#### **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 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, [data]

Kontrolerzy

Piotr Jużków

St. inspektor kontroli państwowej

*/podpisano elektronicznie/*

Krzysztof Sokół

St. inspektor kontroli państwowej

*/podpisano elektronicznie/*

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach

p.o. Dyrektor

Marcin Wesoły

*/podpisano elektronicznie/*