



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.002.02.2020

Maciej Wróbel, Dyrektor  
Szpitala Specjalistycznego Artmedik Sp. z o.o.  
ul. Małogoska 25, 28-300 Jędrzejów

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/063 – Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny Artmedik Sp. z o.o. w Jędrzejowie ul. Małogoska 25, 28-300 Jędrzejów (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 15 czerwca 2018 r. Dyrektorem Szpitala jest Maciej Wróbel (dalej: Dyrektor). W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 13 czerwca 2018 r. Szpitalem kierował Zarząd Spółki Artmedik, natomiast do 31 grudnia 2017 r. stanowisko Dyrektora zajmował Jarosław Wójcicki.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli w Szpitalu), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kinga Komenda, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/15/2020 z 15 stycznia 2020 r.</li><li>2. Łukasz Pieńkowski, inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/16/2020 z 15 stycznia 2020 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Opieka nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie nie zawsze była w Szpitalu właściwie zorganizowana i prawidłowo udzielana.

Na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala (dalej: Oddział) zapewniono odpowiednią liczbę położnych mających wymagane kwalifikacje. Z uwagi na fakt, że w latach 2017-2019 (do 31 marca) nie prowadzono szczegółowych grafików pracy lekarzy<sup>3</sup>, nie było natomiast możliwe stwierdzenie, czy świadczenia medyczne były udzielane przez odpowiednią liczbę lekarzy mających wymagane kwalifikacje oraz czy zawarta umowa ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ była w ww. okresie wykonywana zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>4</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów).

W okresie objętym kontrolą, stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>5</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), Szpital był wyposażony w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną, które były sprawne technicznie. Niemniej jednak warunki organizacyjno-techniczne gabinetu zabiegowego nie zapewniały przebywającym w nim pacjentkom warunków intymności i godności. Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w odcinku ginekologicznym nie było dostosowane dla osób niepełnosprawnych, a sala operacyjna do cięć cesarskich nie była wyposażona w stanowisko do resuscytacji noworodka.

Personel medyczny Oddziału nie miał zapewnionego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem w związku z opieką nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia lub urodziły martwe dziecko.

Stosowane na Oddziale wzory oświadczeń dotyczące sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych nie zawierały wyczerpujących informacji o przysługujących pacjentkom prawach i mogły wprowadzać je w błąd. Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci, w niektórych analizowanych przypadkach, był niezgodny z obowiązującymi przepisami i uniemożliwiał organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala, wbrew obowiązującym przepisom, do 16 stycznia 2020 r. nie zostały określone zadania realizowane przez poszczególne komórki organizacyjne, a do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie określono sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań. Ponadto do 28 lutego 2020 r. w Szpitalu nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, polegające na niewprowadzaniu zmian dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na Oddziale do harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz niezgłaszaniu tych

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Dotyczy grafików wskazanych w § 4 umowy zawartej pomiędzy Szpitalem a Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ginekologia i Położnictwo z siedzibą w Małogoszczu. Stosownie do zapisów wskazanego paragrafu zleceniobiorca zobowiązany był do sporządzania szczegółowego harmonogramu godzin pracy lekarzy zwanego grafikiem. Przedmiotowy grafik pracy lekarzy miał obejmować jeden miesiąc kalendarzowy i podlegać zatwierdzeniu przez zleceniodawcę i zleceniobiorcę.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

zmian dyrektorowi tego Oddziału NFZ, a także na prowadzeniu nie w pełni prawidłowo dokumentacji medycznej niektórych pacjentek.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>6</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie**

Opis stanu faktycznego

Szpital jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów. Spółka powstała w wyniku podziału podmiotu Artmedik Sp. z o.o. i od dnia 1 sierpnia 2019 r. kontynuuje świadczenie usług medycznych w zakresie i o potencjale uprzednio deklarowanym i wykorzystywanym. W okresie od 23 czerwca 2008 r. do 31 marca 2019 r. udzielanie świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa Szpital powierzył Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Ginekologia i Położnictwo z siedzibą w Małogoszczu<sup>7</sup>. Na podstawie zawartej umowy zleceniobiorca zobowiązany był m.in. do zabezpieczenia wszystkich świadczeń medycznych, które wynikać będą z zawartych przez zleceniodawcę umów z NFZ, zapewnienia lekarzy i lekarzy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa zgodnie z warunkami określonymi przez NFZ. Zleceniodawca natomiast zobowiązany był do zapewnienia m.in. odpowiedniej liczby wyszkolonych pielęgniarek, nieograniczonego i nieodpłatnego dostępu do wszelkich środków znajdujących się na terenie Szpitala, niezbędnych do prawidłowego wykonywania przedmiotu umowy.

(akta kontroli str. 5, 31-38, 40-48, 437-444)

W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. Oddział, Oddział Neonatologiczny oraz salę porodową. W obowiązującym w Szpitalu regulaminie organizacyjnym do 16 stycznia 2020 r., tj. do dnia rozpoczęcia kontroli nie określono zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne.

(akta kontroli str. 6-30, 40-54, 67-68)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 456 w 2017 r., 449 w 2018 r. oraz 380 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba poronień i martwych urodzeń wyniosła 86 w 2017 r., 89 w 2018 r. oraz 73 w 2019 r., co stanowiło odpowiednio w tych latach 19%, 20% i 19% liczby porodów ogółem. Najczęstszą przyczyną poronień i martwych urodzeń we wszystkich latach objętych kontrolą było obumarcie wewnątrzmaciczne, które nastąpiło w okresie do 16 tygodnia ciąży.

(akta kontroli str. 55-56)

Pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie były hospitalizowane na Oddziale, na odcinku ginekologicznym.

(akta kontroli str. 237)

<sup>6</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>7</sup> Umowa została zawarta w dniu 23 czerwca 2008 r.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu corocznie opracowywano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W 2017 r. i 2018 r. minimalna przyjęta norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale wyniosła 15 etatów, natomiast w 2019 r. – 17,5 etatu.

(akta kontroli str. 69-71)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach<sup>8</sup>, świadczeń medycznych na Oddziale udzielało:

- w lipcu i październiku 2017 r. – 16 położnych (w tym jedna ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, jedna w trakcie specjalizacji oraz trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego) oraz dziewięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu i październiku 2018 r. – 15 położnych (w tym dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego) oraz dziewięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu 2019 r. – 20 położnych (w tym trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego) oraz dziewięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w październiku 2019 r. – 16 położnych (w tym dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego) oraz dziewięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii).

(akta kontroli str. 59-63, 96-140)

W Szpitalu w latach 2017-2019 (do 31 marca) nie prowadzono szczegółowych grafików pracy lekarzy udzielających świadczeń medycznych na Oddziale. W konsekwencji w trakcie kontroli nie było możliwe określenie ich czasu pracy oraz ustalenie, czy Szpital zapewnił odpowiednią liczbę lekarzy o wymaganych kwalifikacjach<sup>9</sup>, stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 121-140)

W lipcu i październiku 2019 r.<sup>10</sup> stwierdzono pięć przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny, z tego:

- przez okres 66 godz. – jeden przypadek;
- przez okres 48 godz. 30 min – jeden przypadek;
- przez okres 48 godz. – jeden przypadek;
- przez okres 30 godz. – dwa przypadki.

(akta kontroli str. 58)

---

<sup>8</sup> Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (lipiec, październik) w latach 2017-2019. Ustalenia stanu faktycznego dokonano w oparciu o umowy zawarte z Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz zestawienie otrzymane z działu kadr. Brak jest możliwości potwierdzenia z listą obecności lekarzy z uwagi na fakt, iż w Szpitalu nie prowadzono takiej dokumentacji w latach 2017-2018. Jako osoby udzielające świadczeń medycznych na Oddziale w miesiącach wybranych do próby kontrolnej, należy rozumieć osoby faktycznie świadczące pracę z wyłączeniem personelu przebywającego na urlopach, świadczeniach rehabilitacyjnych, zwolnieniach lekarskich itp.

<sup>9</sup> Dotyczy lekarzy zatrudnionych przez zleceniobiorcę na podstawie zawartej przez Szpital umowy. Listy obecności były prowadzone przez Szpital w odniesieniu do dwóch lekarzy (J.B., Z.S.) zatrudnionych przez Szpital.

<sup>10</sup> Dwa miesiące wybrane do próby kontrolnej w roku 2019, w których możliwa była analiza czasu pracy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wydłużony czas pracy danego lekarza wynika najczęściej z braku lekarzy chętnych do podjęcia pracy w danym dniu i konieczności zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń w oddziale.

(akta kontroli str. 453)

Ponieważ w Szpitalu w latach 2017-2019 (do 31 marca) nie prowadzono szczegółowych grafików pracy lekarzy udzielających świadczeń medycznych na Oddziale, nie była możliwa pełna identyfikacja lekarzy udzielających świadczeń medycznych w ramach dyżuru dziennego i w związku z tym – porównanie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy z NFZ. Położne wykonujące usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, zostały ujęte w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Zmiany dotyczące osób udzielających świadczeń nie były na bieżąco wprowadzane do harmonogramu i nie były zgłaszane Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkemu NFZ. W 2017 r. nie usunięto z wykazu personelu medycznego jednej położnej, która przebywała na długotrwałym zwolnieniu chorobowym oraz jednego lekarza (A.S.), który nie świadczył pracy. W 2018 r. zmian nie dokonano w przypadku trzech położnych i jednego lekarza (A.S.), a w 2019 r. również odnośnie trzech położnych i trzech lekarzy (A.S., T.R., R.R.).

(akta kontroli str. 72-140, 399-428)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie występował do Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: ŚPWIS) z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o którym mowa w art. 207 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>11</sup>, a przeprowadzone w latach 2017-2019 przez Państwową Inspekcję Sanitarną kontrole nie wykazały uchybień w przedmiotowym zakresie.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Szpital spełniał wymagania, o których mowa w art. 22 ust. 1, w związku z tym nie opracowano programu naprawy.*

(akta kontroli str. 66, 158)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego stopnia referencyjności w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat KTG<sup>12</sup>, kardiomonitor);
- zapewnienia realizacji badań (na oddziale zapewniono: ciągle badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram<sup>13</sup>, wyodrębniono salę do cięć cesarskich oraz blok operacyjny).

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

(akta kontroli str. 57, 65)

Na Oddziale znajdował się jeden klimatyzator, umieszczony w sali cięć cesarskich. Stosownie do § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

---

<sup>11</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

<sup>12</sup> Kardiologograf.

<sup>13</sup> Inaczej karta obserwacji porodu.

i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>14</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą), podlegał on okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta, a czynności te zostały udokumentowane. W pozostałych pomieszczeniach Oddziału funkcjonowała wentylacja wywiewna grawitacyjna. Zgodnie z art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane<sup>15</sup>, poddawana była corocznym okresowym kontrolom stanu technicznego dokonywanym przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje.

(akta kontroli str. 152-153)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultanta wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 158)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Zmiany dotyczące personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na Oddziale nie były na bieżąco wprowadzane do harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ i nie były zgłaszane dyrektorowi tego Oddziału. W latach 2017-2019 nie dokonano zmian w wykazie personelu medycznego odnoszących się do siedmiu położnych i trzech lekarzy, którzy nie świadczyli pracy w Szpitalu. Stanowiło to naruszenie przepisów § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, stanowiących, że świadczenia zdrowotne są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem zawierającym m.in. informacje dotyczące personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy oraz że zmiany w harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Ponadto w latach 2017-2019 (do 31 marca) Szpital nie prowadził szczegółowych grafików pracy lekarzy na Oddziale, przez co nie było możliwe stwierdzenie, czy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywana była w powyższym okresie zgodnie z przytoczonym wyżej § 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. W związku z tym nie było także możliwe ustalenie, czy w Szpitalu w tymże okresie zapewniono na Oddziale odpowiednią liczbę lekarzy o wymaganych kwalifikacjach, stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego, zgodnie z częścią I załącznika nr 3 (lp. 37) do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 72-140, 399-428)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *przypadki świadczenia pracy przez personel niezgłoszony do NFZ są incydentalne. (...) Przypadki niezgłoszenia personelu wynikają zwykle z powodu nieprzekazania informacji przez pracowników działu kadr do osoby odpowiedzialnej za wprowadzanie zmian do umów z NFZ. Wyjaśnił również, że zleceniobiorca gwarantował zabezpieczenie Oddziału*

<sup>14</sup> Dz. U. poz. 595.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1186, ze zm.

w personel lekarski. Strony odstąpiły od formalnego zatwierdzenia szczegółowego harmonogramu godzin pracy lekarzy.

(akta kontroli str. 200, 399-400)

Ordynator Oddziału<sup>16</sup> wyjaśnił, że na podstawie ustnej umowy z dyrekcją Szpitala, nie był zobowiązany do przedstawiania szczegółowych grafików pracy. Wyjaśnił ponadto, że godziny pracy mogły być płynne i aktualizowane w razie bieżących potrzeb pod warunkiem właściwego zabezpieczenia Oddziału<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 238)

NIK zauważa, że niesporządzanie grafików pracy lekarzy stanowiło naruszenie § 4 zawartej przez Szpital umowy z NZOZ Ginekologia i Położnictwo oraz uniemożliwiało Szpitalowi weryfikację zapewnienia przez zleceniobiorcę odpowiedniej liczby lekarzy o wymaganych kwalifikacjach.

2. Regulamin organizacyjny Szpitala do dnia rozpoczęcia kontroli (16 stycznia 2020 r.) nie określał zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli, str. 6-30)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia.

(akta kontroli, str. 186)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital nie w pełni właściwie zorganizował opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło krótko po porodzie. Z uwagi na to, że w latach 2017-2019 (do 31 marca) w Szpitalu nie prowadzono szczegółowych grafików pracy lekarzy nie było możliwe ustalenie, czy w tym okresie na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy mających wymagane kwalifikacje, a także czy umowa zawarta ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ była wykonywana zgodnie z § 6 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, a na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę położnych posiadających wymagane kwalifikacje. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie aktualizowano na bieżąco wykazu personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na Oddziale, stanowiącego załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, a zmiany personelu nie były zgłaszane dyrektorowi tego Oddziału. Obowiązujący regulamin organizacyjny Szpitala do dnia rozpoczęcia kontroli nie określał zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne.

<sup>16</sup> Do dnia 31 marca 2019 r. T. B. był ordynatorem Oddziału na podstawie umowy zawartej przez Szpital z NZOZ Ginekologia i Położnictwo, natomiast od dnia 1 kwietnia 2019 r. na mocy umowy zawartej ze Szpitalem o wykonywanie świadczeń medycznych i powierzenie funkcji ordynatora.

<sup>17</sup> Dotyczy lekarzy zatrudnionych przez zleceniobiorcę na podstawie zawartej przez Szpital umowy. Listy obecności były prowadzone przez Szpital w odniesieniu do dwóch lekarzy (J.B., Z.S.) zatrudnionych przez Szpital.



## 2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie

Opis stanu faktycznego

Regulamin organizacyjny Szpitala, do dnia zakończenia czynności kontrolnych<sup>18</sup>, nie określał sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań. W dniu 17 stycznia 2020 r. podjęto uchwałę zmieniającą regulamin organizacyjny Szpitala<sup>19</sup>, w której wprowadzono zapisy dotyczące realizacji i dokumentowania działań dotyczących badania oceny satysfakcji pacjentek objętych ochroną okołoporodową poprzez przeprowadzenie ankiet. Powołano również komisję do spraw wdrożenia standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej w celu nadzorowania tego procesu. Komisja w dniu 28 lutego 2020 r. w swoim raporcie ustaliła wskaźniki opieki okołoporodowej oraz zaleciła monitorowanie w cyklu półrocznym wybranej liczby interwencji medycznych<sup>20</sup>.

(akta kontroli str. 6-30, 185-188)

W Szpitalu nie opracowano wewnętrznych procedur dla personelu medycznego dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko, lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Oddział Ginekologiczno-Położniczy posiada wewnętrzne ustalenia co do opieki nad tymi pacjentkami, które uważam za wystarczające.*

(akta kontroli str. 237-240)

W 2017 r. kwota wydatkowana przez Szpital na szkolenia zewnętrzne wyniosła łącznie 2160 zł, z czego wydatki na szkolenia personelu medycznego Oddziału stanowiły 9,3% tej kwoty. W 2018 r. Szpital przeprowadził szkolenia zewnętrzne personelu za 1920 zł, z czego na szkolenia personelu medycznego Oddziału przeznaczono 11,5% tej kwoty. W 2019 r. koszty szkoleń zewnętrznych w Szpitalu wyniosły 4520 zł, z czego 8,9% tej kwoty przeznaczono na szkolenia personelu medycznego Oddziału. W okresie objętym kontrolą personel Szpitala nie uczestniczył w szkoleniach zewnętrznych z zakresu standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 154)

Zagadnienia dotyczące standardów opieki okołoporodowej były przedmiotem szkoleń wewnętrznych na Oddziale. Szkolenia prowadzone były przez zatrudnione na Oddziale położne i uczestniczyły w nich tylko położne. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono szkolenia obejmujące swą tematyką wybrane zagadnienia związane z regulacjami opisanymi w standardach, m.in.:

- *Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego (2019 r.);*
- *Standard opieki okołoporodowej (2019 r.);*
- *Przypomnienie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (2017 r.);*
- *Opieka nad kobietą po stracie ciąży (2017 r.);*
- *Ciąża u kobiety obciążonej doświadczeniem poronienia (2017 r.);*

<sup>18</sup> Tj. do dnia 11 marca 2020 r.

<sup>19</sup> Uchwała Nr 2/01/2020 Zarządu Spółki z o. o. Szpital Specjalistyczny Artmedik w Jędrzejowie.

<sup>20</sup> Monitorowaniu wg raportu komisji mają podlegać: liczba amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawanych opioidów, nacięć krocza, cięć cesarskich i liczba noworodków, którym podawano mleko modyfikowane.

- *Zaburzenia emocjonalne u kobiet po porodzie* (2018 r.);
- *Problemy kobiece po porodzie* (2018 r.);
- *Wpływ indukcji porodu na jego przebieg* (2018 r.).

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Podległy personel w znaczącej części ciągle doskonali swoje umiejętności. Większość położnych ma specjalizacje i skończone studia. Natomiast standardy opieki okołoporodowej podlegają ciągłej modyfikacji. Uważam, że część jest wprowadzanych zbyt chaotycznie i w sposób nieprzemysłany.*

(akta kontroli str. 155-157, 237-240)

Ponadto w 2019 r. przeprowadzono szkolenie dotyczące wypalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, natomiast w 2017 r. – z zakresu obciążenia związanego z pracą, zaangażowania i wypalenia zawodowego położnych. Tematy te realizowane były w formie szkoleń wewnętrznych przez personel pielęgniarski zatrudniony na Oddziale.

(akta kontroli str. 155-157)

Zdaniem NIK, prowadzenie specjalistycznych szkoleń z zakresu wypalenia zawodowego przez niewykwalifikowany w tym zakresie personel pielęgniarski Oddziału, może budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości przekazywanych treści i uzyskanych efektów.

Według personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu<sup>21</sup>, praca z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest trudna i sprawia wiele problemów emocjonalnych. Jedna z położnych wyjaśniła: *Jedną z trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest nawiązanie kontaktu. Z powodu traumy kobiety zamykają się wewnątrznie. Ja jako położna staram się nawiązać kontakt z taką osobą, udzielić wsparcia, lecz nie zawsze mam czas na rozmowę.*

Według położnej koordynującej problemy w pracy z takimi pacjentkami wynikają z *braku profesjonalnej, aktualnej wiedzy, znajomości metod pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.*

Zdaniem lekarzy problemy w pracy z pacjentkami znajdującymi się w szczególnych sytuacjach położniczych są spowodowane brakiem wiedzy pacjentek o swoim stanie zdrowia, którą należy uzupełnić, np. podczas zajęć prowadzonych w ramach szkoły rodzenia.

Składający wyjaśnienia wskazali na konieczność przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie aspektów psychologicznych rozmowy i relacji z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych oraz na potrzebę wsparcia personelu medycznego w radzeniu sobie ze stresem związanym z wykonywanymi obowiązkami. Położna koordynująca wyjaśniła: *Powinny być okresowe warsztaty radzenia sobie ze stresem ze względu na charakter pracy, który charakteryzuje się wysokim stopniem stresu.*

W opinii lekarzy, którzy udzielali wyjaśnień, personel medyczny Szpitala opiekujący się pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych nie otrzymuje żadnego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem.

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Personel pracujący z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń jest poddany strasznemu stresowi i pozbawiony wsparcia. Stres wynika z następujących powodów: pacjenci za znaczną część niepowodzeń obwiniają personel medyczny mając przy tym niezwykle przychylną postawę mediów, które w sposób bezkrytyczny przyjmują wszystko do publikacji, wydając od razu wyroki, co powoduje zwykle falę internetowego hejtu, nadzwyczajnej aktywności organów*

<sup>21</sup> Wyjaśnień udzielało 14 osób (czworo lekarzy oraz 10 położnych), zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

*ścigania w sprawach niepowodzeń położniczych (...), zderzenie się z tymi problemami wymaga dobrej obsługi prawnej, której koszty ponosi personel.*

(akta kontroli str. 208-240)

Dla pacjentek, które doświadczyły straty dziecka nie opracowano informatora o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, obowiązującym stanie prawnym, wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy odnoszących się do sytuacji, w jakiej się znalazły, jak również o możliwości pochówku. Z wyjaśnień położnej koordynującej oraz ordynatora Oddziału wynika, że wszelkie informacje są przekazywane pacjentkom ustnie przez lekarzy i położne.

(akta kontroli str. 261-267)

Zdaniem NIK, z uwagi na to, że strata dziecka może wiązać się z szeregiem reakcji emocjonalnych pacjentek wymagających szczególnej uwagi i troski w zakresie ich funkcjonowania psychicznego, uzasadnione byłoby opracowanie informatorów zawierających m.in. wykaz lokalnych placówek świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, adresy lokalnych miejsc i organizacji udzielających wsparcia, co ułatwiłoby pacjentkom możliwość skorzystania z odpowiedniej pomocy już po opuszczeniu Szpitala.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu do 28 lutego 2020 r. nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej, a do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie określono w regulaminie organizacyjnym sposobu ustalania wskaźników i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań, co naruszało ust. 2 i 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>22</sup>.

(akta kontroli, str. 6-30, 185-188)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu ustalono wskaźniki opieki okołoporodowej. Monitorowane jest m.in. liczba nacięć krocza u pacjentek rodzących naturalnie, liczba cięć cesarskich, liczba błędów, przedlaboratoryjnych, liczba porodów.

(akta kontroli, str. 185-186)

2. Personelowi medycznemu pracującemu z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych (sytuacji szczególnych) nie zapewniono wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Zgodnie z ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w sytuacjach szczególnych.

(akta kontroli, str. 208-240)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Personel szpitala nie zgłaszał do dyrekcji potrzeby szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem. W bieżącym roku, Szpital zapewni wsparcie personelowi medycznemu poprzez szkolenie przeprowadzone przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne z zakresu radzenia sobie ze stresem w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem*

<sup>22</sup> Dz. U. poz. 1756.

w sytuacjach szczególnych. Opracowanie planu szkoleń powierzono Działowi Kadr.

(akta kontroli, str. 202, 206)

**OCENA CZĄSTKOWA**

Regulamin organizacyjny Szpitala nie określał sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań. Dopiero w dniu 28 lutego 2020 r. w Szpitalu ustalono wskaźniki opieki okołoporodowej. Personelowi medycznemu Oddziału nie zapewniono wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku ze sprawowaniem opieki nad pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko. Uzasadnione byłoby przygotowanie dla pacjentek doświadczających sytuacji szczególnych informatorów dotyczących możliwości uzyskania dalszej pomocy.

**OBSZAR**

### **3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc**

Opis stanu faktycznego

Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pokoje łóżkowe w odcinku ginekologicznym Oddziału zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego oraz dostęp do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łóżkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Na Oddziale funkcjonował blok porodowy złożony z sali porodowej jednostanowiskowej oraz sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim bez stanowiska do resuscytacji noworodka. Stanowisko to znajdowało się w sali, w której pacjentka przebywa w pierwszej fazie porodu. W sali porodowej jednostanowiskowej odbywały się porody martwych dzieci. Pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi, wyposażono w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

(akta kontroli str. 430-436)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się w odcinku ginekologicznym oraz bloku porodowym, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wyposażone były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Co najmniej jedno pomieszczenie odcinka ginekologicznego nie zostało w pełni przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Gabinet zabiegowy na Oddziale nie posiadał sygnalizacji/informacji przed drzwiami wejściowymi o wykonywaniu w danym momencie badania, a znajdujący się w gabinecie fotel ginekologiczny nie był osłonięty zasłoną/parawanem od strony drzwi wejściowych prowadzących bezpośrednio z korytarza.

Na odcinku ginekologicznym przed korytarzem prowadzącym na blok porodowy na tablicy informacyjnej umieszczono informacje o możliwości kontaktu z psychologiem oraz osobą duchowną.

Dyżurka pielęgniarska na odcinku ginekologicznym znajdowała się w znacznej odległości od pokoi łóżkowych. Zdaniem NIK, takie umiejscowienie dyżurki

w połączeniu z niewyposażeniem odcinka w system przywoławczy, pomimo posiadania go przez Oddział, może budzić uzasadnione wątpliwości co do zapewnienia bezpieczeństwa przebywających pacjentek.

(akta kontroli str. 430-436)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że system przywoławczy zostanie zamontowany, a pacjentki są na bieżąco obserwowane przez personel.

(akta kontroli str. 453)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 hospitalizowanych w latach 2017-2019 pacjentek, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna każdej z nich, poza dwoma przypadkami, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, zawierała podpisane oświadczenia: o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- w każdym przypadku, stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>23</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej), do historii choroby dołączano karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji i cesarskiego cięcia również karty przebiegu znieczulenia;
- do historii choroby ośmiu pacjentek nie dołączono kart indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, a do historii choroby 12 pacjentek nie dołączono kart obserwacji prowadzonych przez lekarza (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- do historii choroby jednej pacjentki nie dołączono karty obserwacji porodu (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego 45 pacjentek nie wskazano daty przeprowadzenia zabiegu, zaś karta informacyjna jednej z pacjentek nie zawierała informacji o wyniku przeprowadzonych konsultacji internistycznych, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkie pacjentki, u których przeprowadzono zabieg abrazji (46 spośród 60) otrzymały znieczulenie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu;
- strony dokumentacji nie były ponumerowane, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli, str. 241-253)

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielała psycholog zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej. Udzielanie konsultacji psychologicznych odbywało się po wcześniejszym zgłoszeniu takiej potrzeby przez personel Szpitala. Położna koordynująca wyjaśniła, że psycholog jest wzywany w zależności od indywidualnej sytuacji pacjentki i wynika to z obserwacji personelu.

(akta kontroli, str. 255-256, 262)

---

<sup>23</sup> Dz. U. poz. 2069.

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystały trzy pacjentki, w przypadku jednej pacjentki, w karcie obserwacji lekarskich znajduje się wpis o tym, że pacjentce proponowano wsparcie psychologiczne, zaś w dokumentacji medycznej pozostałych pacjentek brak jest informacji o przeprowadzeniu takich konsultacji lub ich proponowaniu przez personel medyczny. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w następnym dniu po wystąpieniu poronienia lub drugiego i trzeciego dnia po przyjęciu do Szpitala. Pięciu pacjentkom nie umożliwiono skorzystania z pomocy psychologa (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), pomimo że taką potrzebę dostrzegał personel medyczny.

(akta kontroli, str. 241-253)

W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego jednej pacjentki<sup>24</sup> nie zamieszczono informacji o wystawieniu skierowania do poradni zdrowia psychicznego, pomimo że w karcie z konsultacji psychologicznych znajduje się wpis o treści: *wskazana konsultacja w poradni zdrowia psychicznego za 4-6 tygodni*. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Konsultacja w poradni zdrowia psychicznego była zaleceniem poszpitalnym. Do lekarza psychiatry nie jest konieczne skierowanie.*

(akta kontroli, str. 241-253)

W załączonych do dokumentacji medycznej *Planach opieki pielęgniarskiej* pięciu pacjentek<sup>25</sup> znajdowały się adnotacje o treści: *pacjentka smutna, pacjentka niespokojna, pacjentka przygnębiona lub obniżony nastrój po poronieniu*. Pomimo to, pacjentkom tym nie zapewniono konsultacji psychologicznych. W *kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego* ww. pacjentek również nie zalecono konsultacji psychologa ani nie skierowano pacjentek do poradni zdrowia psychicznego.

(akta kontroli, str. 241-253)

Położna koordynująca wyjaśniła: *Pacjentki po poronieniu często bardzo szybko mają potrzebę wypisu do domu. Pewna część pacjentek nie ma potrzeby kontaktu z psychologiem. Innych przyczyn obecnie nie potrafię przedstawić.*

(akta kontroli, str. 257-258)

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych (sytuacji szczególnych) umieszczano w salach w odcinku ginekologicznym Oddziału. Informacja o numerze sali, w której przebywała hospitalizowana pacjentka znajdowała się w dokumentacji medycznej, tj. w *Karcie gorączkowej*. W przedmiotowej dokumentacji personel medyczny nie odnotowywał przypadków przeniesienia pacjentki do innej sali.

(akta kontroli str. 175-182)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Mogło się zdarzyć, że w dokumentacji medycznej został wpisany nr sali, na której pierwotnie została umieszczona pacjentka i opisana sytuacja jest wynikiem nieskorygowania nr sali w dokumentacji medycznej (...).*

(akta kontroli str. 200 )

Zdaniem NIK, wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka oraz jej zmiany powinny być odnotowywane w prowadzonej dokumentacji medycznej w celu wykazania, że Szpital przestrzega warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, zgodnie z którym kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

---

<sup>24</sup> Nr KG 00268/17.

<sup>25</sup> Nr KG: 07287/17, 05708/17, 04889/17, 03102/17, 03498/18.

W Szpitalu nie ma oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. Położna koordynująca wyjaśniła, że pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko umożliwia się pożegnanie w oddzielnej sali, razem z rodziną. W Szpitalu nie praktykuje się przekazywania rodzicom pamiątek po zmarłym dziecku.

(akta kontroli, str. 261-267)

Odnosnie postępowania ze zwłokami ludzkimi w Szpitalu obowiązywały *Instrukcja postępowania ze zwłokami ludzkimi* oraz *Regulamin postępowania ze zwłokami osób zmarłych*<sup>26</sup>. *Instrukcja postępowania ze zwłokami ludzkimi* zawiera ogólne zasady dotyczące postępowania ze zwłokami, szczątkami i tkankami ludzkimi, bez wyróżnienia sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych. Załączniki do instrukcji stanowią wzory druków: potwierdzenia odbioru zwłok i karty identyfikacyjnej osoby zmarłej w oddziale. *Regulamin* określał przypadki, w jakich Szpital zobligowany był do wydania karty zgonu oraz aktu urodzenia. W § 13 ust. 4 *Regulaminu* zawarto informację, iż *zwłoki dzieci martwo urodzonych są chowane przez osoby uprawnione*. Natomiast na pisemny wniosek tych osób *zwłoki mogą być spopielenie przez podmioty lecznicze dysponujące odpowiednimi urządzeniami do tego celu*.

(akta kontroli str. 268-286)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital *nie posiada i nie posiadał spalarni zwłok*.

(akta kontroli str. 197)

Na Oddziale stosowano wzory oświadczeń o treści:

- *Zrzekam się prawa do pochowania szczątków płodu i szczątki płodu przekazuję do dyspozycji szpitala włącznie ze spopieleniem zwłok przez zakład opieki zdrowotnej. Jestem świadoma podjętej decyzji i jej konsekwencji. Zostałam poinformowana o wszelkich możliwościach postępowania z płodem i konsekwencjach podjętej decyzji.*
- *Zostałam poinformowana o możliwości pochowania lub spopielenia mojego martwego dziecka (...). Decyzję podjęłam o spopieleniu.*

Wskazane oświadczenia były wręczane hospitalizowanym pacjentkom przez personel medyczny.

(akta kontroli str. 354-355)

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł umowy z podmiotami zewnętrznymi na prowadzenie prosektorium należącego do Szpitala<sup>27</sup>.

(akta kontroli str. 325)

Analiza dokumentacji dotyczącej 15 przypadków postępowania ze zwłokami dzieci poronionych lub martwo urodzonych<sup>28</sup> wykazała, że:

- osiem pacjentek nie zrzekło się prawa do pochówku, a zwłoki dzieci zostały odebrane przez pracowników zakładów pogrzebowych;
- w czterech przypadkach, w przekazanym do badań histopatologicznych materiale nie stwierdzono wyodrębnienia substancji płodu;
- w jednym przypadku, Szpital przekazał do badania histopatologicznego płód dziecka wraz z popłodem<sup>29</sup>. W karcie obserwacji lekarskich pacjentki

<sup>26</sup> Wprowadzony zarządzeniem nr 01/04/2018 z dnia 3 kwietnia 2018 r. Prezesa Zarządu Artmedik Sp. z o.o.

<sup>27</sup> W okresie objętym kontrolą prosektorium prowadziły trzy zakłady pogrzebowe.

<sup>28</sup> Analizą objęto 15 przypadków wybranych z próby 60 pacjentek, których dokumentacja medyczna podlegała szczegółowemu badaniu, z uwzględnieniem tygodnia zaawansowania ciąży (min. 12 tydzień).

<sup>29</sup> Nr KG 005854/19.

wpisano, iż na jej życzenie płód przekazano do badania histopatologicznego, jednakże w dokumentacji medycznej nie stwierdzono oświadczeń potwierdzających zrzeczenia się prawa do pochówku. Zakład Patologii Sp. z o.o., z którym Szpital miał podpisaną umowę na wykonywanie tych badań, nie zwrócił zwłok dziecka. Prezes Zarządu Zakładu Patologii poinformowała, że stosownie do obowiązującej w Zakładzie Patologii instrukcji wypożyczania i wydawania materiałów, *materiały przyjmowane do badań histopatologicznych są przechowywane przez minimum 1 miesiąc, praktycznie do 3 miesięcy od zakończenia badań histopatologicznych, a następnie oddawane są do utylizacji (kremacji) firmie zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych;*

- dwie pacjentki zrzekły się (na stosowanym w Oddziale wzorze oświadczenia) przysługującego im prawa do pochówku, wyrażając jednocześnie zgodę na spopielenie zwłok dziecka<sup>30</sup>. Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami w takich przypadkach został szerzej opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 315-319, 326-353, 390-392, 475-561)

Z informacji przekazanej przez burmistrza miasta Jędrzejowa wynika, że w latach 2017-2019 gmina nie zorganizowała pochówków dzieci marto urodzonych w Szpitalu oraz nie ponosiła kosztów związanych z organizacją takich pochówków.

(akta kontroli str. 323-324)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie.

(akta kontroli str. 158)

Z informacji przekazanej przez dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach wynika, że w latach 2017-2019 nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych świadczeń w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

(akta kontroli str. 393-394)

Do 20 wybranych losowo pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia lub martwego urodzenia, kontroler NIK wysłał prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat uzyskanej opieki. Otrzymano zwrotnie siedem ankiet, w których cztery pacjentki oceniły otrzymaną opiekę jako nieodpowiednią, jedna – wystarczającą, jedna – dobrą, jedna – bardzo dobrą. Cztery z ankietowanych pacjentek stwierdziły, że podczas pobytu w szpitalu nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Pięć pacjentek nie wiedziało o możliwości pożegnania zmarłego dziecka. W opinii czterech pacjentek, personel medyczny nie traktował ich życzliwie.

(akta kontroli, str. 301-308)

Dwóm pacjentkom hospitalizowanym na Oddziale z powodu poronienia w trakcie kontroli NIK przekazano prośbę o udzielenie informacji. Jedna z nich oceniła otrzymaną opiekę w Szpitalu jako bardzo dobrą, zaś druga – jako dobrą. Pacjentki te wskazały, że nie umożliwiono im skorzystania z pomocy psychologa. Ich zdaniem były życzliwie traktowane przez personel medyczny. Jedna z pacjentek zwróciła uwagę, że nie była poinformowana o możliwości pożegnania zmarłego dziecka.

(akta kontroli str. 299-300)

---

<sup>30</sup> Nr KG: 06865/18, 00771/18.



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

1. W Szpitalu w sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim nie zapewniono stanowiska do resuscytacji noworodka. Było to niezgodne z wymogiem określonym w części IV ust. 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z którym *dla zespołu porodowego zapewnia się salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka.*

(akta kontroli str. 430-436)

Dyrektor Szpitala nie wyjaśnił przyczyn powyższego stanu, poinformował natomiast, że stanowisko do resuscytacji noworodków zostało przeniesione w dniu 11 marca 2020 r. do sali cięć cesarskich.

(akta kontroli str. 206)

2. W Szpitalu nie dostosowano co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego w odcinku ginekologicznym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, co było niezgodne z wymogiem określonym w części II pkt 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 430-436)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pomieszczenia higieniczno-sanitarne zostaną dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

(akta kontroli str. 206)

3. Pacjentkom Oddziału, w tym pacjentkom znajdującym się w szczególnych sytuacjach położniczych nie zapewniono warunków pełnej intymności, gdyż gabinet zabiegowy nie był zabezpieczony przed wejściem osób postronnych, a znajdujący się w nim fotel ginekologiczny nie był osłonięty od strony wejścia do gabinetu kotarą/parawanem. Stosownie do art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>31</sup>, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w taki sposób, aby zapewnić poszanowanie tych praw.

(akta kontroli str. 430-436)

Dyrektor Szpitala nie odniósł się do przyczyn wystąpienia nieprawidłowości, poinformował natomiast, że w trakcie kontroli NIK *gabinet zabiegowy został zabezpieczony przed wejściem osób nieuprawnionych poprzez wywieszenie informacji wstęp wyłącznie na wezwanie lekarza oraz gabinet zabiegowy nie wchodzić. W gabinecie zabiegowym fotel ginekologiczny został osłonięty dodatkowym parawanem.*

(akta kontroli str. 206)

4. Dokumentacja medyczna pacjentek objętych próbą kontrolną prowadzona była z naruszeniem przepisów rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej w następującym zakresie:

- a) Strony dokumentacji medycznej pacjentek nie zostały ponumerowane, co było niezgodne z § 5 rozporządzenia. Z przepisu tego wynikało, że strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej powinny być numerowane i stanowić

<sup>31</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, ze zm.

chronologicznie uporządkowaną całość, zaś w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane<sup>32</sup>.

(akta kontroli, str. 241-242)

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Nieponumerowanie stron dokumentacji wynika z faktu dokumentacji mieszanej (elektroniczno-papierowej).*

(akta kontroli, str. 237-240)

- b) W historii choroby dwóch pacjentek<sup>33</sup>, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta brak jest podpisów pacjentek potwierdzających udzielenie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej, wyrażenie przez nią zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 rozporządzenia<sup>34</sup>. Z § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia wynikało, że w przypadku, gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa wyżej, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

(akta kontroli, str. 241-242)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Brak podpisu pacjentek jest zdarzeniem incydentalnym, wynikłym zapewne z pośpiechu lub niedopatrzenia podczas sporządzenia dokumentacji medycznej przy przyjęciu.*

(akta kontroli, str. 453)

- c) Do historii choroby ośmiu pacjentek nie dołączono kart indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, a do historii choroby 12 pacjentek nie dołączono kart obserwacji prowadzonych przez lekarza, co było niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia<sup>35</sup>.

(akta kontroli, str. 241-253)

Położna koordynująca wyjaśniła: *Po rozmowie z położnymi w tej kwestii, oświadczają, że dokumentacja prowadzona przez położne jest kompletnie drukowana.*

(akta kontroli, str. 257)

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Karty obserwacji lekarskich są wykonane i dostępne na nośnikach elektronicznych.*

(akta kontroli, str. 237-240)

NIK nie podziela tych wyjaśnień, ponieważ brakujące karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną oraz brakujące karty obserwacji prowadzone przez lekarza wydrukowano dopiero podczas kontroli NIK.

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, NIK zauważa również, że rozproszenie dokumentacji medycznej może prowadzić do ograniczenia praw pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu

<sup>32</sup> Obecnie wymóg taki wynika z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666), obowiązującego od 15 kwietnia 2020 r. (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.).

<sup>33</sup> Nr KG 06865/18 oraz 00504/19.

<sup>34</sup> Aktualnie reguluje to § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

<sup>35</sup> Aktualnie - § 15 ust. 1 pkt 2 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

zdrowia i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 9 ust. 1 i art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

- d) Do dokumentacji medycznej pacjentki<sup>36</sup>, która urodziła martwe dziecko w 25 tygodniu ciąży nie dołączono karty obserwacji porodu. Zgodnie z § 17 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia, do historii choroby dołącza się wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji porodu.

(akta kontroli, str. 241-253)

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Personel obsługujący poród uznał, że opisy w innych częściach dokumentacji są wystarczające.*

(akta kontroli, str. 237-240)

- e) Karty informacyjne z leczenia szpitalnego 45 pacjentek nie zawierały daty przeprowadzenia zabiegu<sup>37</sup>, zaś karta informacyjna z leczenia szpitalnego jednej pacjentki<sup>38</sup> nie zawierała informacji o odbytych konsultacjach internistycznych, pomimo że w dokumentacji medycznej pacjentki znajduje się karta z odbycia tych konsultacji. Zgodnie z § 24 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego powinna zawierać wyniki konsultacji oraz datę wykonania zabiegu lub operacji<sup>39</sup>.

(akta kontroli, str. 241-253)

Ordynator Oddziału wyjaśnił: *Informacje na temat daty zabiegu znajdują się w innej części dokumentacji, brak jej na karcie wynika z przeoczenia. Jedną z możliwych przyczyn jest wdrażanie nowego systemu informatycznego. Prawdopodobne przyczyny braku informacji o odbytych konsultacjach są takie same.*

(akta kontroli, str. 237-240)

NIK zauważa, że stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zapewnieniu tego prawa służy m.in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem informacji o pacjencie. Proces ten ma istotne znaczenie, ponieważ nie tylko odzwierciedla czynności podejmowane wobec pacjenta przez personel medyczny, ale stanowi także formę wzajemnego przekazywania informacji o jego stanie zdrowia w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Nieprzestrzeganie obowiązku dokonywania wymaganych wpisów, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta oraz uniemożliwia przypisanie odpowiedzialności za leczenie pacjenta.

5. Przekazywanie przez personel medyczny Oddziału pacjentkom, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka, do wypełnienia wzorów oświadczeń o treści: *Zostałam poinformowana o możliwości pochowania lub spopielenia mojego martwego dziecka (...), Decyzję podjęłam o spopieleniu*, w sytuacji nieposiadania przez Szpital urządzenia

<sup>36</sup> Nr KG 05785/18.

<sup>37</sup> W badanej próbie dotyczyło to 17 pacjentek hospitalizowanych w 2017 r., 16 - w 2018 r., 12 - w 2019 r.

<sup>38</sup> Nr KG 01590/19.

<sup>39</sup> Aktualnie wymogi te określone zostały w § 21 ust. 4 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

do spopielenia zwłok, o którym mowa w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi<sup>40</sup>, stanowiło naruszenie ust. 3 pkt 10 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, zgodnie z którym pacjentkom udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, jak również o możliwości pochówku.

(akta kontroli, str. 354-355)

Położna koordynująca wyjaśniła, że wzory tych oświadczeń są stosowane od 2008 r. Ordynator Oddziału wyjaśnił, że wzory te zostały opracowane przez zespół lekarsko-prawniczy i nie pamięta szczegółów.

(akta kontroli, str. 261-265)

6. Zwłoki dzieci dwóch pacjentek<sup>41</sup>, które zrzekły się prawa do pochówku, sklasyfikowano jako odpady zakaźne i przekazano do unieszkodliwienia firmie zewnętrznej, z którą Szpital miał podpisaną stosowną umowę, co stanowiło naruszenie art. 28 ust. 1 pkt 2 lit.a ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należącej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. W konsekwencji takiego postępowania Szpitala uniemożliwiono dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>42</sup>. Podkreślenia wymaga, że § 2 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, stanowi, iż za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

(akta kontroli, str. 315-319, 326-353, 390-392, 475-561)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *resztki po poronieniu zostały uznane za odpady zakaźne (Części ciała i organy – Amputowane kończyny, łożyska, szczątki narządów po badaniu histopatologicznym – kod 18.01.02) i przekazane do Magazynu Odpadów Medycznych skąd odbiera je wyspecjalizowana firma.*

(akta kontroli, str. 449)

Położne zatrudnione na Oddziale wyjaśniły, że w przypadku, gdy rodzice nie korzystają z przysługującego im prawa do pochówku dziecka martwo urodzonego, zwłoki są przekazywane do spopielenia, oznaczone kodem jako szczątki ludzkie i odbierane przez firmę zajmującą się utylizacją odpadów medycznych.

(akta kontroli, str. 375-389)

Pielęgniarka epidemiologiczna Szpitala wyjaśniła: *Płody poronione/martwo urodzone są klasyfikowane wg kodu odpadu 180102 zgodnie z instrukcją pn. Postępowanie z odpadami medycznymi.*

(akta kontroli, str. 387-388)

NIK zauważa, że taki sposób postępowania z zwłokami dzieci poronionych lub martwo urodzonych był nie tylko niezgodny z przepisami prawa, ale także z wolą matek, które rezygnując z przysługującego im prawa do

---

<sup>40</sup> Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.

<sup>41</sup> Nr KG: 06865/18 (poronienie nastąpiło w 20 tygodniu ciąży), 00771/18 (poronienie nastąpiło w 21 tygodniu ciąży).

<sup>42</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.

pochówku wyrażały wolę spopielenia zwłok dzieci. Ze względu na brak urządzeń do tego celu, Szpital nie mógł dokonywać spopielenia zwłok. Utylizacja odpadów medycznych dokonywana przez wyspecjalizowany podmiot nie jest tożsama ze spopieleniem zwłok, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. Zgodnie z § 8 tego rozporządzenia, do postępowania ze szczątkami ludzkimi będącymi popiołami powstałymi w wyniku spopielenia zwłok, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące postępowania ze zwłokami.

7. Zwłoki dziecka (17 tydzień ciąży) jednej z pacjentek zostały przekazane wraz z płodem do badań histopatologicznych wykonywanych przez podmiot zewnętrzny, z którym Szpital miał podpisaną stosowną umowę. W wyniku takiego działania Szpital naruszył wyżej przytoczony przepis art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej oraz uniemożliwił dokonanie pochówku zwłok dziecka. Z ustaleń kontroli wynika bowiem, że podmiot wykonujący badania przekazał zwłoki dziecka do utylizacji (kremacji) firmie zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych.

(akta kontroli, str. 315-319, 326-353, 390-392, 475-561)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Resztki po poronieniu zostały przekazane do badania patomorfologicznego celem potwierdzenia, że doszło do poronienia oraz wykluczenia pewnych schorzeń (np. nowotworu, zapalenia macicy).*

(akta kontroli, str. 448)

W ocenie NIK, powyższe wyjaśnienia nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla nieprzestrzegania obowiązujących przepisów.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe, poza jednym, dotyczącym zapewnienia w sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim stanowiska do resuscytacji noworodka. Na Oddziale, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie zostało przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Szpital nie zapewniał pacjentkom przebywającym w gabinecie zabiegowym, warunków pełnej intymności i godności. Dokumentacja medyczna pacjentek nie zawierała wszystkich wymaganych elementów i nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielano. Stosowane na Oddziale wzory oświadczeń dotyczących sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych nie były zgodne z obowiązującymi wymogami i mogły wprowadzać w błąd hospitalizowane pacjentki. Stwierdzony w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, w niektórych analizowanych przypadkach, naruszał obowiązujące przepisy. W szczególności ustalono, że zwłoki dzieci dwóch pacjentek uznano za odpady zakaźne i przekazano do unieszkodliwienia firmie zewnętrznej.

## 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 wnioski:

#### Wnioski

1. Wprowadzanie na bieżąco w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ zmian dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na Oddziale i zgłaszanie tych zmian dyrektorowi ww. Oddziału NFZ.

2. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań.
3. Zapewnienie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem osobom wykonującym zawód medyczny zajmującym się pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych.
4. Dostosowanie co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego na Oddziale dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym z uwzględnieniem informacji o świadczeniach, których im udzielono, w sposób gwarantujący im prawo do informacji o stanie zdrowia oraz dostępu do dokumentacji medycznej.
6. Przygotowanie wzorów oświadczeń przekazywanych przez personel medyczny pacjentkom przebywającym na Oddziale, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka, zawierających prawidłowe i wyczerpujące informacje dotyczące sytuacji w jakiej się znalazły, w tym możliwości pochowania dziecka.
7. Podjęcie odpowiednich działań zapobiegających wystąpieniu sytuacji takiego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, które uniemożliwia dokonanie ich pochówku.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

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

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

Kielce, 22 maja 2020 r.

Kontroler  
Kinga Komenda  
Starszy inspektor  
kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach  
Dyrektor  
Grzegorz Walendzik

Kontroler  
Łukasz Pieńkowski  
Inspektor kontroli państwowej