



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.21.5.2025

Pani
Katarzyna Muszak
Prezes Zarządu
Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.
ul. Waryńskiego 2
43-190 Mikołów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o., ul. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Muszak, Prezes Zarządu, od 1 stycznia 2025 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Emilia Nawrocka-Kołodziejczyk, Prezes Zarządu, od 5 lipca 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. Mateusz Niewdana, Prezes Zarządu, od 1 stycznia 2023 r. do 4 lipca 2024 r. Cezary Tomiczek, Prezes Zarządu, od 1 marca 2020 r. do 31 grudnia 2022 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), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Katarzyna Gradzik, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKA/132/2025 z 2 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: *Centrum, Placówka* lub *Spółka*.

² Dalej: *Prezes Zarządu*.

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

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Centrum było od strony formalnej prawidłowo przygotowane do sprawowania opieki okołoporodowej nad kobietami w ciąży, położnicami i noworodkami. W Placówce zapewniono dostęp do badań i procedur medycznych, wykonywanych na miejscu lub w podmiotach zewnętrznych, jednak w okresie objętym kontrolą nie w pełni prawidłowo sprawowano opiekę w poradni ginekologiczno-położniczej⁵ i przez położne podstawowej opieki zdrowotnej⁶ podczas wizyt patronażowych, bowiem stwierdzono brak wykonania niektórych świadczeń oraz w pojedynczych przypadkach niezlecenie niektórych badań diagnostycznych, wymaganych przepisami załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁷.

W Placówce zatrudniono personel, w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej w Poradni i przez położne POZ, który spełniał wymogi dotyczące kwalifikacji. Poradnia była wyposażona w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, w tym wszystkie urządzenia zgłoszone do umowy z NFZ, które posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. Sposób urządzenia pomieszczeń, w których przebywały pacjentki, zapewniał im poczucie intymności. Na wyposażeniu gabinetu położnej POZ pozostawał wyłącznie jeden z dwóch zadeklarowanych w umowie z NFZ, neseser położnej POZ, przy czym brak było w nim mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi u dzieci. Oględziny wykazały ponadto umieszczenie w miejscach przebywania pacjentek materiałów dotyczących preparatów do początkowego żywienia niemowląt zawierających treści reklamowe. Czas pracy Poradni zadeklarowany w umowie z NFZ nie zawsze odpowiadał faktycznym godzinom jej funkcjonowania.

Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni oraz ta prowadzona przez położne POZ, nie zawierała niektórych wymaganych elementów. Ponadto stwierdzono prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji papierowej z naruszeniem § 6 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą Centrum działało w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, w której 100% udziałów posiadał powiat mikołowski.

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

⁵ Dalej: *Poradnia* lub *Poradnia K*.

⁶ Dalej: *położne POZ*.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324; dalej: *Standard opieki okołoporodowej* lub *Standard*.

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.; dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*.

⁹ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Zgodnie z aktem założycielskim Spółki¹⁰, przedmiotem jej działalności była m.in. *praktyka lekarska specjalistyczna oraz praktyka pielęgniarek i położnych*.

Z kolei regulamin organizacyjny Centrum¹¹ stanowił (w § 6), że podstawowym celem Spółki jako podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

(akta kontroli str. 4-16, 20, 89)

W strukturze organizacyjnej Centrum wyodrębniono zakład leczniczy pn. „Przychodnia Wielospecjalistyczna”, w której w zakresie opieki okołoporodowej funkcjonowały: poradnia ginekologiczno-położnicza¹² (pn. „Poradnia dla kobiet”, z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym) i szkoła rodzenia – obie z miejscem udzielania świadczeń w Mikołowie przy ul. Waryńskiego 2 oraz gabinet położnej POZ, zlokalizowany w Mikołowie przy ul. Okrzei 31.

W § 68 Regulaminu ustalono, że prowadzenie szkoły rodzenia należy do zadań oddziału ginekologiczno-położniczego funkcjonującego w ramach szpitalnej działalności Centrum.

Przychodnia Wielospecjalistyczna, wraz z wchodzącymi w jej skład ww. medycznymi komórkami, znajdowała się w pionie organizacyjnym podległym dyrektorowi ds. medycznych (§ 11 Regulaminu).

(akta kontroli str. 17-162)

W okresie objętym kontrolą Spółka posiadała aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w którym wykazano ww. komórki Centrum.

(akta kontroli str. 163)

Zgodnie z Regulaminem (§ 83) Poradnia funkcjonowała *wg ustalonego harmonogramu, najczęściej nie krócej niż trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych*.

W załącznikach (pn. Harmonogram – Zasoby) do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia¹³ dla Poradni wskazano jako dostępność miejsca udzielania świadczeń:

- w 2022 r.: poniedziałek od 8:00 do 15:30; wtorek i piątek od 8:00 do 14:00; środa od 8:00 do 14:30 oraz od 15:30 do 19:30; czwartek od 8:00 do 14:30;
- w 2023 r. i 2024 r. (do 31 maja 2024 r.): poniedziałek od 8:00 do 15:30; wtorek i piątek od 8:00 do 14:00; środa od 8:00 do 14:30; czwartek od 8:00 do 14:30 oraz od 15:30 do 19:30;
- w 2024 r. (od 1 do 30 czerwca): poniedziałek od 13:00 do 17:00; wtorek od 10:00 do 14:00; środa od 11:00 do 13:00; czwartek od 9:00 do 14:00; piątek od 9:00 do 15:00;

¹⁰ W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa teksty jednolite aktu założycielskiego Spółki: z 9 sierpnia 2020 r. i 27 kwietnia 2023 r.

¹¹ Dalej: *Regulamin*. W okresie objętym kontrolą obowiązywały: regulamin organizacyjny Centrum zatwierdzony przez Radę Nadzorczą Spółki uchwałą nr 121/2018 z 29 listopada 2018 r. oraz regulamin zatwierdzony przez Radę Nadzorczą Spółki uchwałą nr 183/2023 z 5 września 2023 r.

¹² Dalej: *Poradnia* lub *Poradnia „K”*.

¹³ Umowa nr 121/212056/03/8/2017 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kolejnymi aneksami obejmującymi poszczególne lata okresu objętego kontrolą.

- w 2024 r. (od 1 lipca do 3 listopada): poniedziałek od 8:00 do 14:00; wtorek i środa od 10:00 do 14:00; czwartek od 9:00 do 14:30 i piątek od 9:00 do 14:00;
- w 2024 r. (od 4 listopada do 31 grudnia): poniedziałek od 8:00 do 14:00, wtorek od 9:00 do 13:00; środa od 10:00 do 14:00; czwartek od 9:00 do 14:30; piątek od 9:00 do 14:00;
- w 2025 r. (od 1 stycznia): poniedziałek od 8:00 do 14:00, wtorek od 9:00 do 13:00; środa od 10:00 do 14:00; czwartek od 9:00 do 14:30; piątek od 9:00 do 14:00;

Z kolei w wyniku oględzin przeprowadzonych w Poradni¹⁴ ustalono następujące godziny jej funkcjonowania: poniedziałek od 8:00 do 16:00; wtorek, środa, czwartek i piątek od 8:00 do 14:00.

Szerzej o rozbieżności pomiędzy informacjami o godzinach pracy Poradni w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 53, 128, 296-339)

1.2. W zakresach świadczeń objętych kontrolą opieka okołoporodowa była sprawowana w Centrum na podstawie umów zawartych z NFZ, tj.:

- dla Poradni „K”, w oparciu o umowę nr 121/212056/03/8¹⁵ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki (świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii);
- w gabinecie położnej POZ, w oparciu o umowę nr 121/212056/01¹⁶ o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia położnej POZ).

(akta kontroli str. 246-339)

Liczba zarejestrowanych w Poradni pacjentek¹⁷ w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosła 8594 kobiet, w tym 2054 w 2022 r., 2651 w 2023 r., 2478 w 2024 r. i 1411 w pierwszej połowie 2025 r. W tym samym okresie w Centrum prowadzono 530 ciąż, w tym w poszczególnych latach odpowiednio: 116, 139, 163 i 112.

Wizyty patronażowe przeprowadzono w 2022 r. u 73 pacjentek (w tym cztery pacjentki były pod opieką Poradni), w 2023 r. – 78 (w tym osiem pacjentek Poradni), w 2024 r. – 47 (w tym 10 pacjentek Poradni) i w 2025 r. (I półrocze) – 32 (w tym 14 pacjentek Poradni).

(akta kontroli str. 166, 175-190)

¹⁴ Oględziny przeprowadzono 26 września 2025 r.

¹⁵ Skrócony numer umowy zawartej pierwotnie 3 października 2017 r. (nr 121/212056/03/08/2017), obowiązujący w latach objętym kontrolą z dopiskiem danego roku finansowania świadczeń.

¹⁶ Skrócony numer umowy zawartej pierwotnie 8 stycznia 2014 r. (nr 121/212056/01/2014), obowiązujący w latach objętym kontrolą z dopiskiem danego roku finansowania świadczeń.

¹⁷ Tj. pacjentek, które w danym roku odbyły minimum jedną wizytę.

1.3. W okresie objętym kontrolą, w wybranych do próby kontrolnej miesiącach¹⁸, w Poradni świadczeń zdrowotnych udzielało:

- w lutym i w sierpniu 2022 r.: czterech lekarzy, w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia C położnictwa i ginekologii, jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jeden w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Dwóch lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jeden na umowę zlecenia oraz jeden w oparciu o umowę cywilnoprawną – kontrakt;
- w lutym 2023 r.: czterech lekarzy, w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii, jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jeden w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Dwóch lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a dwóch wykonywało swoje czynności w ramach kontraktu;
- w sierpniu 2023 r. i w lutym 2024 r.: pięciu lekarzy, w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii, jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, dwóch w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Trzech lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a dwóch wykonywało swoje czynności w ramach kontraktu;
- w sierpniu 2024 r.: siedmiu lekarzy, w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii, jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, czterech w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Pięciu lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a dwóch wykonywało swoje czynności w ramach kontraktu;
- w lutym 2025 r.: pięciu lekarzy, w tym jeden ze specjalizacją II stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii, jeden specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, trzech w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Czterech lekarzy było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a jeden wykonywał swoje czynności w ramach kontraktu.

(akta kontroli str. 198-238)

W tym samym okresie w Poradni i gabinecie położnej POZ były zatrudnione dwie położne (te same), z których jedna legitymowała się tytułem położnej po ukończonym medycznym studium zawodowym oraz skończyła kurs kwalifikacyjny *Pielęgniarstwo rodzinne – Położne*. Druga położna w lipcu 2022 r. uzyskała tytuł magistra położnictwa (wcześniej w lipcu 2020 r. uzyskała tytuł licencjata położnictwa).

(akta kontroli str. 198-237, 239-245)

1.4. Łączna kwota wydatków poniesionych w Centrum na szkolenia personelu w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosła 60 897,85 zł¹⁹, przy czym w okresie tym

¹⁸ Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (luty i sierpień) w latach 2022-2024 i jeden miesiąc (luty) w 2025 r.

¹⁹ W tym: 23 342,85 zł w 2022 r., 16 310,11 zł w 2023 r., 17 557,35 zł w 2024 r. i 3687,54 zł w I półroczu 2025 r.

nie poniesiono żadnych kosztów na szkolenia (zewnętrzne czy wewnętrzne) dotyczące opieki okołoporodowej.

W okresie objętym kontrolą personel Poradni i gabinetu położnych POZ podnosił swoje kwalifikacje podczas szkoleń wewnętrznych, organizowanych w oddziale ginekologiczno-położniczym Centrum. Jak wyjaśniła Prezes Zarządu: *Tematykę szkoleń wskazują same położne, w nawiązaniu do napotykaných w pracy problemów oraz w celu utrwalenia umiejętności, wiedzy i wymogów obowiązujących w trakcie wykonywania pracy.*

W latach 2022-2024 położne uczestniczyły w nw. szkoleniach prowadzonych przez położną oddziału ginekologiczno-położniczego:

- „Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego”,
- „Odżywianie podczas anemii – dieta bogata w żelazo”,
- „O emocjach i depresji w ciąży”,
- „Emocje po porodzie”.

Ponadto w latach 2019-2021 położne wzięły udział w szkoleniach pn. „Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej”, „Dokuczliwa fizjologia ciąży” i „Trudne oblicza macierzyństwa – ważne rozmowy”.

W okresie objętym kontrolą w Centrum obowiązywał (od 1 stycznia 2019 r.) „Standard postępowania w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży”²⁰, z którym został zapoznany i zobowiązany do stosowania, personel medyczny Centrum realizujący świadczenia w zakresie opieki okołoporodowej. W ww. standardzie ustalono wzory dokumentów, m.in. „Plan opieki prenatalnej” oraz „Plan porodu”.

Ponadto w Centrum opracowano i wdrożono nw. procedury:

- „Standard postępowania w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu”,
- „Standard postępowania w zakresie opieki sprawowanej nad noworodkiem”,
- „Standard postępowania w zakresie opieki sprawowanej nad kobietą w okresie połogu dla położnej POZ”²¹,
- „Postępowanie przy łagodzeniu bólu porodowego”.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Osoby nowoprzyjęte zapoznawane są ze standardami okołoporodowymi na bieżąco, w okresie adaptacji zawodowej po przyjęciu do pracy. Kolejna aktualizacja standardów okołoporodowych planowana jest po wejściu w życie zmian w treści standardów, które obecnie są w fazie projektowania.*

Jak wyjaśniła Prezes Zarządu: *W Centrum (...) funkcjonuje od 30.08.2019 roku odrębna procedura o numerze 108/PP Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych, wdrożona rozdzielnikiem w Szpitalu Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. oraz odrębną listą w Poradni dla Kobiet oraz u położnej POZ. Procedura dotycząca opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych została zaktualizowana i wdrożona 10 czerwca 2025 roku, celem uporządkowania numeracji,*

²⁰ Dalej: *Standard postępowania w okresie fizjologicznej ciąży.*

²¹ Dalej: *Standard opieki nad kobietą w połogu.*

doprecyzowania zapisów oraz włączenia informacji o obowiązku formalnego informowania położnej POZ o wypisie ze szpitala kobiety po stracie dziecka.

(akta kontroli str. 342, 346-351, 399-438)

1.5. Analiza dotycząca przeglądów i konserwacji sprzętu²² znajdującego się na wyposażeniu Poradni wykazała, że sprzęt i aparatura medyczna, w tym również te wykazane w załączniku do umowy z NFZ, były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy techniczne wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do wymogów § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²³.

(akta kontroli str. 439-443)

W sprawie zapewnienia możliwości przeprowadzenia badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży z niepełnosprawnością, w szczególności w odniesieniu do pomiaru wzrostu, ciśnienia, ciężaru ciała, badania cytologicznego, USG i KTG, Prezes Zarządu wyjaśniła: *Centrum w poradni dla kobiet i gabinecie POZ zapewnia możliwość przeprowadzenia badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w ciąży z niepełnosprawnością w miarę swoich możliwości lokalowych i technicznych. Nie posiadamy wagi krzesłkowej, łóżkowej ani najazdowej. Jednak pacjentki niepełnosprawne ruchowo mogą liczyć na podjazd dla osób niepełnosprawnych oraz udostępnienie wózka inwalidzkiego. Poradnia dla kobiet znajduje się na parterze budynku, pobliską windą mogą zostać przewiezione do laboratorium w celu wykonania badań diagnostycznych jak również w razie konieczności na oddział ginekologiczno-położniczy.*

Badanie ginekologiczne wraz z pobraniem cytologii oraz badanie USG wykonywane jest w zależności od stanu pacjentki na fotelu ginekologicznym lub na kozetce lekarskiej, w przypadku znacznej niepełnosprawności zawsze z pomocą dodatkowego personelu medycznego. Pragniemy jednak zauważyć, iż wszystkie nasze pacjentki z niepełnosprawnością fizyczną i umysłową to najczęściej podopieczne Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych w Borowej Wsi, przyjeżdżają zawsze w towarzystwie swoich opiekunów – nie są to pacjentki ciężarne. W okresie objętym kontrolą nie prowadziliśmy żadnej ciąży u niepełnosprawnej pacjentki.

(akta kontroli str. 471-472)

Ogłędziny przeprowadzone w gabinetach Poradni wykazały m.in., że na ich wyposażeniu znajdowała się waga pozwalająca na pomiary masy ciała do 150 kg, co potwierdziła Prezes Zarządu i wyjaśniła: *W okresie objętym kontrolą nie sprawowaliśmy opieki nad pacjentką ciężarną z wagą powyżej 150 kg. Pacjentki z otyłością kierowane są do poradni patologii ciąży.*

(akta kontroli str. 446-447, 460, 473-474)

Podczas oględzin przeprowadzonych w gabinecie położnej POZ stwierdzono, że na jego wyposażeniu był skompletowany wyłącznie jeden *neseser położnej*

²² Analizą objęto 10 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu Poradni. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości sprzętu (o najwyższej wartości) oraz wskazania w załączniku do umowy z NFZ.

²³ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.; dalej: *rozporządzenie w sprawie OWU*.

z wyposażeniem, tymczasem w całym okresie objętym kontrolą Centrum wykazywało w załączniku do umowy z NFZ pn. „Harmonogram – zasoby”, dwie sztuki takiego sprzętu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 444-445, 449-452)

1.6. Pacjentkom Poradni zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych, m.in. badań laboratoryjnych wykonywanych w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym będącym w strukturze Centrum. W przypadku braku możliwości wykonania części takich badań na miejscu, Centrum miało podpisaną umowę z podwykonawcą na wykonanie brakujących badań. W latach 2022-2025 obowiązywały cztery umowy zawarte z jednym podmiotem wykonującym badania laboratoryjne (wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych²⁴). Ponadto Centrum miało podpisane umowy z podmiotami zewnętrznymi, dotyczące: badań mikrobiologicznych (łącznie cztery umowy z dwoma podmiotami wpisanymi do ewidencji KRDL); USG do badania piersi (jedna umowa); RTG (jedna umowa); mammografii (jedna umowa). Siedziby tych podmiotów oddalone były od Poradni w odległościach, których pokonanie samochodem nie przekraczało 20 minut, bądź – w przypadku badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych – materiał do badań pobierany był na miejscu w Centrum, a następnie odbierany przez zleceniobiorcę i transportowany do laboratorium.

Z kolei badania USG z głowicami: przezpochwową i przezbrzuszną, kolposkopii, krioterapii oraz elektrokoagulacji mogły być wykonane na miejscu w Centrum.

(akta kontroli str. 475-574)

1.7. Na podstawie oględzin pomieszczeń Poradni ustalono, że:

- pomieszczenia Poradni znajdowały się na parterze budynku, do którego wejście możliwe było po pokonaniu czterech schodów lub po chodniku-pochylni (z niskim kątem nachylenia);
- do Poradni przylegała poczekalnia z miejscami siedzącymi, wspólna dla pacjentów poradni dla dorosłych;
- tuż przy drzwiach wejściowych znajdowała się tabliczka informacyjna z godzinami pracy Poradni oraz wykaz personelu medycznego (lekarze i położne);
- Poradnia składała się z dwóch pomieszczeń pełniących funkcję gabinetów diagnostyczno-zabiegowych; każde z osobnym wejściem;
- dla obu gabinetów było (połączone bezpośrednio) jedno wspólne pomieszczenie higieniczno-sanitarne, wyposażone również w bidet;
- gabinety spełniały wymagania dotyczące instalacji określone w § 37 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁵;
- pacjentkom obu gabinetów zapewniono poczucie intymności i godności poprzez: nad drzwiami wejściowymi do gabinetów były wyświetlacze ze stałym napisem „Gabinet – Proszę czekać” (system w trakcie instalacji),

²⁴ Dalej: ewidencja KRDL.

²⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: *rozporządzenie ws. wymagań dla pomieszczeń i urządzeń*.

- okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych (żaluzje wewnętrzne), fotele ginekologiczne były umieszczone za parawanami;
- Poradnia spełniała także wymagania określone w *rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS*, tj. była wyposażona w zestawy do pobrania materiału do badań cytologicznych, detektory tętna płodu, aparaty ultrasonograficzne oraz kardiogramy.

Narzędzia i sprzęt wielokrotnego użycia, stosowane przy wykonywaniu badań i zabiegów w gabinetach, gromadzone były w szczelnych pojemnikach. Następnie podlegały zabiegom mycia i sterylizacji, przeprowadzanym przez podmiot zewnętrzny, na podstawie zawartej w tym zakresie umowy.

(akta kontroli str. 444-448, 455-470)

W wyniku oględzin gabinetu położnej POZ ustalono, że:

- gabinet był usytuowany w parterowym budynku, w którym udzielane były świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym dla dzieci;
- gabinet położnej spełniał warunki lokalowe oraz wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze, wynikające z *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ*²⁶ (załącznik nr 3 część III), poza wymogiem dotyczącym wyposażenia neseseru, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 444-445, 449-452)

1.8. W trakcie oględzin pomieszczeń Poradni i gabinetu położnej POZ stwierdzono, że w obu przypadkach, odpowiednio w samych gabinetach i poczekalni do gabinetu położnej POZ, znajdowały się materiały nawiązujące w swej treści do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 444-445)

1.9. W okresie objętym kontrolą weryfikacja przebiegu i warunków udzielania świadczeń medycznych w poradni ginekologiczno-położniczej i przez położne POZ odbywały się poprzez:

- audyty wewnętrzne poradni specjalistycznych – raz do roku;
- analizę dalszych skutków leczenia (tzw. follow up),
- rejestrację i analizę zdarzeń niepożądanych.

W wyniku audytu wewnętrznego przeprowadzonego w 2023 r. stwierdzono *jedną niezgodność w zakresie świadczeń wykonywanych w Poradni i dotyczyła ona nieskutecznego nadzoru nad sprzętem (niesprawna kozetka do badań kobiet ciężarnych w Poradni K uległa załamaniu w trakcie badania ciężarnej, upadek kobiety, bez urazów i konsekwencji zdrowotnych)*. Incydent został zgłoszony jako zdarzenie niepożądane oraz zakupiono nowy sprzęt. W pozostałym latach okresu objętego kontrolą audyty nie wykazały nieprawidłowości w funkcjonowaniu tych komórek.

W odniesieniu do prowadzonych w Centrum corocznych *analiz dalszych skutków leczenia* Prezes Zarządu wyjaśniła: *Analiza obejmuje wyniki monitorowania miejsca*

²⁶ Wybrane – odpowiednio do zakresu informacji zawartych w liście sprawdzającej nr 10 z programu kontroli, stanowiącej załącznik nr 1 do protokołu oględzin.

operowanego w ramach opieki pooperacyjnej kontynuowanej w Poradni dla Kobiet u pacjentek, u których wykonano zabieg operacyjny w warunkach szpitalnych w Oddziale ginekologiczno-położniczym tutejszego szpitala. Jedną z monitorowanych procedur medycznych jest poród przez cięcie cesarskie, a kontynuacja opieki nad kobietą w warunkach poszpitalnych wpisują się w ciągłość opieki okołoporodowej.

W ramach nadzoru nad kobietą po cięciu cesarskim w Poradni dla Kobiet wyznacza się terminy wizyt zgodnie z przyjętą częstotliwością i zakresem. Określa się również system powiadamiania i wzywania na kontrolę pacjentek nie zgłaszających się w wyznaczonych terminach.

Nadzór obejmuje również analizę ewentualnych powikłań po zabiegu, z których najczęstsze to infekcja lub krwiak rany pooperacyjnej. Przypadki te są objęte nadzorem Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (z uwagami i zaleceniem stosownych działań).

Analiza dalszych skutków leczenia (w Poradni K) zawiera końcowe wnioski i zalecenia, z których najczęściej formułowany jest problem zbyt niskiej zgłaszalności się kobiet po zabiegach operacyjnych, w tym po cięciu cesarskim, w przyszpitalnej Poradni K na wyznaczone wizyty kontrolne. Wprawdzie analiza zgłaszalności na wizyty kobiet po porodzie metodą cięcia cesarskiego, systematycznie i powoli wzrasta rok do roku, jednak w naszej ocenie nadal jest zbyt niska (11% pacjentek po cięciu cesarskim zgłosiło się w 2024 roku do Poradni K na wizyty kontrolne i jest to wzrost o 5% od ostatniego roku). Główną przyczyną powyższego są indywidualne decyzje kobiet po porodzie poprzez cięcie cesarskie, dotyczące zgłaszania się na wizyty kontrolne do prywatnych gabinetów lekarzy prowadzących ciążę i poród.

Powolny lecz zauważalny wzrost wskaźnika zgłaszalności jest możliwy dzięki intensywnym działaniom szpitala i zachęcaniu lekarzy i pacjentek do przekazywania udokumentowanych wyników wizyty kontrolnej w prywatnym gabinecie lekarza, m.in. opracowano i przekazano lekarzom do ich gabinetów krótki formularz dotyczący oceny stanu pacjentki celem zwrotnego przekazania do szpitala.

(akta kontroli str. 346-398)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Pomiędzy czasem pracy Poradni ustalonym w umowie z NFZ i godzinami faktycznego jej funkcjonowania stwierdzono rozbieżności, świadczące o nierzetelności w zakresie aktualizacji danych o dostępności do udzielanych świadczeń. Tym samym naruszono przepis § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

W wybranych do szczegółowej analizy miesiącach Centrum nie zapewniło dostępności Poradni w godzinach zadeklarowanych w harmonogramach do umów z NFZ w następujących okresach: luty i sierpień 2023 r. (w środy zadeklarowano udzielanie świadczeń do godz. 18:00, a według grafików personelu, Poradnia była czynna od 8:00 do 14:30).

Czas pracy w Poradni nie były zgodny z czasem ustalonym w umowie z NFZ, co stwierdzono z kolei w dniu oględzin (26 września 2025 r.). Według harmonogramu do umowy z NFZ świadczenia w Poradni miały być udzielane (od 1 stycznia 2025 r.) w godzinach: poniedziałek od 8:00 do 14:00, wtorek od 9:00 do 13:00; środa od 10:00 do 14:00; czwartek od 9:00 do 14:30; piątek od 9:00 do 14:00. Tymczasem w budynku Poradni widniała informacja o godzinach pracy

Poradni: poniedziałek od 8:00 do 16:00; wtorek, środa, czwartek i piątek od 8:00 do 14:00.

(akta kontroli str. 200-237, 296-339, 456)

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Zgodnie z § 83 Regulaminu organizacyjnego Centrum Zdrowia w Mikołowie, godziny pracy poradni ustalane są według harmonogramu, przy czym najczęściej poradnie funkcjonują nie krócej niż trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych. Powyższy zapis ma charakter ogólny i odnosi się do wszystkich poradni działających w strukturach Centrum. Poradnia ginekologiczno-położnicza funkcjonuje zgodnie z indywidualnym harmonogramem, który został uwzględniony w załącznikach „Harmonogram-Zasoby” do umowy z NFZ. Ewentualne różnice w dostępności świadczeń wynikają z organizacji czasu pracy położnej, który – zgodnie z obowiązującymi zasadami – nie podlega zgłoszeniu w harmonogramie przekazywanym do NFZ.*

(akta kontroli str. 584-586)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że przepis § 9 ust. 1 załącznika do *rozporządzenia w sprawie OWU* jednoznacznie określa, że świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem. Tym bardziej, że informacje o godzinach pracy Poradni, podane w załączniku do umowy z NFZ, są udostępniane m.in. na stronie internetowej Śląskiego Oddziału NFZ (www.nfz-katowice.pl), wyszukiwarka „Gdzie się leczyć?” pod adresem <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>, co ma służyć odpowiedniemu informowaniu pacjentów o dostępności do świadczeń.

(akta kontroli str. 53, 128, 220, 296-339)

2. W dniu oględzin (26 września 2025 r.) nie zapewniono kompletnego wyposażenia gabinetu położnej POZ, spełniającego wymagania ust. 4 części III załącznika nr 3 do *rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych POZ*. Stwierdzono bowiem, że nesesor położnej POZ nie zawierał mankietu dla dzieci do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, tj. elementu wymaganego przepisem ust. 4 pkt 2 lit. c części III. ww. załącznika.

Ponadto, podczas ww. oględzin przeprowadzonych w gabinecie położnej POZ stwierdzono, że na jego wyposażeniu był skompletowany (choć nie w pełni) wyłącznie jeden *neseser położnej z wyposażeniem*. Tymczasem w całym okresie objętym kontrolą Centrum wykazywało w załączniku do umowy z NFZ pn. „Harmonogram – zasoby”, dwie sztuki takiego sprzętu.

Tym samym naruszono § 3 ust. 1 załącznika do *rozporządzenia w sprawie OWU*.

(akta kontroli str. 246-295, 444-445, 450-452)

Prezes Zarządu wyjaśniła: *W torbie położnej środowiskowej nie znajduje się osobny mankiety do pomiaru ciśnienia tętniczego u noworodków, ponieważ pomiary te wykonywane są w warunkach gabinetowych – w gabinecie położnej i gabinecie stacjonarnym gdzie sprzęt jest dostępny i odpowiednio skalibrowany. Z uwagi na sporadyczne przypadki konieczności wykonywania pomiarów ciśnienia u noworodków w środowisku, a także zapewnienie właściwych warunków higienicznych i nadzoru nad sprzętem, aparat z kompletem mankiety znajduje się*

w gabinecie stacjonarnym. W razie potrzeby położna środowiskowa ma możliwość do czasowego pobrania sprzętu z gabinetu.

W dalszej części wyjaśnień Prezes Zarządu potwierdziła, że: *W dokumentacji wykazane zostały dwa nesesery położnej rodzinnej (...). Wskazała ponadto, że (...) użytkowany jest tylko jeden neseser położnej, natomiast drugi pozostaje w ewidencji jako zapasowy – rezerwowy, na wypadek uszkodzenia, zużycia sprzętu lub zapewnienia zastępstwa w przypadku nieobecności osoby zatrudnionej.*

W trakcie oględzin nie okazano do kontroli drugiego neseseru położnej POZ, pomimo wyrażonej prośby przez kontrolującą.

(akta kontroli str. 444-445, 450-452, 587-589)

NIK nie podziela prezentowanego powyżej stanowiska dotyczącego braku mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi u dzieci, z uwagi na fakt, iż spis wymaganego wyposażenia w neseserze położnej POZ wskazany został enumeratywnie w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ, niezależnie od wyposażenia samego gabinetu.

NIK nie uwzględniła również dalszych wyjaśnień, bowiem w całym okresie objętym kontrolą w załączniku do umowy z NFZ pn. „Harmonogram – zasoby”, Centrum wykazywało dwie sztuki neseseru położnej z wyposażeniem i nie skorygowało tego zapisu. Ponadto w tym samym załączniku, w części dotyczącej personelu, wykazywano dwie położne, a zatem świadczeniodawca winien zapewnić nesesery w liczbie odpowiadającej liczbie położnych udzielających jednocześnie świadczeń w domu świadczeniobiorcy, tj. odpowiednio do wymogu ust. 4 pkt 2 ww. załącznika.

3. Podczas oględzin przeprowadzonych w pomieszczeniach gabinetu położnej POZ i Poradni stwierdzono, że umieszczono w nich broszury wskazujące producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. W przypadku gabinetu położnej POZ materiały reklamowe znajdowały się w poczekalni dla pacjentów, usytuowanej bezpośrednio przy gabinecie. Ulotki (wskazujące jednego producenta) dotyczyły preparatów do początkowego żywienia niemowląt od 1. dnia po porodzie. Z kolei w gabinecie ginekologiczno-położniczym w Poradni umieszczone były materiały pt. „Jak wspierać odporność i rozwój maluszka” (wskazujące tego samego producenta), a broszura ta zawierała informacje o sztucznym pokarmie do dokarmiania dzieci.

Powyższe naruszało *Standard opieki okołoporodowej* (ust. 3 pkt 10 w Części XIII.), zgodnie z którym w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami, nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

(akta kontroli str. 444-445, 454, 463)

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Na terenie naszych poczekalni oraz w gabinetach znajduje się wiele materiałów informacyjnych dla pacjentek w zakresie: szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, instrukcji samobadania piersi, zdrowego stylu życia, zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej. Pacjentki mogą pobrać informatory Ministerstwa Zdrowia na temat karmienia piersią, broszury z ilustrowanymi pozycjami do karmienia piersią oraz poradniki laktacyjne. Biorąc pod uwagę sytuację poporodową wszystkich pacjentek, także tych, które z różnych*

przyczyn np. zdrowotnych nie mogą karmić piersią dostępne są też poradniki firmy (...), które po zeskanowaniu kodu QR dostarczają informacji na temat cięcia cesarskiego, udzielania pierwszej pomocy dziecku/niemowlęciu, budowania odporności dziecka oraz rozszerzania diety. Szanujemy każdą decyzję pacjentki, oraz wspieramy ją na każdym etapie macierzyństwa.

(akta kontroli str. 587-589)

Powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla stwierdzonej nieprawidłowości. Zdaniem NIK, udostępnienie określonych materiałów informacyjnych powinno być poprzedzone analizą pod kątem dopuszczalności umieszczenia ich w pomieszczeniach w podmiocie leczniczym sprawującym opiekę nad kobietami w ciąży i po porodzie.

OCENA CZĄSTKOWA

Centrum posiadało aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz zapewniło warunki lokalowe niezbędne do udzielania świadczeń. Personel medyczny, uczestniczący w sprawowaniu opieki okołoporodowej w Poradni i gabinecie położnej POZ, spełniał wymogi dotyczące kwalifikacji. Kontrola wykazała jednakże braki w wyposażeniu wymaganym przepisami do udzielania świadczeń gwarantowanych przez położne POZ. Wystąpiły rozbieżności pomiędzy zadeklarowanymi w umowie z NFZ i faktycznymi godzinami dostępności świadczeń w Poradni. Dopuszczono do umieszczenia w miejscach przebywania pacjentek, zarówno w Poradni, jak i w gabinecie położnej POZ, materiałów dotyczących preparatów do początkowego żywienia niemowląt zawierających treści reklamowe.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1. W sprawie prowadzenia szkoły rodzenia Prezes Zarządu wyjaśniła, że w Centrum: *Szkoła Rodzenia Hebama funkcjonuje na zasadzie działalności gospodarczej, a Centrum Zdrowia w Mikołowie współpracuje z ww. firmą, wynajmując swoje pomieszczenia od 2023 roku w celu prowadzenia zajęć dydaktycznych, dedykowanych kobietom w okresie okołoporodowym oraz ich partnerom.*

W latach 2023-2025 w kursie szkoły rodzenia wzięło udział, odpowiednio: 58, 79 i 46 pacjentek²⁷. Cykl jednego kursu obejmował sześć spotkań (cztery z położnymi i dwa z fizjoterapeutkami) dla 10 par. Ceny jednego kursu w tym okresie kształtowały się na poziomie od 500 zł do 600 zł.

²⁷ Według stanu na 28 lipca 2025 r.

Tematyka zajęć:

a) Poród:

- Jak przygotować się do porodu?
- Rola osoby towarzyszącej.
- Symptomy zbliżającego się porodu.
- Kiedy jechać do szpitala?
- I okres porodu, II okres porodu, III okres porodu, IV okres porodu.
- Jak radzić sobie z bólem porodowym – metody łagodzenia bólu porodowego.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe.
- Pozycje wertykalne, pozycje porodowe.
- Wsparcie i przygotowanie osoby towarzyszącej.
- Poród do wody.
- Cięcie cesarskie nagłe i elektywne.
- Kontakt STS („skóra do skóry”).
- Kangurowanie.
- Standardy opieki okołoporodowej.
- Plan porodu.

b) Połóg:

- Definicja połogu.
- Farmakoterapia w trakcie połogu.
- Powrót organizmu do stanu sprzed ciąży – odchody połogowe, charakterystyka i na co zwrócić uwagę.
- Co nas może zaskoczyć w połogu?
- Wyprawka połogowa oraz szpitalna.
- Opieka nad położnicą w połogu.
- Połóg, a psychika – baby blues, depresja poporodowa, psychoza poporodowa, wsparcie w trakcie połogu.

c) Pielęgnacja noworodka:

- Kontakt STS (kolonizacja, strefa emocjonalna, inicjacja karmienia piersią).
- Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu (po 2h, pomiary, oznakowanie w kontakcie STS).
- Działania profilaktyczne u noworodka po przyjęciu do oddziału noworodkowego (kontrola wagi, zabiegi i szczepienia ochronne, omówienie dokumentacji).
- Pielęgnacja noworodka skupiona na skórze, omówienie budowy i funkcji skóry.
- Pielęgnacja okolicy pieluszkowej.
- Postępowanie przy odparzeniach i zmianach w okolicy pieluszkowej.
- Pielęgnacja kikuta pępowinowego.
- Postępowanie ze skórą przesuszoną u dziecka z ciąży przenoszonej.
- Toaleta twarzy.
- Kąpiel noworodka.
- Omówienie stanów przejściowych fizjologicznych u noworodka.

d) Laktacja:

- Zalety karmienia piersią dla dziecka i matki.
- Sekret udanej laktacji.
- Rola kontaktu STS, inicjacja pierwszego karmienia, hormony.

- Skład pokarmu i jego zmiany.
- Aktywność karmieniowa noworodka po urodzeniu i w pierwszych dniach życia.
- Wskaźniki skutecznego karmienia.
- Sztuka karmienia - właściwe przystawianie do piersi, pozycje karmieniowe.
- Problemy laktacyjne.
- Odżywiania matki karmiącej.
- Przechowywanie pokarmu.

Zajęcia w szkole rodzenia prowadzone były przez położne, edukatorki laktacyjne, fizjoterapeutkę uroginekologiczną oraz dziecięcą. Odbywa się też spotkanie z ratownikiem medycznym oraz na życzenie – spotkanie z przedstawicielem banku komórek macierzystych.

(akta kontroli str. 346-351, 593)

Program edukacji przedporodowej prowadzonej w Centrum został ujęty w *Standardzie postępowania w okresie fizjologicznej ciąży* (opisanym w pkt 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

Prezesa Zarządu wyjaśniła ponadto, że: *Edukacja przedporodowa w CZM realizowana jest przez położne POZ podczas wizyt pacjentek w Poradni dla Kobiet, przez położne Bloku Porodowego w trakcie organizowanych cyklicznie Dni Otwartych, podczas których przyszłe mamy mają możliwość zapoznania się z organizacją Sali Porodowej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Noworodkowego. (...) Przed każdą wizytą w gabinecie lekarskim, podczas wprowadzania przez położne danych medycznych do kart ciąży, ciężarne mają czas na zadawanie pytań i swobodną rozmowę a położne starają się rozwiązać wszelkie wątpliwości. Każda pacjentka poradni może liczyć na pomoc i wsparcie merytoryczne. Opisy tych porad nie są wprowadzane do systemu oraz nie są rozliczane w ramach NFZ (...).*

(akta kontroli str. 591-594)

2.2. Na podstawie dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które w latach 2022-2025 były objęte opieką Poradni przez cały okres ciąży²⁸, stwierdzono, że zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, nie w pełni odpowiadał wymogom określonym w *Standardzie opieki okołoporodowej*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 606-613)

2.3. W sprawie informowania pacjentek o możliwości skorzystania z badań prenatalnych Prezes Zarządu wyjaśniła: *O możliwości skorzystania z badań prenatalnych pacjentki informowane były ustnie podczas rozmowy z lekarzem. Przyczyny skierowania na badania prenatalne wynikały z oceny ryzyka ciążowego, określonego w wywiadzie położniczym (...) najczęściej to wiek matki (powyżej 35 lat).*

²⁸ Próba do badania dokumentacji 30 pacjentek dotyczyła pięciu pacjentek z 2022 r., siedmiu z 2023 r., pięciu z 2024 r. i 13 pacjentek, których ciąży zakończyły się w I półroczu 2025 r.

Na podstawie badania próby dokumentacji medycznej 30 pacjentek ustalono, że w 16 przypadkach wystawiono skierowanie na wykonanie badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie, a pacjentki kierowane były na ich wykonanie na terenie Katowic (tj. w odległości ok. 15 km od Centrum).

(akta kontroli str. 609, 641-644)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *Każda pacjentka po wykonanym badaniu prenatalnym szczegółowo omawia go z lekarzem prowadzącym. W przypadku wykrycia nieprawidłowości ciężarna jest kierowana na dodatkowe badania diagnostyczne np. amniopunkcję, echokardiografię serca płodu.*

(akta kontroli str. 645)

2.4. Lekarze prowadzący ciężę pacjentek w Placówce informowali je ustnie o możliwości korzystania z opieki położnych POZ. Spośród 30 pacjentek, których dokumentacja objęta była szczegółową analizą, 24 kobiety skorzystały z opieki położnej POZ w Centrum.

(akta kontroli str. 643, 655-666)

2.5. W sprawie sposobu prowadzenia w Poradni dokumentacji medycznej pacjentek Prezes Zarządu wyjaśniła, że dokumentacja ta prowadzona jest w postaci elektronicznej – w okresie objętym kontrolą – w dwóch systemach informatycznych. Wyjaśniła ponadto: *Od momentu wdrożenia systemu informatycznego AMMS wszystkie elementy dokumentacji indywidualnej pacjentek, które wymagają formy elektronicznej są prowadzone w tej formie (posiadają podpis elektroniczny za pomocą certyfikatu ZUS). Jedyne dokumenty wymagające bezpośredniej interakcji z pacjentką np. zgody na świadczenia medyczne, funkcjonują jeszcze w formie papierowej ze względu na warunki organizacyjno-techniczne, które uniemożliwiają zastosowanie postaci elektronicznej. Obecnie trwają prace wdrożeniowe związane z oczekiwaniami na finalizację projektu unijnego, dzięki któremu będzie możliwość m.in zakupu tabletów dla całego podmiotu leczniczego i tym samym zbierania podpisów od pacjentów. Dzięki temu cała dokumentacja medyczna przyjmie postać elektroniczną.*

Wyjątkiem jest dokumentacja medyczna prowadzona przez jednego lekarza (dr Tomasz Jaworski), którego pacjentki posiadały dokumentację w formie papierowej do momentu odejścia lekarza z pracy (październik 2024 r.).

W badanej próbie dokumentacja medyczna (*historia zdrowia i choroby*) 22 pacjentek prowadzona była papierowo (opisy wizyt, wyniki badań diagnostycznych) oraz częściowo elektronicznie (do danego systemu informatycznego wprowadzono informacje o liczbie i rodzaju wykonanych procedur/porad wymaganych do rozliczenia z NFZ), a ośmiu – w całości elektronicznie. Analiza dokumentacji medycznej prowadzonej papierowo wykazała nierzetelne jej prowadzenie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Centrum nie wprowadzono własnego wzoru *karty przebiegu ciąży*. Jak wyjaśniła Prezes Zarządu: *Karty przebiegu ciąży są wykorzystywane ze wzorów opracowanych przez firmy zewnętrzne oferujące suplementy dla kobiet ciężarnych (...) i są to wzory stosowane przez lekarzy w naszym podmiocie leczniczym.*

Przedstawiony w trakcie kontroli, obecnie stosowany formularz *karty przebiegu ciąży*, zawierał rubryki do zamieszczenia w nich danych, o których mowa

w § 39 rozporządzenia w sprawie. dokumentacji medycznej. Formularz zawierał również osobny druk *oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji*.

W Poradni nie przechowywano kopii wypełnionych *kart przebiegu ciąży*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 644, 651-656)

2.6. W sprawie ustalania *planu opieki przedporodowej i planu porodu* Prezes Zarządu poinformowała: *Plany opieki przedporodowej oraz plany porodów były ustalane dla kobiet ciężarnych. Plan opieki przedporodowej zawiera m.in. skierowanie na odpowiednie badania tj. krwi, moczu w odpowiednim tygodniu ciąży (...). Wszystkie pacjentki ciężarne miały utworzone plan porodu, omawiany z lekarzem. Plan porodu obejmował wymagane elementy postępowania medycznego. Plany porodów były modyfikowane najczęściej, gdy w trakcie ciąży pojawiały się wskazania do rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie.*

W przedstawionej do kontroli dokumentacji medycznej wszystkich 30 pacjentek Poradni brak było wzmianek/potwierdzenia o sporządzeniu *planu opieki przedporodowej oraz planu porodu*, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 641-644)

2.7. Opiekę nad pacjentką w położu i noworodkiem sprawowała położna POZ według *Indywidualnego planu opieki nad położnicą i noworodkiem*, przy czym w próbie 24 przypadków sprawowania takiej opieki w okresie objętym kontrolą, w 10 przypadkach nie opracowano takiego dokumentu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Wizyty patronażowe przeprowadzono u wszystkich 24 pacjentek i noworodków objętych próbą kontrolną, w tym w 11 przypadkach były to cztery wizyty, a w trzech – pięć wizyt. W sprawie przeprowadzenia mniej niż czterech wizyt patronażowych²⁹ u pozostałych pacjentek, Prezes Zarządu wyjaśniła: *Część wizyt była skrócona z przyczyn niezależnych od położnej – np. z uwagi na nieobecność pacjentki, brak zgody na kolejne wizyty lub pobyt matki dziecka w szpitalu.*

Na podstawie próby ustalono również, w dokumentacji z wizyt u pacjentek i noworodków nie odnotowano przeprowadzenia szeregu świadczeń pielęgnacyjnych i diagnostycznych, działań edukacyjnych i porad, do przeprowadzenia których położne były zobligowane, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 655-681-684)

2.8. W zakresie problemów jakie napotyka Centrum w sprawowaniu opieki okołoporodowej, Prezes Zarządu wskazała na utrzymujące się w społeczeństwie przekonanie, że to wyłącznie lekarz powinien sprawować opiekę nad kobietą w ciąży. Jej zdaniem: *Brakuje szeroko zakrojonych działań informacyjnych ze strony*

²⁹ Dotyczyło to 10 pacjentek z próby, oznaczonych: 37. Mad (2 wizyty), 25. Han (3 wizyty), 121. Gaw (3 wizyty), 48. Mni (3 wizyty), 54. Ogr (3 wizyty), 3. Kov (1 wizyta), 7. Sko (2 wizyty), 80. Gog (3 wizyty), 101. Syr (3 wizyty), 108. Wój (3 wizyty).

instytucji centralnych, mających na celu promocję roli położnej (...). Zwróciła również uwagę na: (...) bagatelizowanie potrzeb pacjentek ciężarnych, które zostały skierowane do

- *poradni specjalistycznych w celu konsultacji lub leczenia,*
 - *leczenia stomatologicznego,*
 - *wykonania szczepień ochronnych,*
- w sytuacjach, gdy nie posiadają one pisemnego zaświadczenia od lekarza prowadzącego ciążę. Praktyka ta może prowadzić do opóźnień w udzielaniu świadczeń oraz obniżenia standardu opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną.*

(akta kontroli str. 590, 593-594)

Z kolei wśród najistotniejszych problemów, dostrzeżonych przez lekarzy i położne Centrum, były:

- długie oczekiwanie pacjentek w ciąży na świadczenia specjalistyczne, mimo prawa do korzystania z nich poza kolejnością,
- problemy z kwalifikacją oraz wykonaniem szczepień ochronnych u kobiet w ciąży w ramach POZ,
- trudności w uzyskaniu przez pacjentki leczenia infekcji (np. górnych dróg oddechowych) u lekarzy POZ, co skutkuje nadmiarowymi wizytami w poradni ginekologiczno-położniczej,
- duża ilość wpisów w dokumentacji medycznej, trudna do wykonania w przypadku braku asystenta medycznego,
- nieinformowanie Poradni o rezygnacji przez pacjentkę z zaplanowanej wizyty.

(akta kontroli str. 595-605)

2.9. W okresie objętym kontrolą na działalność Centrum w zakresie realizacji świadczeń opieki okołoporodowej w Poradni i przez położne POZ nie wpłynęły skargi.

(akta kontroli str. 575, 579)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wynikający z dokumentacji medycznej zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży objętych opieką Poradni, nie odpowiadał niektórym wymogom wskazanym w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Na podstawie próby (określonej w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia) stwierdzono przypadki braku udokumentowania i wykonania pełnego zakresu badań i działań wobec kobiet w ciąży, przewidzianych w Części II. *Standardu opieki okołoporodowej*, tj.:

- spośród 22 pacjentek, które odbyły pierwszą wizytę w poradni do 10. tygodnia ciąży, w 12 przypadkach nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; tylko w jednym przypadku przeprowadzono badanie gruczołów sutkowych; we wszystkich przypadkach nie określono wzrostu pacjentki; w 14 przypadkach nie podano masy ciała; w dwudziestu przypadkach nie określono wskaźnika BMI; w 16 przypadkach brak było potwierdzenia propagowania zdrowego stylu życia; w 14 przypadkach brak

było informacji o zebraniu danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek; nie określono grupy krwi (1 przypadek); nie przeprowadzono badania cytologicznego (4 przypadki); nie zalecono kontroli stomatologicznej u 20 pacjentek; w jednym przypadku nie zlecono wykonania badania HIV i HCV, również w jednym przypadku – badania w kierunku toksoplazmozy, w ośmiu – badania w kierunku różyczki a w czterech nie zlecono oznaczenia TSH;

- spośród 26 pacjentek, które odbyły wizytę w Poradni w okresie od 11. do 14. tygodnia ciąży, w dokumentacji medycznej 12 pacjentek nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; w 16 przypadkach nie określono masy ciała; w 24 przypadkach nie dokonano oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji; w 20 przypadkach nie przeprowadzono propagowania zdrowego stylu życia;
- spośród 27 pacjentek, które zgłosiły się do Poradni w okresie od 15. do 20. tygodnia ciąży, u 13 nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; u 19 nie podano masy ciała; w 26 przypadkach nie było oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji; u 21 pacjentek nie propagowano zdrowego stylu życia; w dwóch przypadkach nie przeprowadzono badania morfologii a w jednym – badania ogólnego moczu;
- w dokumentacji żadnej z 30 pacjentek, które odbyły wizytę w okresie od 21. do 26. tygodnia ciąży, nie odnotowano rozpoczęcia edukacji przedporodowej; w 12 przypadkach nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; w 22 przypadkach nie podano masy ciała; w 27 przypadkach brak było oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji; w przypadku 23 pacjentek nie było wzmianki o propagowaniu zdrowego stylu życia; w trzech przypadkach nie zlecono badania stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy;
- spośród 30 pacjentek, które zgłosiły się do Poradni w okresie od 27. do 32 tygodnia ciąży, u 14 nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; w 23 przypadkach nie podano masy ciała; w 21 – brak było potwierdzenia propagowania zdrowego stylu życia; w dwóch przypadkach nie zlecono wykonania morfologii krwi a w jednym – badania ogólnego moczu;
- w dokumentacji żadnej z 30 pacjentek, które odbyły wizytę w okresie od 33. do 37. tygodnia ciąży, nie odnotowano badania gruczołów sutkowych, a w 29 przypadkach – oceny wymiarów miednicy; w 23 przypadkach nie podano masy ciała; w dziewięciu – wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; w dwóch przypadkach nie zlecono wykonania badania antygenu HBS, w jednym – badania HIV, w dwóch – badania na posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących; u 28 pacjentek nie było oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji a u 23 – wzmianki o propagowaniu zdrowego stylu życia;
- spośród 17 pacjentek, które zgłosiły się w Poradni w okresie od 38. do 39. tygodnia ciąży, u sześciu nie podano wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; u dziesięciu nie określono masy ciała; u pięciu nie zlecono badania

ogólnego moczu a u czterech – badania morfologii krwi; u dziesięciu pacjentek nie odnotowano propagowania zdrowego stylu życia;

- spośród trzech pacjentek, które odbyły wizytę w Poradni w/po 40. tygodniu ciąży, u jednej brak było pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz nie podano masy ciała, u kolejnej – nie wykonano badania KTG.

(akta kontroli str. 606-613)

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Wyniki badań i pomiarów parametrów fizjologicznych są wpisywane do karty przebiegu ciąży, która stanowi zintegrowaną część dokumentacji medycznej pacjentki. Nie kopiuje się wszystkich wpisów do innych formularzy dokumentacji medycznej. Pacjentka dostaje dodatkowe zalecenia w formie pisemnej np. zalecenie kontroli stomatologicznej lub badania piersi (w niektórych przypadkach skierowanie na badanie usg piersi). Wyniki badań (grupa krwi, badanie cytologiczne, HIV, HCV, toksoplazmoza, TSH, glukoza) są wpisywane w karcie przebiegu ciąży. Oryginał (lub kopia) oznaczenia grupy krwi jest dołączany do karty ciąży. Wyniki badań, testów - zawsze lekarz omawia z pacjentką. Pacjentki z nieprawidłowym testem OGTT są kierowane do poradni diabetologicznej i mają szczegółowe zalecenia wydane przez diabetologa.*

(akta kontroli str. 641-644, 646)

W odniesieniu do przywołanych powyżej wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że zgodnie ze *Standardem* podmiot udzielający świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej winien zapewnić ciężarnym świadczenia, badania oraz procedury medyczne w przewidzianym dla danego okresu ciąży czasie. Ponadto w myśl § 2 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*, dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią m.in. *historia zdrowia i choroby* oraz *wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem* (pkt 1 i 20). Zaś zgodnie z § 4 ust. 1 tego rozporządzenia, wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych. Brak udokumentowania udzielenia określonych porad i świadczeń w dokumentacji medycznej uniemożliwia ocenę realizacji działań podejmowanych przez personel medyczny.

2. Dokumentacja medyczna pacjentek objętych opieką okołoporodową była prowadzona nierzetelnie, a także niezgodnie ze *Standardem opieki okołoporodowej* oraz z *rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej* bowiem:

- dokumentacja prowadzona w wersji papierowej zawierała często wpisy nieczytelne, składała się z wielu „dopinanych” lub luźno ułożonych kartek, zawierających zarówno opisy wizyt, jak i wyniki badań diagnostycznych. Kartki były nienumerowane i nie zawsze ułożone chronologicznie.

Powyższe stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.

Jak wyjaśniła Prezes Zarządu: *W okresie objętym kontrolą Centrum Zdrowia przechodziło na nowy system elektronicznej dokumentacji medycznej z tego względu część wizyt oraz wyników była prowadzona była w formie papierowej oraz elektronicznej. Występujące przypadki nieczytelnych lub niechronologicznych wpisów w dokumentacji pacjentek ciężarnych wynikają głównie z łączenia dokumentów*

pochodzących z różnych źródeł np.: wyniki z laboratoriów zewnętrznych, zdjęcia USG, opisy badań prenatalnych i inne.

– w wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentek objętych próbą kontrolną, we wszystkich 30 przypadkach nie znajdowały się kopie *kart przebiegu ciąży* oraz kopie *planów opieki przedporodowej* i *planów porodów*, pomimo że w § 2 ust. 5 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej* wskazano, że w przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej, załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Karta przebiegu ciąży nie jest wprowadzana do elektronicznej dokumentacji medycznej Poradni. (...)*

Plan opieki przedporodowej przekazywany jest pacjentkom podczas wizyt w formie ustnej i oparty jest o schemat postępowania zgodnie z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej. Nie posiadamy pisemnego formularza planu opieki okołoporodowej, dlatego też nie jest on uwzględniony jako część dokumentacji.

Plan porodu omawiany jest indywidualnie z pacjentką podczas wizyty oraz modyfikowany na podstawie zaistniałej sytuacji położniczej (...). Oryginał dokumentu trafia do pacjentki, która przedstawia go na Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej podczas przyjęcia do porodu. (...)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień należy zauważyć, że obowiązujący w Placówce *Standard postępowania w okresie fizjologicznej ciąży* przewidywał opracowanie wszystkich trzech ww. dokumentów. W pkt 3 tego opracowania określono bowiem: *Plan opieki prenatalnej³⁰ i Plan porodu oraz Karta ciąży są integralną częścią dokumentacji medycznej. Pacjentka otrzymuje kopię Planu opieki prenatalnej oraz Planu porodu (pkt 4 ww. standardu).*

Brak powyższych dokumentów uniemożliwił ocenę rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek w ciąży.

(akta kontroli str. 409-420, 473-474, 609, 645-646)

3. W przypadku 10 pacjentek, spośród 24, których dokumentację medyczną objęto szczegółową analizą w zakresie sprawowania przez położne POZ opieki nad pacjentką w porożu i noworodkiem, nie opracowano *Indywidualnego planu opieki nad położnicą i noworodkiem*. Było to niezgodne ze *Standardem opieki okołoporodowej* (ust. 6 Części XIV. Położ) oraz uregulowaniami obowiązującego w Centrum *Standardu opieki nad kobietą w porożu*.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *W odniesieniu do kwestii opracowania indywidualnych planów opieki (...) – czynności te były wykonywane w sposób dostosowany do sytuacji pacjentki, jednak nie zostały każdorazowo udokumentowane w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 433-434, 683)

4. W dokumentacji medycznej z wizyt patronażowych przeprowadzonych u 24 pacjentek i noworodków, stwierdzono brak odnotowania i/lub wykonania

³⁰ Nazwa własna dokumentu, którego treść odnosi się do świadczeń profilaktycznych i badań diagnostycznych przewidzianych w okresie opieki przedporodowej, odpowiednio do działań przewidzianych w *Standardzie opieki okołoporodowej*.

szeregu elementów opieki nad położnicą i jej dzieckiem, wymaganych *Standardem opieki okołoporodowej* (część XIV. Połóg), tj.:

- u 13 pacjentek nie przeprowadzono oceny higieny ciała,
- u sześciu pacjentek nie przeprowadzono oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej,
- u 22 pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących porad na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji,
- u 19 pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących zachęcania pacjentki do karmienia naturalnego, porad laktacyjnych, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania itd., a u dwóch pacjentek przeprowadzono te działania częściowo,
- w odniesieniu do działań edukacyjnych dotyczących instruktażu w zakresie czynności higienicznych noworodka, w tym techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka - w dwóch przypadkach czynności tych nie prowadzono w ogóle, a w 20 przypadkach czynności te ograniczono do pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka,
- u 23 pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia,
- u pięciu pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących minimalizowania i radzenia sobie ze stresem,
- u 23 pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących wpływu palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki itd. (kolumna 27 zestawienia z analizy). Działania te wykonano częściowo u jednej pacjentki;
- u 24 pacjentek nie prowadzono działań edukacyjnych dotyczących motywowania do prowadzenia gimnastyki oraz instruktażu odnośnie do kinezyterapii w położu, a także oceny możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej,
- u 19 pacjentek nie dokonano oceny, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka,
- u dwóch pacjentek nie było działań położnej w zakresie zwracania uwagi na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interweniowania w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości,
- w przypadku trzech pacjentek nie poinformowano ich o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka,
- w przypadku trzech pacjentek nie było działania położnej w zakresie udzielania osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w położu i przygotowania do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy.

W dokumentacji medycznej dotyczącej noworodków nie było potwierdzenia przeprowadzenia:

- oceny czynności serca u 19 noworodków,
- oceny obecności odruchów noworodkowych w 2 przypadkach,
- oceny sposobu zapewnienia higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie) w 21 przypadkach.

(akta kontroli str. 655-678)

Prezes Zarządu wyjaśniła: *W analizowanym okresie położna realizowała wizyty patronażowe zgodnie z obowiązującymi standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej. W analizowanych przypadkach działania edukacyjne, profilaktyczne oraz oceny stanu matki i dziecka były faktycznie przeprowadzane, jednak nie zawsze zostały w pełni odnotowane w dokumentacji medycznej. Dotyczy to w szczególności elementów takich jak: ocena higieny ciała, stanu psychicznego położnicy, stosowanie się do zaleceń położnej, edukacja w zakresie karmienia naturalnego, pielęgnacji noworodka, zdrowego stylu życia czy wpływu używek na zdrowie matki i dziecka.*

Nieprawidłowości, na które zwrócono uwagę, miały głównie charakter dokumentacyjny, a nie merytoryczny. Położna w większości przypadków przekazywała niezbędne informacje i zalecenia ustnie podczas wizyt, jednak z powodu ograniczonego czasu oraz zróżnicowanych potrzeb poszczególnych rodzin nie zawsze odnotowywano wszystkie działania w sposób formalny. (...).

W odniesieniu do kwestii opracowania indywidualnych planów opieki, informowania o konieczności wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu połogu, oceny czynności i odruchów noworodka oraz oceny relacji rodzinnych – czynności te były wykonywane w sposób dostosowany do sytuacji pacjentki, jednak nie zostały każdorazowo udokumentowane w dokumentacji medycznej.

W celu poprawy jakości dokumentowania wdrożono działania naprawcze, w tym:

- ujednoczenie formularzy wizyt patronażowych,*
- wprowadzenie obowiązku szczegółowego odnotowywania wszystkich działań edukacyjnych i ocen,*
- przypomnienie położnym o konieczności poruszania tematów dotyczących zdrowego stylu życia, radzenia sobie ze stresem oraz wsparcia emocjonalnego po porodzie,*
- zaplanowanie szkoleń wewnętrznych w zakresie standaryzacji dokumentacji opieki okołoporodowej.*

Podsumowując, pragnę podkreślić, iż położna kieruje się zawsze dobrem pacjentek i ich dzieci, a ewentualne uchybienia dotyczyły głównie formy zapisu czynności, a nie braku ich faktycznego wykonania.

(akta kontroli str. 681-684)

Odnosząc się do ww. wyjaśnień, dotyczących nieprawidłowości opisanych w pkt 3 i 4, NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 9 ust. 2 Zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Ponadto, odpowiednio do treści ust. 5 w części XIV. Standardu opieki okołoporodowej, ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4, jest odnotowana w dokumentacji medycznej.

Biorąc pod uwagę podjęcie, wymienionych w wyjaśnieniach, działań służących wyeliminowaniu stwierdzonych nieprawidłowości w sprawowaniu i dokumentowaniu opieki okołoporodowej przez położne POZ, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom Poradni w okresie okołoporodowym w większości skontrolowanych przypadków zapewniono opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym *Standardem opieki okołoporodowej*, jednakże w niektórych przypadkach stwierdzono brak wykonania przewidzianych *Standardem* badań i procedur medycznych. Ponadto dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, pacjentek gabinetu położnej POZ i noworodków nie zawierała części wymaganych przepisami elementów oraz – jak wynika z wyjaśnień – nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielono.

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:

1. Zapewnienia pacjentkom pełnego zakresu świadczeń przewidzianych w *Standardzie opieki okołoporodowej*.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, z uwzględnieniem wszystkich informacji o świadczeniach, których im udzielono.

Wnioski NIK wnioskuje o:

1. Zapewnienie właściwego wyposażenia gabinetu położnej POZ.
2. Nieumieszczanie w miejscach sprawowania opieki okołoporodowej materiałów dotyczących preparatów do początkowego żywienia niemowląt zawierających treści reklamowe.
3. Doprowadzenie do zgodności, zadeklarowanego w umowie z NFZ, harmonogramu dostępności do świadczeń w Poradni z jej faktycznym czasem pracy.

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 Najwyższej Izby Kontroli 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, dnia 13 listopada 2025 r.

Kontroler

Katarzyna Gradzik
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....