



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.10.2.2025

Pani Ewa Piotrowska
Dyrektor
Szpitala Klinicznego
im. ks. Anny Mazowieckiej
ul. Karowa 2
00-315 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej (dalej: Szpital), ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Piotrowska, Dyrektor Szpitala w całym okresie objętym kontrolą.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	Kinga Komenda, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LKI/66/2025 z 18 czerwca 2025 r. Łukasz Pieńkowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/67/2025 z 18 czerwca 2025 r. Marcin Sudół, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/76/2025 z 8 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą opieką okołoporodową nad pacjentkami sprawowana była zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz przez odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu. W Szpitalu opracowano i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej. Wdrożono także szereg procedur wewnętrznych i instrukcji dotyczących opieki nad pacjentkami, w większości przypadków zawierających aktualne wytyczne wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³. Wyjątek stanowiła procedura łagodzenia bólu, w której nie uwzględniono wszystkich wymogów określonych w ww. standardach.

Warunki organizacyjno-techniczne pomieszczeń diagnostyczno-zabiegowych, pokoi łóżkowych oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych zapewniały przebywającym w nich pacjentkom warunki intymności i godności. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz w większości przypadków miały realizowane przeglądy w terminach wynikających z dokumentacji technicznej.

Pacjentkom podczas porodu zapewniało wystarczającą opiekę, oferowano różne formy łagodzenia bólu porodowego, a po urodzeniu umożliwiano kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” oraz udzielano porad laktacyjnych i wsparcia w karmieniu noworodka. Wątpliwości dotyczące braku uwzględnienia potrzeb pacjentki podczas porodu może budzić opracowany w Szpitalu wzór planu porodu, w którym nie zapewniono możliwości wskazania preferencji i oczekiwań rodzących. Pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych zapewniało odpowiednią opiekę i wsparcie, jednak do dokumentacji medycznej sześciu spośród 10 pacjentek⁴ nie dołączono wymaganych przepisami ankiet dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży.

Stwierdzono przypadki niewłaściwej organizacji udzielanych świadczeń opieki okołoporodowej oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Szpitalu, polegające na realizowaniu odpłatnej usługi indywidualnej opieki położnej przy porodzie, wykonywaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin oraz urzędzeniu czerech pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” w sposób niezgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, polegające na nieaktualizowaniu na bieżąco zmian w wykazie sprzętu stanowiącego załącznik do umowy z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, nie w pełni rzetelnym prowadzeniu dokumentacji medycznej niektórych pacjentek i noworodków oraz

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

³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, dalej: Standardy opieki okołoporodowej lub Standardy.

⁴ Na podstawie próby kontrolnej dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

ustaleniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych niezgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital Kliniczny im ks. Anny Mazowieckiej jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, funkcjonującym jako samodzielny publiczny zespół opieki zdrowotnej. Do zadań Szpitala, zgodnie ze statutem, należało m.in. udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki i komórki organizacyjne tego podmiotu, obejmujących m.in. neonatologię oraz położnictwo i ginekologię.

(akta kontroli str. 56-58)

Zgodnie z § 4 regulaminu organizacyjnego⁸ w strukturze Szpitala wyodrębniono dwa zakłady lecznicze:

a) Szpital Karowa – wykonujący działalność leczniczą w rodzaju szpitalne świadczenia zdrowotne. W tym m.in. w:

- Klinice Położnictwa i Ginekologii
- Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

b) Poliklinika Karowa – wykonująca działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. W tym m.in. w poradniach:

- ginekologicznej dla dziewcząt,
- ginekologiczno-położniczej,
- neonatologicznej,
- laktacyjnej,
- patologii ciąży,
- rehabilitacji urologicznej.

Ponadto w Strukturze Szpitala wyodrębniono również blok operacyjny, dzienny oddział rehabilitacji niemowląt, izbę przyjęć oraz szkołę rodzenia.

Klinika Położnictwa i Ginekologii oraz Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka miały trzeci poziom referencyjności.

(akta kontroli str. 15-16, 45, 52, 1154-1155)

⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

⁷ 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.

⁸ Regulamin organizacyjny stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 95/2019 z dnia 17 grudnia 2019 r. Dyrektora Szpitala Klinicznego im. ks. Anny Mazowieckiej. W okresie objętym kontrolą dwukrotnie wprowadzono zmiany w strukturze organizacyjnej Szpitala, tj. 28 czerwca 2023 r. oraz 26 marca 2024 r.

Struktura organizacyjna Szpitala wskazana w regulaminie organizacyjnym była zgodna z aktualnym wpisem do księgi rejestrowej⁹ Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: RPWDL) oraz statutem Szpitala. Wyjątek stanowiła pracownia endoskopii, wymieniona wśród komórek organizacyjnych w księdze rejestrowej RPWDL, która nie została wskazana w regulaminie organizacyjnym oraz statucie Szpitala.

Z wyjaśnień Kierownika Działu Analiz Ekonomicznych Doroty Gwizdak wynika, że pracownia endoskopii nie jest odrębną komórką organizacyjną, a jej wskazanie w RPWDL wynikało z konieczności spełnienia wymogu funkcjonowania takiej pracowni w Szpitalu o III stopniu referencyjności w zakresie położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 15-16, 45, 52, 103-104, 984)

1.2. W latach objętych kontrolą ogólna liczba noworodków urodzonych w Szpitalu wyniosła 8417¹⁰, z czego w:

- 2022 r. - 2773 (32,9%), w tym: 2723 (98,2%) - żywourodzone i 50 (1,8%) - martwourodzone; w 6. dobie życia zmarło siedem noworodków; poroniło 113 kobiet;
- 2023 r. - 2491 (29,6%), w tym: 2471 (99,2%) - żywourodzone i 20 (0,8%) - martwourodzone; w 6. dobie życia zmarło 13 noworodków; poroniło 297 kobiet;
- 2024 r. - 2125 (25,3%), w tym: 2065 (97,2%) - żywourodzone i 60 (2,8%) - martwourodzone; w 6. dobie życia zmarło 11 noworodków; poroniły 344 kobiety;
- 2025 r. (I pół.) - 1028 (12,2%), w tym: 1024 (99,6%) - żywourodzone i cztery - martwourodzone; w 6. dobie życia zmarło pięć noworodków; poroniły 162 kobiety.

(akta kontroli str. 8)

W ww. okresie łączna liczba porodów w Szpitalu wyniosła 8089, w tym w:

- 2022 r. - 2668 (33%), z czego 1395 (52,3%) zakończone cięciem cesarskim, 1214 (45,5%) - drogą naturalną i 59 (2,2%) - w formie porodu zabiegowego. Sztuczne wywołanie akcji porodowej (indukcja porodu) miało miejsce w 227, a nacięcie krocza 579 przypadkach;
- 2023 r. - 2414 (29,8%), z czego 1329 (55%) przez cięcie cesarskie, 1049 (43,5%) - drogą naturalną i 36 (1,5%) - w formie porodu zabiegowego. Indukcję porodu przeprowadzono w 233, a nacięcie krocza w 484 przypadkach;
- 2024 r. - 2012 (24,9%), z czego 1093 (54,3%) zakończone cięciem cesarskim, 893 (44,4%) - drogą naturalną i 26 (1,3%) - w formie porodu

⁹ Księga rejestrowa Szpitala była prowadzona pod nr 000000018610 i była dostępna pod adresem <https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp w dniu 2 lipca 2025 r.).

¹⁰ 8283 (98,4%) - żywourodzone i 134 (1,6%) - martwourodzone; w 6. dobie zmarło łącznie 36 noworodków; łącznie poroniło 916 kobiet.

zabiegowego. W 358 przypadkach przeprowadzono indukcję porodu, natomiast zabieg nacięcia krocza w 417 przypadkach;

- 2025 r. (I pół.) – 995 (12,3%), z czego 555 (55,8%) przez cięcie cesarskie, 427 (42,9%) – drogą naturalną i 13 (1,3%) – w formie porodu zabiegowego. Indukcję porodu przeprowadzono w 209, a nacięcie krocza w 220 przypadkach.

Odnosząc się do przyczyn zakończenia w Szpitalu cięciem cesarskim ponad połowy porodów w każdym z lat objętych kontrolą Dyrektor Szpitala Ewa Piotrowska wyjaśniła, że m.in. *Szpital jest ośrodkiem III^o referencyjności w związku z tym odsetek cięć cesarskich jest wyższy niż w ośrodkach o niższym stopniu referencyjności. (...)*. Wskazała, że najczęstszymi przyczynami cięć cesarskich są nieprawidłowy zapis KTG, nadmierna masa płodu, nadciśnienie ciążowe, nieprawidłowa rotacja główki, położenie miednicowe płodu, przedłużenie okresu porodu, wskazania psychiatryczne, ciąża bliźniacza, cukrzyca ciężarnych, poród przedwczesny, zaburzenie łożyska. Wymieniła pozostałe rozpoznania współistniejące do cięcia cesarskiego, tj. otyłość oraz choroby tarczycy, niewspółmierność porodową, opiekę położniczą z powodu blizny po poprzednim zabiegu operacyjnym, choroby układu pokarmowego, stan przedrzucawkowy oraz wskazania okulistyczne, ortopedyczne. Wyjaśniła również, że przyczynami wzrostu odsetka cięć cesarskich są: zaawansowany wiek rodzącej, procedury wspomagania rozrodu i związane z tym wzrost odsetka ciąż mnogich i powikłań z nimi związanych, stosowanie kardiografii śródporodowej i wizualizacji czynności serca płodu (nieprawidłowy zapis KTG), nieudana próba porodu po uprzednim cięciu cesarskim, nieprawidłowe położenie płodu, otyłość, tokofobia¹¹, wskazania m.in. ortopedyczne, endokrynologiczne, neurologiczne.

(akta kontroli str. 129, 906, 945-947)

W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu stosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, w tym: opioidy (wyłącznie w 2022 r. i 2023 r. – odpowiednio w 75 i 72 przypadkach); znieczulenie zewnątrzoponowe (1047 przypadków w 2022 r., 1018 w 2023 r., 843 w 2024 r. i 426 w 2025 r.). W Szpitalu nie prowadzono odrębnej statystyki w zakresie stosowanych innych rodzajów znieczuleń, tj. analgezji wziewnej i miejscowej¹².

(akta kontroli str. 129)

W Szpitalu (w oddziałach Ginekologii, Patologii Ciąży i Bloku Porodowym) hospitalizowanych w okresie ciąży było łącznie 7307 pacjentek w 2022 r., 6864 – w 2023 r., 5891 – w 2024 r. i 2884 – w 2025 r. (I pół.). Głównymi przyczynami hospitalizacji były: zagrożenie poronieniem, zagrażający poród przedwczesny i zakażenie układu moczowego (Oddział Ginekologii); zagrażający poród przedwczesny, patologie wikłające ciążę (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, cholestaza), nieprawidłowości wzrastania płodu, nieprawidłowe umiejscowienie łożyska, ciąża wielopłodowa, obciążony wywiad położniczy (Oddział Patologii Ciąży) oraz poród, cięcie cesarskie, indukcja porodu, zagrażający poród

¹¹ Paniczny lęk przed bólem porodowym oraz strach o stan urodzeniowy dziecka

¹² Dane możliwe do ustalenia tylko na podstawie wpisów do dokumentacji pacjentek.

przedwczesny¹³ (Blok Porodowy). W Szpitalu hospitalizowanych było 3943 dzieci w 2022 r.¹⁴, 3593 w 2023 r.¹⁵, 2507 w 2024 r.¹⁶ i 2060 w 2025 r. (I półrocze)¹⁷ Nie prowadzono statystyk dotyczących liczby pacjentek z niepełnosprawnościami przyjętych do porodu w Szpitalu oraz korzystających ze szkoły rodzenia.

(akta kontroli str. 948-949)

1.3. W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnętrzne procedury dotyczące m.in. opieki na pacjentem w oddziałach: Intensywnej Terapii Noworodka oraz Neonatologii i Patologii Noworodka; opieki nad pacjentką w oddziałach: Ginekologii, Patologii Ciąży, Bloku Porodowym; opieki nad matką i dzieckiem w Oddziale Położniczym.

Każda z ww. procedur określała m.in.:

- cel (określenie metod i zasad postępowania: podczas leczenia i pielęgnacji noworodka w stanie zagrożenia życia w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka; podczas przyjęcia pacjentki do oddziału ginekologicznego i Blok Porodowy, ustalania planu opieki medycznej (diagnozowanie, leczenie i pielęgnowanie) oraz wypisania do domu, a także przeniesienia do innego oddziału lub szpitala; w zakresie przyjęcia, leczenia, pielęgnacji przeniesienia i wypisu pacjentki z grupy ciąży podwyższonego ryzyka oraz ciąży powikłanej w oddziale Patologii Ciąży; podczas przyjęcia, pielęgnacji, leczenia i wypisu pacjentek i noworodków w oddziale położniczym; z noworodkiem w Oddziale Neonatologii i Patologii Noworodka w zakresie przyjęcia, opieki i wypisu ze Szpitala);
- zakres stosowania (poprzez wskazanie personelu medycznego, którego dotyczy poszczególne procedura, np. lekarze, położne, pielęgniarki, psycholog, rehabilitanci i sekretarki medyczne zatrudnione w oddziale położniczym);
- dokumenty związane (poprzez wskazanie m.in. aktów prawnych, np. ustaw i rozporządzeń);
- oznaczenia i definicje;
- opis postępowania;
- formę dokumentowania i miejsce archiwizowania (poprzez m.in. wskazanie nazwy zapisu, personelu medycznego tworzącego i sprawdzającego/zatwierdzającego zapis, miejsca i czasu przechowywania);
- załączniki.

(akta kontroli str. 149-150, 207-472)

¹³ Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, tokoliza (hamowanie przedwczesnej czynności skurczowej).

¹⁴ Oddział Intensywnej Terapii Noworodka -352, Oddział Neonatologii – 3591, Oddział Patologii Noworodka – nie prowadzono statystyk.

¹⁵ Oddział Intensywnej Terapii Noworodka -392, Oddział Neonatologii – 3201, Oddział Patologii Noworodka – nie prowadzono statystyk.

¹⁶ Oddział Intensywnej Terapii Noworodka -325, Oddział Neonatologii – 2005, Oddział Patologii Noworodka – 177.

¹⁷ Oddział Intensywnej Terapii Noworodka -164, Oddział Neonatologii – 1297, Oddział Patologii Noworodka – 599.

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą opracowano również i wdrożono instrukcje dotyczące zasad m.in. prowadzenia pielęgniarstwa dokumentacji medycznej, uzyskiwania zgód i upoważnień od pacjentki, postępowania z pokarmem kobiecym po porodzie u pacjentki, która nie może karmić piersią, prowadzenia i zawartości dokumentacji medycznej noworodka.

(akta kontroli str. 558-559)

1.4. Zgodnie z cz. I¹⁸ ust. 3 Standardów opieki okołoporodowej, sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej określał regulamin organizacyjny Szpitala¹⁹. W regulaminie organizacyjnym Szpitala wskazano, że: *Celem spełnienia standardów opieki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej w Szpitalu monitoruje się wskaźniki tej opieki, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Standardy określają poszczególne elementy opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu niezbędnych interwencji medycznych w szczególności: cięcia cesarskiego, nacięcia krocza, podania noworodkowi mleka modyfikowanego.*

(akta kontroli str. 38)

W Szpitalu od dnia 19 września 2019 r. funkcjonował zespół do spraw realizacji i nadzoru standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁰. Do zadań zespołu należało m.in. opracowanie formularza i przeprowadzenie audytów dotyczących spełnienia wymagań określonych w standardach opieki okołoporodowej, opracowanie i przeprowadzenie ankiety oceniającej realizację zaleceń opieki okołoporodowej wśród pacjentek po porodzie fizjologicznym. Ww. zespół m.in. opracował wskaźniki opieki okołoporodowej, w tym dla:

- bloku porodowego: [1] odsetek nacięć krocza podczas porodu fizjologicznego, [2] odsetek kobiet korzystających z farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego – znieczulenia regionalnego, [3] odsetek kobiet korzystających z farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego – opioidy, [4] odsetek cięć cesarskich;
- oddziału położniczego: [1] realizacja tzw. kontaktu „skóra do skóry” po cięciu cesarskim, [2] podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego.

Członkowie zespołu w okresie objętym kontrolą przeprowadzali coroczną ocenę opracowanych i monitorowanych wskaźników opieki okołoporodowej. Również corocznie przeprowadzano wśród hospitalizowanych pacjentek ankietę dotyczącą oceny standardów opieki okołoporodowej. W przedmiotowej ankiecie pacjentki były pytane min. o ocenę:

- organizacji przyjęcia na oddział szpitalny,
- spełnienia wymogu umożliwienia po porodzie kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry”,
- omówienia sposobów łagodzenia bólu,
- udzielanej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku,

¹⁸ Postanowienia ogólne.

¹⁹ Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 95/2019 z dnia 17 grudnia 2019 r. Dyrektora Szpitala (obowiązujący od 1 stycznia 2020 r.), ze zm.

²⁰ Zespół powołany na podstawie zarządzenia nr 67/2019 Dyrektora Szpitala Klinicznego im Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie z dnia 19 września 2019 r.

- przestrzegania wymogu informowania o planowanym postępowaniu medycznym, świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem.

(akta kontroli str. 1079-1095, 1098-1134)

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala *satysfakcja pacjentek z opieki okołoporodowej stanowi ważny wskaźnik jakości świadczonych usług medycznych. Regularne monitorowanie zadowolenia pacjentek pozwala na identyfikację obszarów wymagających poprawy oraz wdrażanie ukierunkowanych działań naprawczych (...).*

Dyrektor Szpitala wyjaśniła również, że opracowane i analizowane wskaźniki były wykorzystywane do:

- oceny pracy pracowników medycznych realizujących standard opieki okołoporodowej,
- planowania szkoleń dla personelu,
- przekazywania informacji do Konsultanta Wojewódzkiego ds. pielęgniarstwa położniczego,
- prawidłowej realizacji założeń standardu opieki okołoporodowej w celu zapewnienia właściwej opieki nad pacjentką i noworodkiem oraz satysfakcji z tej opieki,
- właściwej realizacji wymagań akredytacyjnych i inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku,
- wzrostu atrakcyjności Szpitala na rynku usług medycznych.

(akta kontroli str. 1076)

1.5. Zgodnie z częścią VII²¹ ust. 4 Standardów opieki okołoporodowej, w Szpitalu opracowano, w formie pisemnej, *Tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* – w formie załącznika nr 5 do Procedury nr 20. *Obsługa pacjentki w Bloku Porodowym*²² oraz zapoznano personel medyczny z tym dokumentem. W procedurze tej uwzględniono wymagania wynikające z części VII ust. 2, 7-8, 11, 14, 16-17, 20, 22-24 Standardów, nie określono jednak wymagań zawartych w części VII ust. 1, 9-10, 12-13 oraz jedynie częściowo uwzględniono wymagania wynikające z części VII ust. 3 oraz 19 i 21, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Procedura została zaakceptowana przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, co było zgodne z częścią VII ust. 5 Standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 131-133, 352, 371, 380-383)

1.6. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą zapewniono personel medyczny w wymiarze i o kwalifikacjach zgodnych z wymogami dla trzeciego poziomu referencyjnego dla świadczeń udzielanych w zakresie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii²³, określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

²¹ Łagodzenie bólu porodowego.

²² Obecnie obowiązująca w Szpitalu procedura (wydanie 10) została opracowana 20 maja 2024 r.

²³ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (luty, sierpień) w każdym roku w latach 2022-2024.

z zakresu leczenia szpitalnego²⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych).

W Szpitalu na oddziałach ginekologicznym, położniczym i neonatologicznym zatrudniano (wg stanu na 30 czerwca 2025 r.):

- 115 lekarzy (w tym 66 na podstawie umowy o pracę, ośmiu – umowy zlecenie oraz 41 – umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych);
- 206 położnych oraz 41 pielęgniarek na podstawie umowy o pracę.

W Szpitalu zatrudniano również:

- trzech psychologów, w tym jednego pełnym wymiarze czasu pracy²⁵. Jeden z psychologów miał specjalizację w zakresie psychologii klinicznej, kolejny – psychoonkologii. Każdy z psychologów był dostępny w Szpitalu w dni powszednie, udzielał również porad psychologicznych personelowi medycznemu (w miarę zgłaszanych potrzeb, bez prowadzenia statystyk w tym zakresie);
- sześciu certyfikowanych doradców laktacyjnych²⁶ w pełnym wymiarze czasu pracy;
- siedmiu fizjoterapeutów oraz logopedę.

W Szpitalu zapewniono również stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 1137-1138, 1147-1151, 1314-1315)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w Szpitalu w okresie objętym kontrolą opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Opracowanie tych norm nie zostało jednak poprzedzone opinią: kierujących komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym Szpitala i przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na jego terenie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dla okresu objętego kontrolą minimalna przyjęta norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wyniosła na: [1] oddziale położniczym – 33,8 etatów, na oddziale ginekologicznym – 20,3 etatów, oddziale intensywnej terapii noworodka – 26,4 etatów, oddziale patologii noworodka – 33,3 etatów, oddziale patologii ciąży 19,5 etatów, a na bloku porodowym 9,8 etatów.

(akta kontroli str. 1139-1145)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę wykazała, że przestrzegano art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej²⁷. W miesiącach objętych analizą²⁸ stwierdzono 25 przypadków

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

²⁵ Pozostali wdaj psychologów są zatrudnieni w wymiarze 9/10 oraz 1/4 etatu.

²⁶ Dotyczy personelu, który uzyskał certyfikat CDL, tj. Certyfikowany Doradca Laktacyjny, tytuł nadawany na 7 lat przez Centrum Nauki o Laktacji CNoL, przeznaczony dla zawodów medycznych, zgodnie z regulaminem kształcenia i szczegółowymi wymaganiami zawartymi w: „Przewodniku dla kandydatów na CDL, Centrum Nauki o Laktacji.

²⁷ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (luty, sierpień) w każdym roku w latach 2022-2024.

²⁸ Dotyczy dwóch miesięcy (luty, sierpień) wybranych do próby kontrolnej w każdym roku w latach 2022-2024.

świadczenia pracy przez pięciu lekarzy (spośród 44 objętych analizą) nieprzerwanie przez długi okres. Przypadki te dotyczyły lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) i obejmowały:

- jeden przypadek świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez 31 h 30',
- cztery przypadki świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez 31 h,
- jeden przypadek przypadki świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez 27 h,
- dwa przypadki świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez 25 h 30',
- łącznie 17 przypadków świadczenia pracy przez trzech lekarzy nieprzerwanie przez 25 h.

(akta kontroli str. 1158-1161)

Ponadto stwierdzono, że w sześciu kartach pracy Dyrektora ds. Lecznictwa²⁹ wskazane zostały nierzetelne dane dotyczące faktycznego czasu pracy na stanowisku na tym stanowisku. Zidentyfikowane przypadki (łącznie 28) dotyczyły dni, w których oprócz wykonywania obowiązków na stanowisku dyrektora ds. lecznictwa pracownik ten, na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczył również pracę jako anestezjolog. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1162-1173)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne w Szpitalu w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i jej aneksów zawartych ze Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³⁰. Wyjątek stanowiło dwóch lekarzy, którzy zostali wskazani w harmonogramie w części dotyczącej zasobów z opóźnieniem. Jak wskazała Dyrektor Szpitala, wynikało to z niedostatecznej komunikacji wewnętrznej. Wskazała również, że przypadki te były już przedmiotem analizy wewnętrznej Szpitala i wdrożone zostały działania naprawcze w celu wyeliminowania błędów.

(akta kontroli str. 1158-1159, 1177-1216, 1324-1326)

1.7. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono szkolenia (zewnątrzne jak i wewnętrzne) obejmujące tematykę zagadnienia dotyczące

²⁹ Dotyczy sześciu kart pracy za luty-sierpień każdego roku w latach 2022-2024, wybranych do próby kontrolnej.

³⁰ Na podstawie próby kontrolnej 30 lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych w lipcu i sierpniu w latach 2022-2024.

Standardów opieki okołoporodowej, obejmujące również zagadnienia niepowodzeń położniczych:

- a) Szkolenia zewnętrzne, np.:
 - Nowoczesna opieka okołoporodowa,
 - Problemy w laktacji,
 - Standardy opieki w położnictwie i ginekologii,
 - Edukacja i wsparcie kobiety w laktacji,
 - Wokół standardów opieki zdrowotnej.
- b) Szkolenia wewnętrzne, np.:
 - Szkolenia wewnątrzoddziałowe pn. *Omówienie standardu okołoporodowego* – łącznie 14 edycji w latach 2022-2025 (I półrocze) w trzech komórkach organizacyjnych (Blok Porodowy, Oddział Położniczy, Oddział Neonatologii i Patologii Noworodka),
 - Prowadzenie porodu z imersją wodną i porodu w wodzie,
 - Edukacja i wsparcie kobiety w laktacji dla położnych,
 - Prawa i obowiązki pacjenta,
 - Jak rozmawiać z rodzicami po niepowodzeniu położniczym,
 - Obcowanie ze śmiercią nieodłącznym elementem pracy personelu medycznego – aspekt psychologiczny,
 - Empatia i emocje w pracy położnych.

(akta kontroli str. 1066-1070)

Łączna kwota wydatków Szpitala na szkolenia zewnętrzne wyniosła w:

- 2022 r. – 79 894,83 zł, z czego na szkolenia w Klinice Położnictwa i Ginekologii – 24 155,11 zł (w tym 750 zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej) oraz Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 9423,71 zł;
- 2023 r. – 64 433,92 zł, z czego na szkolenia w Klinice Położnictwa i Ginekologii – 31 338,54 zł oraz Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 1511,34 zł;
- 2024 r. – 85 675,63 zł, z czego na szkolenia w Klinice Położnictwa i Ginekologii – 34 412,71 zł oraz Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 7524,04 zł;
- 2025 r. (I pół.) – 146 756,37 zł, z czego na szkolenia w: Klinice Położnictwa i Ginekologii – 32 040 zł (w tym 22 700 zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej), Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 32 480 zł (w tym 12 600 zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej).

(akta kontroli str. 1071)

1.8. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu, stosownie do art. 34 ust. 1-2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³¹, zapewniono pacjentkom możliwość korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

W kontrolowanej jednostce nie opracowano wewnętrznych procedur regulujących zasady sprawowania takiej opieki, jak również nie ustalono cennika

³¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

prowadzenia tych usług. Opracowany został wzór umowy o dodatkową opiekę pielęgnacyjną zawieranej pomiędzy pacjentką a osobą pielęgnującą.

(akta kontroli str. 1217-1222)

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Marzena Sienicka wyjaśniła, że *dodatkową opiekę pielęgnacyjną mogą sprawować pielęgniarki/położne zatrudnione w Szpitalu. Ich wiedza dotycząca opieki położniczej nad matką i dzieckiem powinna być zweryfikowana przez położną oddziałową oddziału położniczego. Wskazała również, że sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie może odbywać się w trakcie pracy wynikającej z harmonogramu czasu pracy. Praca wynikająca z harmonogramu czasu pracy nie może być wykonywana po sprawowaniu dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.*

(akta kontroli str. 985)

W latach objętych kontrolą z możliwości dodatkowej opieki pielęgnacyjnej skorzystało łącznie 108 pacjentek (12 w 2022 r., 56 w 2023 r., 21 w 2024 r. oraz 19 w 2025 r. (I półrocze)).

(akta kontroli str. 1226)

Położne świadczące usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, w okresie objętym kontrolą, zawierały ze Szpitalem umowę o komercyjne przebywanie na terenie tej jednostki w związku ze sprawowaniem takiej opieki.

W umowie określono warunki jej realizacji, w tym m.in.:

- zobowiązanie do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych Szpitala, dotyczących bezpieczeństwa informacji,
- zobowiązanie do zachowania tajemnicy informacji, w tym danych osobowych;
- kwotę uiszczaną na rzecz Szpitala (pięć zł brutto za godzinę realizacji umowy, nie mniej niż 30 zł brutto w ujęciu miesięcznym) z tytułu umożliwienia i zapewnienia warunków oraz materiałów dla wykonywania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, udzielenia rekomendacji do jej wykonywania oraz wynikającej z kosztów organizacyjnych Szpitala;
- sposób informowania Szpitala o dacie i godzinie realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, wraz ze wskazaniem pacjentki, której taka opieka będzie udzielana;
- zobowiązanie do wykonywania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w sposób niekolidujący z obowiązkami wynikającymi z zawartej ze Szpitalem umowy o pracę.

(akta kontroli str. 1222-1225)

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wyjaśniła, że kwota pięciu zł brutto za godzinę realizacji umowy wynika z możliwości korzystania [przez położną – dop. NIK] ze środków ochrony osobistej i mediów. Wskazała również, że udzielanie rekomendacji do wykonywania opieki pielęgnacyjnej nie jest płatne i jest udzielane przez położną oddziałową odpowiedzialną za oddział położniczy po zapoznaniu pielęgniarki/położnej z procedurami i instrukcjami dotyczącymi

opieki nad pacjentką w oddziale położniczym, ogólnymi zasadami w opiece laktacyjnej oraz zasadami postępowania z pokarmem kobiecym.

(akta kontroli str. 985)

Szpital z tytułu komercyjnego przebywania na terenie jednostki w związku ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej uzyskał od położnych w latach objętych kontrolą łącznie 7240 zł, z czego 610 zł w 2022 r., 4860 zł w 2023 r., 1350 zł w 2024 r. oraz 420 zł w 2025 r. (I półrocze).

(akta kontroli str. 1226)

Z wyjaśnień dwóch położnych świadczących usługi dodatkowej opieki pielęgnacyjnej wynika m.in., że podejmowane czynności w ramach zawieranych umów były realizowane wg potrzeb zgłaszanych przez pacjentki i obejmowały takie czynności jak: pielęgnacja noworodka, higiena rany pooperacyjnej, pomoc w przystawianiu do piersi, edukacji pacjentki obejmującej karmienie piersią, postępowanie w położu, odżywianie kobiety karmiącej.

(akta kontroli str. 1227-1230)

Pacjentki rodzące w Szpitalu miały możliwość odpłatnego skorzystania z usług indywidualnej opieki położnej podczas porodu. W okresie objętym kontrolą z takiej możliwości skorzystały łącznie 342 pacjentki, z czego 89 w 2022 r., 119 w 2023 r., 96 w 2024 r. oraz 38 w 2025 r. (do 30 czerwca). W okresie tym indywidualna opieka nad pacjentką podczas porodu sprawowana była przez 15 położnych.

Usługa ta świadczona była podczas dodatkowych dyżurów medycznych realizowanych przez położne. Z tytułu udzielonych usług indywidualnej opieki położnej nad pacjentką Szpital w latach 2022-2025 (do 30 czerwca) uzyskał przychód w wysokości 591 tys. zł (z czego w poszczególnych latach odpowiednio: 135,6 tys. zł, 214,2 tys. zł, 172,8 tys. zł oraz 68,4 tys. zł). Odpłatność za wykonaną usługę pacjentki uiszczają w formie darowizny przekazywanej na konto Szpitala.

(akta kontroli str. 1231-1250, 1256-1263)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że usługa indywidualnej opieki położnej została w jednostce wprowadzona w 2004 r. i była to odpowiedź na zainteresowanie pacjentek taką formą opieki okołoporodowej. Dyrektor wskazała, że wprowadzenie tej możliwości miało na celu *poprawę komfortu psychicznego pacjentek oraz zapewnienie ciągłości opieki przez wybraną położną* (...). Wskazała również, że przekazywanie przez pacjentki środków za wykonaną usługę odbywało się w formie darowizny, gdyż Szpital nie oferował tej usługi jako świadczenia komercyjnego. Darowizna była dobrowolnym wsparciem działalności Szpitala. Kwoty darowizn były ustalane na podstawie analizy kosztów pracy oraz porównania z ofertami innych placówek medycznych. Wysokość darowizny była rekomendowana przez Szpital, jednak jej przekazanie miało charakter dobrowolny.

Dyrektor wyjaśniła także, że kwota darowizn w okresie styczeń-czerwiec 2022 r. wynosiła 1200 zł, natomiast od lipca 2022 r. – 1800 zł. Położna sprawująca taką opiekę otrzymywała wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych, zgodnie z obowiązującymi stawkami i dodatkami. W okresie styczeń-czerwiec 2022 r. wynagrodzenie takie wynosiło nie mniej niż 800 zł, a od lipca 2022 r. – nie

mniej niż 1300 zł. Kwoty te mogły różnić się w zależności od pory świadczenia dyżuru medycznego oraz naliczanych składek pracodawcy.

(akta kontroli str. 909-910)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej pięciu pacjentek³² korzystających z usług indywidualnej opieki położnej stwierdzono, że położne wykonywały świadczenia medyczne polegające m.in. na:

- prowadzeniu partogramu porodu,
- przyjęciu porodu,
- ocenie stanu pacjentki, częstotliwości skurczów porodowych, rozwarcia i stanu płynu owodniowego, prowadzeniu KTG,
- realizacji zaleceń lekarskich (w tym podawaniu leków),
- pielęgnacji rany,
- założeniu i obserwacji wkłucia.

Na realizowanie tych usług Szpital nie zawierał z pacjentkami stosownych umów oraz usługa ta nie została wymieniona w cenniku usług nieobjętych umową z NFZ. W przedkładanych do NFZ rozliczeniach przeprowadzanych świadczeń dotyczących porodów³³, wśród wskazanych wykonanych procedur wymieniona została również opieka pielęgniarki lub położnej (kod procedury 89.04) w całym okresie pobytu w Szpitalu, pomimo że świadczenie takiej usługi odbywało się w drodze częściowej odpłatności, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1264-1266)

1.9. W Szpitalu przeprowadzonych zostało 12 w 2022 r., dziewięć w 2023 r., 18 w 2024 r. i siedem w 2025 r. (29 lipca) kontroli zewnętrznych. Spośród nich jedna (z 2023 r.) dotyczyła opieki okołoporodowej. Kontrolę przeprowadzili pracownicy Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy i dotyczyła ona realizacji programu edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”. W zakresie realizacji tego programu kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości polegające na:

- wykazaniu w sprawozdaniach 28 jednostek edukacyjnych uczestniczek, które nie brały udziału w zajęciach (sformułowano zalecenie zwrotu nienależnie pobranego wynagrodzenia za te zajęcia);
- nieujęciu w sprawozdaniach za luty i kwiecień 2023 r. łącznie 26 jednostek edukacyjnych uczestniczek biorących udział w zajęciach (sformułowano zalecenie korekt sprawozdań i faktur uwzględniających te jednostki edukacyjne);
- braku dokumentacji części uczestniczek, które brały udział w kursie odbywającym się w maju i czerwcu 2023 r. (sformułowano zalecenie

³² Na podstawie losowo wybranej próby kontrolnej dokumentacji medycznej.

³³ Dotyczy próby kontrolnej dokumentacji medycznej pięciu pacjentek, które skorzystały z usługi indywidualnej opieki położnej.

- przesłania skanów brakujących dokumentów za kurs, a w przypadku ich braku – dokonanie zwrotu pobranego wynagrodzenia za ww. kurs);
- wpisaniu błędnej daty przeprowadzonych zajęć na liście obecności kursu prowadzonego w marcu i kwietniu 2023 r. (sformułowano zalecenie poprawienia tych dat);
 - braku znaku promocyjnego m.st. Warszawy na stronie internetowej „Szkoły rodzenia” (sformułowano zalecenie polegające na umieszczeniu na tej stronie aktualnego znaku promocyjnego);
 - drobnych błędach w sprawozdaniach z realizacji programu w nazwiskach uczestniczek programu (sformułowano zalecenie wpisywania w kolejnych sprawozdaniach prawidłowych nazwisk uczestniczek programu).
- Szpital wykonał ww. zalecenia pokontrolne i poinformował o sposobie ich wykonania.

(akta kontroli str. 105, 125-128)

1.10-11. W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla trzeciego poziomu referencyjności, dotyczące:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (tj.: kolposkop, aparat KTG³⁴, kardiomonitor, aparat USG, histeroskop diagnostyczno-operacyjny, laparoskop oraz aparat USG³⁵ z opcją kolorowego Dopplera);
- zapewnienia realizacji badań (tj.: komputerową analizę KTG oraz EKG płodu, w lokalizacji Szpitala – badania laboratoryjne, gazometrii krwi pępowinowej, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu, diagnostyki prenatalnej oraz dostęp do badań cytogenetycznych);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram³⁶, wyodrębniono salę do cięć cesarskich oraz blok operacyjny, a w Szpitalu funkcjonowała pracownia endoskopii oraz oddział neonatologiczny o trzecim stopniu referencyjności).

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁷ (dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów). Wyjątek stanowiły cztery przypadki, w których sprzęt został poddany wymaganemu przeglądowi po upływie 27 (dwa przypadki), 39 i 42 dni od wyznaczonego terminu.

(akta kontroli str. 1276-1277, 1288-1290, 1294)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że każdy sprzęt wykorzystywany do udzielania świadczeń medycznych, który uległ awarii lub nastąpiło wygaśnięcie terminu jego przeglądu był wyłączany z użytkowania i nie był wykorzystywany do

³⁴ Kardiokardiof.

³⁵ Ultrasonograf.

³⁶ Inaczej karta informacyjna porodu.

³⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

udzielania świadczeń medycznych. Fakt ten był odnotowywany w paszporcie technicznym.

(akta kontroli str. 1295)

Ww. sprzęt, który został poddany wymaganemu przeglądowi po upływie wymaganego terminu, nie został wycofany z wykazu (harmonogram – zasoby) stanowiącego załącznik nr 2 do umowy nr 07R-1-00333-03-08-2023-2027 z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, pomimo że do czasu wykonania przeglądu urządzenia te zostały wyłączone z użytkowania. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1293)

1.12. Stosownie do wymogów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą w Szpitalu³⁸:

- a) pomieszczenia Szpitala zlokalizowane były w zespole budynków, a ich kształt i powierzchnia umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie;
- b) pokoje łóżkowe w Oddziale Ginekologii oraz w Oddziale Położniczym 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 dostęp do łóżek pacjentek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju;
- c) w każdym z ww. oddziałów co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych było dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- d) wyodrębniono Blok Porodowy złożony z pięciu sal porodowych jednostanowiskowych, wyposażonych w pomieszczenia higieniczno-sanitarne, przeznaczonych do porodów rodzinnych. W Bloku Porodowym wyodrębniono również dwie sale operacyjne dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wraz ze stanowiskami resuscytacji noworodka oraz salę przeznaczoną dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, w której zapewniono możliwość obserwacji przy użyciu kamer;
- e) pokoje łóżkowe w Oddziale Położniczym urządzone były w systemie „matka z dzieckiem” i były przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka. Wyjątek stanowiły cztery pokoje urządzone dla czterech (jeden pokój) oraz trzech (trzy pokoje) pacjentek, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- f) pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi wyposażono co najmniej w 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

³⁸ Na podstawie przeprowadzonych oględzin.

ręczniki. Znajdujące się w pomieszczeniach fotele ginekologiczne były osłonięte zasłoną lub parawanem, a w oknach umieszczono rolety zasłaniające;

- g) w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka wyodrębniono trzy pokoje dla noworodków (łącznie 12 stanowisk), w tym pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, wyposażone w śluzę umywalkowo-fartuchowe, a w Oddziale Patologii Noworodka pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej. Pomieszczenia wyposażone były zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka;
- h) w Specjalistycznej Poliklinice³⁹ wydzielone zostały odrębne pomieszczenia, w których były udzielane świadczenia zdrowotne dorosłym i dzieciom zdrowym;
- i) w Izbie Przyjęć wyodrębnione zostały trzy gabinety zabiegowe oraz jeden gabinet obserwacyjny, wszystkie pomieszczenia były wyposażone w węzły sanitarne.

(akta kontroli str. 1267-1285, 1287)

Pokoje łóżkowe w których przebywały pacjentki, pomieszczenia diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne były urządzone w sposób zapewniający poszanowanie prawa pacjentek do intymności, stosownie do art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. były wyposażone w parawany i zasłony oddzielające pacjentki oraz osłaniające stanowiska, w których prowadzone były badania i zabiegi.

(akta kontroli str. 1267-1285)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że (...) w Szpitalu matki, które doświadczyły szczególnej sytuacji położniczej lub które nie mogą przebywać razem z dzieckiem przebywają w oddziale ginekologii. W Oddziale nie ma wyodrębnionej części oddziału lub pokoi dla takich matek. Zgodnie z Procedurą Nr 14 „Opieka nad pacjentką w Oddziale Ginekologii” punkt 7.5 pacjentek, po poronieniu lub po urodzeniu martwego dziecka, nie umieszczamy z pacjentkami, które urodziły dziecko, karmią piersią lub odciągają pokarm. W przypadku gdy pacjentka urodzi dziecko z wadą letalną przebywa z dzieckiem w oddziale ginekologii w sali pojedynczej, gdzie mogą z nimi przebywać osoby bliskie do czasu śmierci dziecka lub wypisu dziecka do opieki hospicyjnej. (...) w przypadku przebywania dziecka w OITN [Oddział Intensywnej Terapii Noworodka – dop. NIK] w bardzo ciężkim lub krytycznym stanie zdrowia, decyzje podejmowane są na bieżąco i dostosowane do indywidualnej możliwości i potrzeb rodziców, również dotyczy to zgonu dziecka. W takim przypadku rodzice z dzieckiem mają zapewnioną intymność w oddzielnej sali, jeżeli warunki na to pozwalają ze względu np. na dużą liczbę pacjentów w oddziale, wydzielamy im przestrzeń intymną poprzez oddzielenie stanowiska pacjenta parawanem. Zgodnie z procedurą rodzice mogą przebywać z pacjentem dwie godziny, jednak ten czas pobytu jest indywidualnie dostosowywany do potrzeb rodziny.

(akta kontroli str. 1076-1077)

³⁹ Ambulatorium.

W latach objętych kontrolą, jedna⁴⁰ z kontroli przeprowadzonych przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczyła spełnienia wymagań⁴¹ w pomieszczeniach i urządzeniach Szpitala m.in. na oddziałach ginekologicznym i położniczym. Kontrola to dotyczyła zagadnień *bieżącego nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, prowadzona działalność zapobiegawcza i przeciwepidemiczna w zakresie chorób zakaźnych oraz utrzymanie należytego stanu higieniczno-sanitarnego*). W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na ubytkach materiału w stolarce drzwiowej w pokoju pobrań w oddziale ginekologicznym, uniemożliwiająca mycie i dezynfekcję. Nieprawidłowość ta została usunięta w trakcie kontroli pracowników ww. inspekcji.

(akta kontroli str. 105-107, 112-114, 122)

1.13. W Szpitalu, zgodnie z częścią XIII pkt 3 ppkt 10 Standardów opieki okołoporodowej, nie prowadzono działań reklamowych i marketingowych dotyczących preparatów początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia. W pomieszczeniach Szpitala poddanych oględzinom nie stwierdzono plakatów, broszur, ulotek oraz innych materiałów reklamowych i promocyjnych wskazujących producentów ww. preparatów i przedmiotów. Na stosowanych w Szpitalu mieszankach do początkowego żywienia noworodków znajdujących się w oddziale położniczym i oddziale patologii noworodka były zamieszczone informacje o producencie. Preparaty te, zgodnie z informacją położnej oddziałowej oddziału położniczego, były odmierzane w odpowiedniej ilości (zgodnie ze zleceniem lekarskim) do butelek przeznaczonych do karmienia noworodków.

(akta kontroli str. 1267-1285)

Szpital w okresie objętym kontrolą zakupił preparaty do początkowego żywienia niemowląt od czterech⁴² producentów za 1115,09 zł (91 opakowań) w 2022 r., 2798,73 zł (86 opakowań) w 2023 r., 3916,35 zł (146 opakowań) w 2024 r. i 2103,58 zł (61 opakowań) w 2025 r. (30 czerwca).

(akta kontroli str. 130)

1.14. Szpital w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, na funkcjonowanie Kliniki Położnictwa i Ginekologii oraz Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka poniósł koszty w wysokości 97 384 tys. zł⁴³ (80,7% ogółu) w 2022 r., 113 025,5 tys. zł⁴⁴ (80,5% ogółu) w 2023 r., 123 365,7 tys. zł⁴⁵ (81,1% ogółu) w 2024 r. i 64 383,8 tys. zł⁴⁶ (80,9% ogółu) w 2025 r. (na 30 czerwca). Z tego tytułu z NFZ otrzymał środki w kwocie

⁴⁰ Przeprowadzona na przełomie kwietnia i maja 2024 r.

⁴¹ Wymagania, o których mowa w art. 22 ustawy o działalności leczniczej.

⁴² Od dwóch – w 2022 r., trzech – w 2023 r. i czterech – od 2024 r.

⁴³ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 59 345 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 38 039 tys. zł.

⁴⁴ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 70 685,1 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 42 340,4 tys. zł.

⁴⁵ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 78 710 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 44 655,7 tys. zł.

⁴⁶ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 41 917 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 22 466,8 tys. zł.

75 165,6 tys. zł⁴⁷ (75% ogółu) w 2022 r., 96 740,1 tys. zł⁴⁸ (74,3% ogółu) w 2023 r., 96 231,6 tys. zł⁴⁹ (71,9% ogółu) w 2024 r., oraz 48 890,5 tys. zł⁵⁰ (71,4% ogółu) w 2025 r. (na 30 czerwca).

(akta kontroli str. 980)

Najwyższą grupę kosztów (ponad 90%⁵¹) Szpitala stanowiły:

- wynagrodzenia wraz z pochodnymi⁵² – 76 718,53 tys. zł (63,6%) w 2022 r., 92 193,41 tys. zł (65,7%) w 2023 r., 101 383,98 tys. zł (66,7%) w 2024 r. i 53 324,19 tys. zł (67%) w 2025 r. (30 czerwca);
- zużycie materiałów i energii – 20 426,32 tys. zł (16,9%) w 2022 r., 23 400,07 tys. zł (16,7%) w 2023 r., 22 906,56 tys. zł (15,2%) w 2024 r. i 12 133,47 tys. zł (15,3%) w 2025 r. (30 czerwca);
- usługi obce⁵³ – 15 546,16 tys. zł (12,9%) w 2022 r., 18 007,05 tys. zł (12,8%) w 2023 r., 21 061,45 tys. zł (13,8%) w 2024 r. i 10 806,7 tys. zł (13,6%) w 2025 r. (30 czerwca).

(akta kontroli str. 979)

W latach objętych kontrolą Szpital nie pobierał od pacjentek innych niż wymienione we wcześniejszej części wystąpienia opłat dodatkowych związanych ze sprawowaniem opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 134)

1.15. Szkoła rodzenia, zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala, była jedną z komórek organizacyjnych Szpitala, która nie wchodziła w skład jednostek organizacyjnych działalności podstawowej. Do zakresu jej działania należało w szczególności minimalizowanie negatywnych obaw związanych z ciążą, porodem i położeniem oraz przekazywanie informacji na temat opieki okołoporodowej i pielęgnacji noworodka.

(akta kontroli str. 16, 30, 952)

Szpital w okresie objętym kontrolą przeprowadził w Szkole rodzenia: 25 kursów w 2022 r. ⁵⁴ (uczestniczyło w nich 221 kobiet), 35 – w 2023 r. (wzięło w nich udział 312 kobiet), 28 – w 2024 r. (uczestniczyło w nich 235 kobiet) oraz 17 (w tym dwa

⁴⁷ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 45 390,9 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 29 814,7 tys. zł.

⁴⁸ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 50 342,9 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 46 397,2 tys. zł.

⁴⁹ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 54 606,5 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 41 625,1 tys. zł.

⁵⁰ Klinika Położnictwa i Ginekologii – 28 592,6 tys. zł, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka – 20 297,9 tys. zł.

⁵¹ 93,4% w 2022 r., 95,2% w 2023 r., 95,6% w 2024 r. i 95,8% w 2025 r. (30 czerwca).

⁵² Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia.

⁵³ W tym kontrakty na usługi podwykonawstwa personelu medycznego.

⁵⁴ Od połowy maja 2022 r., wcześniej zajęcia nie odbywały się z powodu epidemii.

weekendowe) – do 30 czerwca 2025 r. (wzięło w nich udział 145 kobiet, z czego 14 – w kursach weekendowych⁵⁵).

W latach objętych kontrolą zajęcia w dni robocze⁵⁶ – w formie pięciu spotkań po trzy godziny – prowadziła kadra składająca się z położnych (12 w 2022 r. i 2024 r., 14 w 2023 r. oraz 11 – do końca czerwca 2025 r.), fizjoterapeuty oraz psychologa. Zajęcia weekendowe, w formie czterech spotkań po trzy godziny, prowadziły cztery osoby (trzy położne, psycholog, ratownik medyczny oraz przedstawiciel handlowy). Zarówno zajęcia prowadzone w dni robocze, jak również w weekendy odbywały w grupach nie większych niż 12 par.

Tematyka zajęć obejmowała zagadnienia związane z porodem (m.in. metody łagodzenia bólu, przygotowanie do porodu), pościem, karmieniem piersią oraz pielęgnacją noworodka. Zajęcia prowadzone przez:

- psychologa dotyczyły zagadnień związanych z psychologicznymi aspektami porodu, problemami emocjonalnymi okresu poporodowego, przygotowaniem do roli rodzica;
- fizjoterapeutę – kwestii sprawności fizycznej w ciąży i w poroku;
- ratownika medycznego licencjonowanego – spraw związanych z pierwszą pomocą;
- przedstawiciela handlowego – kwestii bezpieczeństwa w transporcie i wyborze fotelika dla dziecka.

Odpłatne były zajęcia odbywające się w dni robocze (dotyczy wyłącznie ciężarnych niebędących mieszkankami miasta Warszawy) oraz w weekendy. Koszt udziału w tych zajęciach wynosił: od maja do grudnia 2022 r. – 300 zł, od stycznia do lutego 2023 r. – 430 zł oraz od marca 2023 r. – 500 zł.

Zajęcia prowadzone w dni robocze, przeznaczone dla kobiet będących mieszkankami miasta Warszawy⁵⁷, finansowane były ze środków miasta Warszawy w ramach programu edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”. Za realizację tego programu Szpital otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 430 zł i 500 zł brutto od osoby odpowiednio za okres od maja do grudnia 2022 r. i od stycznia 2023 r.

(akta kontroli str. 950-963)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

⁵⁵ Kursy weekendowe zostały przeprowadzone w okresie od 22 marca do 12 kwietnia (10 kobiet) oraz od 24 maja do 14 czerwca (cztery kobiety).

⁵⁶ Dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, takich jak święta (zajęcia finansowe ze środków w ramach programu edukacji przedszkolnej „Szkoła rodzenia”).

⁵⁷ Kobiety w ciąży, zamieszkałe na terenie miasta Warszawy tj. płacące podatki w Warszawie, albo zameldowane w Warszawie na stałe lub czasowo i podopieczne domów matki i dziecka finansowane przez miasto.

1. W sporządzonym w Szpitalu *Trybie postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego*, stanowiącym załącznik nr 5 do procedury nr 20 *Obsługa pacjentki na Bloku Porodowym*⁵⁸, nie uwzględniono:

- a) wymogów zawartych w części VII⁵⁹ ust. 1, 9-10 oraz 12-13 standardów opieki okołoporodowej, określających:
 - prawo rodzącej do łagodzenia bólu porodowego (ust. 1);
 - metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego oraz zasady ich doboru i stosowania (ust. 9);
 - zakres i częstość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod nefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego (ust. 10);
 - zasady stosowania analgezji wziewnej w łagodzeniu bólu porodowego (ust. 12);
 - zasady stosowania produktów leczniczych z grupy opioidów w łagodzeniu bólu porodowego (ust. 13).
- b) w całości wymogów określonych w części VII ust. 3, 19 oraz 21 standardów opieki okołoporodowej, określających:
 - konieczność uwzględnienia zdania rodzącej w zakresie sposobu postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, oraz zapewnieniu rodzącej wsparcia w ich zastosowaniu (ust. 3);
 - zasady stosowania analgezji regionalnej w poszczególnych fazach porodu (ust. 19);
 - potrzebę uzyskania przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną pisemnej zgody od przedstawiciela ustawowego rodzącej (ust. 21).

Ponadto jako podstawę prawną opracowania *Trybu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* wskazano uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego⁶⁰.

(akta kontroli str. 131-133, 352, 371, 380-383)

Dyrektor wyjaśniła, że w procedurze nie zostały uwzględnione ww. zapisy wynikające ze Standardów opieki okołoporodowej, *gdyż po dacie rozpoczęcia obowiązywania powyższego Rozporządzenia nie dokonano aktualizacji Trybu w procedurze szpitalnej w kolejnej aktualizacji. Zapisy (...) zostaną umieszczone niezwłocznie. Pomimo braku przedmiotowych zapisów, określone w nich czynności są realizowane. Nadmieniła, że: (...) Załącznik Tryb został opracowany na podstawie obowiązującego wówczas Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (...). Po uchyleniu Standardu i wprowadzeniu łagodzenia bólu porodowego do standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Kierownik zespołu anestezjologów powinien zaktualizować załącznik nr 5, czego nie zrobił i co zostało przeoczone przez osoby nadzorujące dokument. Załącznik nr 5 zostanie zaktualizowany niezwłocznie. W Szpitalu, łagodzenie bólu porodowego, w tym znieczulenia przewodowe, wprowadzone zostało ponad 30 lat przed wejściem*

⁵⁸ Obecnie obowiązująca w Szpitalu procedura (wydanie 10) została opracowana 20 maja 2024 r.

⁵⁹ Łagodzenie bólu porodowego.

⁶⁰ Dz. U. poz. 1997.

standardu medycznego, dlatego wprowadzenie standardu i jego zmiana nie miały znaczącego wpływu na postępowanie medyczne w tym zakresie.

(akta kontroli str. 905-906, 908, 944)

W związku z tym, że w trakcie kontroli uwzględniono w *Trybie postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* wszystkie wymagane zapisy oraz przywołano prawidłową podstawę prawną jego opracowania, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1014-1019)

2. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych⁶¹ zostały w latach 2022-2025 ustalone przez Dyrektora Szpitala bez zasięgnięcia opinii: kierujących komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym Szpitala i przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na jego terenie. Wymóg zasięgnięcia takich opinii przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą wynika z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 1139-1145)

Dyrektor wyjaśniła: *Z-ca ds. Pielęgniarstwa (...) była przekonana, że przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia obowiązuje ją rozporządzenie Min. Zdr. o świadczeniach gwarantowanych, dlatego ustnie uzyskiwała akceptację poł/piel oddziałowych wyliczonych norm zatrudnienia, które były zgodne z rozporządzeniem. Coroczne kontrole nie stwierdziły uchybień w tym zakresie. Po zwróconej uwadze, że rozporządzenie Min. Zdr. o minimalnych normach zatrudnienia nie zostało uchylone i obowiązuje w tym zakresie konieczność raz na trzy lata uzyskiwania akceptacji kierowników klinik, przedstawiciela izb pielęgniarskich, związków zawodowych oraz piel/poł oddziałowych natychmiast skorygowała błąd uzyskując akceptację wszystkich niezbędnych organów. (...).*

(akta kontroli str. 1078)

W związku z tym, że w trakcie kontroli ustalone w Szpitalu minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek/położnych uzyskały pisemną akceptację ww. podmiotów, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1135-1136)

3. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą realizowano odpłatną usługę polegającą na sprawowaniu indywidualnej opieki położnej do porodu, która obejmowała m.in. na wykonywanie świadczeń medycznych, pomimo że świadczenie polegające na opiece pielęgniarki lub położnej było świadczeniem gwarantowanym, wymienionym w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Procedura dotycząca opieki pielęgniarki lub położnej (kod procedury 89.04) była wskazywana w rozliczeniu przeprowadzanych świadczeń dotyczących

⁶¹ Sporządzone na dzień 30 czerwca i 31 grudnia 2022 r., 30 czerwca i 31 grudnia 2023 r., 9 września i 31 grudnia 2024 r. oraz 30 czerwca 2025 r.

porodów⁶² przedkładanych przez Szpital w ramach zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo że świadczenie takiej usługi odbywało się w drodze częściowej odpłatności przez pacjentki.

(akta kontroli str. 1231-1263)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w rozliczeniu świadczeń dotyczących porodu w przypadku pacjentek korzystających z odpłatnej usługi opieki położnej podczas porodu, w rozliczeniu z NFZ wymieniono opiekę pielęgniarki lub położnej (kod procedury 89.04), ponieważ do każdego porodu w Szpitalu wzywana jest pielęgniarka/położna neonatologiczna oraz lekarz neonatolog w celu oceny stanu urodzeniowego dziecka i wykonaniu czynności pielęgnacyjnych. (...) Wpisanie do rozliczenia z NFZ procedury 89.04 nie powoduje skutków finansowych dla Szpitala.

(akta kontroli str. 1310)

NIK zwraca uwagę, że świadczenie odpłatnej usługi polegającą na sprawowaniu indywidualnej opieki położnej do porodu może naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazywać na podwójne finansowane udzielanej przez położne opieki.

4. W Szpitalu w lutym i sierpniu w latach 2022-2024⁶³ wystąpiło 25 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny, z tego:

- przez okres 31 godz. 30 min. – jeden przypadek,
- przez okres 27 godz. – jeden przypadek,
- przez okres 25 godz. 30 min. – cztery przypadki,
- przez okres 25 godz. – 17 przypadków.

(akta kontroli str. 1158-1161)

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynika, że wykazane przypadki wskazania do 25 godz. 30 min nieprzerwanej pracy wynikają z potrzeby pozostania lekarzy po dyżurze na odprawie lekarskiej, ale również w przypadkach udzielania nagłych procedur medycznych np. resuscytacja wklucie centralne, cięcie cesarskie.

W przypadku wykazanego świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez okres 27 godzin, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że ze względu na odległy termin rozliczenia tych godzin, nie jest w stanie zweryfikować prawidłowości wypełnienia przedłożonej przez lekarza karty. Natomiast w odniesieniu do wskazanego przypadku świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez okres 31 godz. 30 min. wskazała, że prawdopodobnie mogło to wynikać z błędnego wypełnienia karty pracy.

Dyrektor wyjaśniła również, że żadna z ww. sytuacji nie naraziła pacjentów na niebezpieczeństwo zdrowotne.

(akta kontroli str. 1295-1296)

W ocenie NIK udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może budzić uzasadnione wątpliwości

⁶² Dotyczy próby kontrolnej dokumentacji medycznej pięciu pacjentek, które skorzystały z usługi indywidualnej opieki położnej.

⁶³ Na podstawie próby kontrolnej 44 lekarzy udzielających świadczeń w lutym i sierpniu w latach 2022 – 2024.

co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

5. W sześciu kartach pracy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa⁶⁴ stwierdzono przypadki nierzetelnego określenia faktycznych godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy. Powyższe dotyczyło łącznie 28 dni, w których oprócz wykonywania obowiązków na stanowisku dyrektora ds. Lecznictwa pracownik ten, na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczył również pracę jako anestezjolog.

(akta kontroli str. 1158-1173)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w ww. dniach udzielał świadczeń anestezjologicznych ze względu na niedostateczną obsadę lekarzy anestezjologów w stosunku do zaplanowanych w tych dniach zabiegów operacyjnych oraz wykonania pilnych zabiegów nieplanowanych. Wyjaśnił również, że jego wsparcie *pozwala na zrealizowanie zaplanowanych zabiegów i nie narusza zasad zatrudnienia, gdyż jako Z-ca Dyrektora pracuję w czasie nielimitowanym i jestem rozliczany z wykonanych zadań.*

(akta kontroli str. 1174)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa w ww. dniach udzielał świadczeń anestezjologicznych ze względu na niedostateczną obsadę lekarzy anestezjologów w stosunku do zabiegów operacyjnych oraz konieczność wykonania nagłych zabiegów. Wskazała również, że karty pracy nie odzwierciedlają rzeczywistych godzin pracy w uwagi na ograniczenia elektronicznego systemu ewidencji czasu pracy. System ten nie umożliwia rejestrowania rozpoczynania pracy dwukrotnie w tym samym dniu, a godziny pracy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa zostały przyjęte w tym systemie na potrzeby odnotowywania ewentualnych nieobecności w pracy. W sytuacji, gdy w ciągu dnia przerywał on pracę, by udzielać świadczeń zdrowotnych, zostawał w pracy dłużej, ale z ww. powodów odnotowanie tego faktu nie było możliwe w systemie elektronicznym.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła także, że aby uniknąć takich sytuacji od września 2025 r. karty pracy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa będą *wypełniane ręcznie.*

(akta kontroli str. 1296)

NIK nie neguje zasadności wsparcia personelu anestezjologicznego w sytuacjach niedoborów kadrowych lub zaistnienia potrzeby wykonania pilnych zabiegów nieplanowanych. Wskazuje jednak, że karta pracy powinna odzwierciedlać czas faktycznego realizowania obowiązków na stanowisku Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

W związku z podjęciem przez Dyrektora Szpitala działań naprawczych, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

6. Cztery spośród 15 pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” na Oddziale Położniczym, zostały urządzone w sposób niezgodny z częścią III ust. 1

⁶⁴ Dotyczy sześciu kart pracy za luty-sierpień każdego roku w latach 2022-2024, wybranych do próby kontrolnej.

pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Pokoje te były przeznaczone dla trzech (trzy pokoje) oraz czterech (jeden pokój) pacjentek, pomimo że zgodnie wymogiem w oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządzone w systemie "matka z dzieckiem", powinny być przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka.

(akta kontroli str. 1267-1272)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w momencie rozbudowy Szpitala w latach 2013-2018, jednym ze wskaźników było zwiększenie liczby łóżek w całym Szpitalu o 58, biorąc pod uwagę zapotrzebowanie w tym czasie na łóżka położnicze. W związku z pozyskaniem dofinansowania ze środków Ministerstwa Zdrowia wskaźnik ten musieliśmy utrzymać przez 5 lat od momentu zakończenia inwestycji.

(akta kontroli str. 1311-1312)

7. Cztery spośród 15 użytkowanych w Szpitalu sprzętów medycznych⁶⁵, które zostały poddane przeglądom technicznym po upływie wymaganego terminu ich wykonania, określonego w paszporcie technicznym, nie zostały wycofane z wykazu (harmonogram – zasoby) stanowiącego załącznik nr 2 do umowy nr 07R-1-00333-03-08-2023-2027 z NFZ, pomimo że do czasu wykonania przeglądu zostały one wyłączone z użytkowania. Powyższe dotyczyło:

- inkubatora otwartego z wyposażeniem IW934 oraz inkubatora otwartego – stanowisko do resuscytacji⁶⁶, które poddano przeglądom po upływie 27 dni (17 sierpnia 2022 r.) od wyznaczonego terminu (21 lipca 2022 r.);
- lampy do fototerapii (łożeczkowej) kocykowej o nr inwentarzowym sk802/102/1576/W, którą poddano przeglądowi po upływie 42 dni (1 września 2022 r.) od wyznaczonego terminu (21 lipca 2022 r.);
- aparatu do przezskórnego pomiaru bilirubiny o nr inwentarzowym sk802/102/2357/W, który poddano przeglądowi po upływie 39 dni (8 stycznia 2025 r.) od wyznaczonego terminu (30 listopada 2024 r.).

Stanowiło to naruszenie § 2 ust. 9 ww. umowy, zgodnie z którym świadczeniodawca był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w jego dyspozycji, służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

(akta kontroli str. 1288-1290, 1293)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Szpital nie koryguje w portalu SZOI danych dotyczących zasobów majątkowych w sytuacji wycofywania sprzętu/aparatury na czas przeglądu/konserwacji/naprawy. Wskazała również, że Szpital miał wymaganą liczbę sprzętu, niezbędną do udzielania świadczeń medycznych,

⁶⁵ Na podstawie próby kontrolnej 15 sprzętów medycznych o najwyższej wartości.

⁶⁶ Nr inwentarzowy odpowiednio: sk802/101/0237/W i sk802/102/1324/W.

stosownie do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 1295)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zapewniono warunki organizacyjne dla realizacji świadczeń opieki okołoporodowej. Stosownie do wymogów dla trzeciego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, a na oddziałach zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego mającego wymagane kwalifikacje. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz w większości przypadków miały realizowane przeglądy w terminach wynikających z dokumentacji technicznej. Pokoje łóżkowe w których przebywały pacjentki, pomieszczenia diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne były urządzone w sposób zapewniający poszanowanie prawa pacjentek do intymności. Wątpliwości co do właściwej organizacji udzielanych świadczeń opieki okołoporodowej oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających w Szpitalu, mogą budzić ujawnione przypadki: [1] wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin; [2] realizowania odpłatnej usługi indywidualnej opieki położnej przy porodzie; [3] braku uwzględnienia w obowiązującej procedurze łagodzenia bólu wszystkich wymogów określonych w standardach opieki okołoporodowej oraz ustaleniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wbrew wymogom wynikającym z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej; [4] urządzenia czerech pokoi dla pacjentek w systemie „matka z dzieckiem” w sposób niezgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ponadto w Szpitalu nie aktualizowano na bieżąco wykazu sprzętu medycznego stanowiącego załącznik nr 2 do umowy i jej aneksów zawartych z oddziałem wojewódzkim NFZ w okresie objętym kontrolą.

OBSZAR Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1. W Szpitalu, stosownie do części VIII ust. 5 standardów opieki okołoporodowej weryfikowano czy każda z pacjentek przyjmowanych do porodu⁶⁷ miała aktualne badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV, a w przypadku ich braku badania takie były niezwłocznie wykonywane. W dokumentacji medycznej każdej z pacjentek przyjętych do Szpitala określono jej grupę krwi oraz wskazano wyniki badania przesiewowego w celu wykrycia obecności paciorkowców grupy B.

W Szpitalu opracowano przykładowy plan porodu, którego uzgodnienie z pacjentką, stosownie do pkt. 7.1 procedury nr 20 *Obsługa Pacjentki w Bloku*

⁶⁷ Na podstawie próby kontrolnej dokumentacji medycznej pięciu pacjentek.

Porodowym, należało do obowiązków położnej. W planie tym (załącznik nr 6 do ww. procedury) wskazano m.in. na możliwość:

- prowadzenia aktywnego porodu (np. poprzez wykorzystanie dostępnego w salach porodowych wyposażenia, tj. piłki, drabinki);
- uczestniczenia osoby towarzyszącej,
- porodu w pojedynczej sali porodowej,
- odpępnienia dziecka przez osobę towarzyszącą,
- pierwszego karmienia piersią po urodzeniu dziecka.

Wskazano również informacje o dostępnych w Szpitalu formach łagodzenia bólu porodowego (zarówno farmakologicznych, jak również niefarmakologicznych). Opracowany w Szpitalu formularz planu porodu nie zapewniał możliwości wskazania preferencji i oczekiwań rodzącej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 356, 384, 1316-1317)

2.2. Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które urodziły w Szpitalu w latach 2022-2024 wykazało, że:

- a) każdorazowo uzyskiwano zgodę pacjentki na wykonanie zabiegów i badań (w tym na wykonanie cesarskiego cięcia, amniotomii, nacięcia i zaszycia krocza, znieczulenia zewnątrzoponowego, znieczulenia porodu podtlenkiem azotu, wyłęczekowania jamy macicy po porodzie, kontrolę dolnego odcinka macicy po porodzie);
- b) w planach porodu opracowanych przez Szpital i załączonych do badanej dokumentacji, znajdowały się informacje o możliwości obecności osoby towarzyszącej podczas porodu, jednak w dokumentacji tej, poza jednym przypadkiem, nie zamieszczano informacji o korzystaniu przez rodzącą ze wsparcia osoby bliskiej;
- c) spośród 11 pacjentek, u których przeprowadzono nacięcie krocza, nie zamieszczano informacji o przyczynach wykonania tego zabiegu. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala: *położna obsługująca poród w zależności od sytuacji i ryzyka, każdorazowo podejmuje decyzję o wykonaniu tej procedury*. Wskazała również, że procedura ta jest wykonywana w celu zapobiegania powikłaniu jakim jest samoczynne pęknięcie krocza oraz okołoporodowe niedotlenienie dziecka;
- d) u żadnej z pacjentek nie przeprowadzono zabiegu amniotomii;
- e) wśród przyczyn zakładania wkłucia do żyły obwodowej najczęściej wskazywano na potrzebę podania leków, znieczulenia zewnątrzoponowego, oksytocyny oraz nawodnienia.

(akta kontroli str. 1316-1317)

2.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zapewniano pacjentkom różne formy (farmakologiczne i niefarmakologiczne) łagodzenia bólu porodowego. Spośród 30 pacjentek, których dokumentację medyczną poddano analizie w ramach próby kontrolnej ustalono, że:

- 14 pacjentek skorzystało ze znieczulenia zewnątrzoponowego⁶⁸,
- osiem pacjentek otrzymało znieczulenie w związku z rozwiązaniem porodu w drodze cięcia cesarskiego⁶⁹,
- jedna z pacjentek podczas porodu poprosiła o podanie znieczulenia zewnątrzoponowego, jednak z uwagi na szybko postępujący poród nie zdążono założyć znieczulenia,
- trzy pacjentki korzystały z podtlenku azotu,
- cztery pacjentki skorzystały z nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu w tym z piłki oraz imersji wodnej,
- w przypadku trzech pacjentek nie wskazano na zastosowanie żadnej z form łagodzenia bólu porodowego.

Podczas prowadzonych oględzin⁷⁰ ustalono, że sale porodowe były wyposażone w sprzęt i urządzenia umożliwiające stosowanie różnych metod łagodzenia bólu porodowego, w tym m.in.: piłkę, stołek porodowy, zestaw do aromaterapii, wannę porodową, worek sako oraz sznury porodowe.

(akta kontroli str. 1316-1317, 1268, 1279-1280)

2.4. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 pacjentek przebywających w Szpitalu stwierdzono, że:

- a) dokumentacja indywidualna każdej z nich, 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 przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- b) w każdym przypadku, stosownie do § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷¹ (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej), do historii choroby dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, a w przypadku pacjentek, u których zakończenie porodu odbyło się w drodze cesarskiego cięcia, również karty przebiegu znieczulenia;
- c) stosownie do § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, strony dokumentacji były ponumerowane i chronologicznie uporządkowane;
- d) spośród 26 pacjentek, u których podczas porodu sporządzono kartę obserwacji porodu, w pięciu z tych dokumentów nie zamieszczono:
 - informacji o dacie i godzinie wystąpienia pierwszych skurczów porodowych oraz o lekarzu kontrolującym,

⁶⁸ Znieczulenie zewnątrzoponowe było stosowane równorzędnie z innymi metodami (w tym z imersją wodną, piłką i podtlenkiem azotu).

⁶⁹ Jedna z pacjentek otrzymała znieczulenie zewnątrzoponowe, jednak z uwagi na komplikacje rozwiązanie porodu nastąpiło w drodze cięcia cesarskiego.

⁷⁰ Dotyczy Sali porodowej nr 218.

⁷¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.

- informacji o godzinach trwania porodu oraz ciepłoty ciała,
- informacji o tygodniu porodu, położeniu, ustawieniu i ułożeniu główki dziecka,
- informacji o położnej obserwującej pacjentkę podczas porodu,
- daty pęknięcia pęcherza płodowego i godziny odpłynięcia wód płodowych,

co też szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- e) do dokumentacji medycznej jednej z pacjentek, załączone zostały wyniki badań morfologii krwi innej pacjentki.

(akta kontroli str. 1316-1317)

2.5. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków przebywających w Szpitalu stwierdzono, że:

- a) stosownie do cz. XIII ust. 1 pkt 8 standardów opieki okołoporodowej, wszystkim dzieciom urodzonym w Szpitalu zapewniano kontakt „skóra do skóry”;
- b) w przypadku braku możliwości kontaktu z matką, noworodek był przekazywany ojcu do kangurowania;
- c) w przypadku 13 noworodków w dokumentacji medycznej nie wskazano czasu trwania kontaktu z matką „skóra do skóry”;
- d) w przypadku 16 noworodków w dokumentacji medycznej wskazano, że dziecko po przeprowadzeniu czynności rutynowych lub pielęgnacyjnych, pozostawiono na brzuchu matki lub przekazano do kangurowania przez ojca. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zabiegi rutynowe lub pielęgnacyjne są wykonywane *bez zaburzenia kontaktu „skóra do skóry”*;
- e) w przypadku trzech noworodków w dokumentacji medycznej wskazano, że po porodzie noworodek został zbadany w kąciku noworodkowym, a następnie pozostawiony na brzuchu matki. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *brak zapewnienia noworodkom nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” wynikał a powodów medycznych (np. zielony płyn owodniowy, nikotynizm, wada serca dziecka itp.)*.

(akta kontroli str. 1318-1320)

2.6. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków przebywających w Szpitalu stwierdzono, że:

- a) każdorazowo po urodzeniu noworodek został oznakowany oraz przeprowadzono ocenę jego stanu według skali Apgar;
- b) w każdym przypadku przeprowadzono procedury dotyczące profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka oraz krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K. Wykonano również szczepienia przeciw gruźlicy oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B⁷²;
- c) w sali porodowej, w której rodził się noworodek, każdorazowo znajdowała się osoba potrafiąca przeprowadzić resuscytację, a także lekarz oddziału neonatologicznego;

⁷² Poza jednym przypadkiem, w którym rodzice nie wyrazili zgody na podanie szczepionki przeciw gruźlicy.

- d) w przypadku stwierdzenia zagrożenia zdrowia i życia noworodka, były one przekazywane do Oddziału Patologii Noworodka lub Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka, funkcjonujących w strukturze Szpitala;
- e) wszystkim 30 noworodkom przeprowadzono test pulsoksymetryczny, przesiewowe badanie słuchu oraz badanie przesiewowe na bibułę. Badanie odruchów ssania przeprowadzono u 22 noworodków, u kolejnych ośmiu takiego badania nie przeprowadzono. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że noworodki te były zbadane przez lekarza bezpośrednio po urodzeniu, ze względu na wskazania medyczne, w taki przypadkach nie jest badany odruch ssania, aby nie zaburzyć procesu przystawiania do piersi matki. Wyjaśniła również, że w późniejszym okresie na bieżąco odruch ssania jest oceniany zarówno przez lekarzy jaki i przez położne, doradców laktacyjnych oraz neurologopedów;
- f) każdorazowo przeprowadzano badanie kliniczne noworodka. W przypadku 10 noworodków w dokumentacji medycznej odnotowano datę i godzinę przeprowadzenia badania. W pozostałych 20 przypadkach, z uwagi na brak odnotowania w dokumentacji medycznej godziny przeprowadzenia badania (a w ośmiu z tych dokumentacji również daty), nie było możliwe potwierdzenie spełnienia wymogu przeprowadzenia badania w okresie 12 godzin od urodzenia. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w związku ze stwierdzonymi brakami, zostaną wprowadzone zmiany w dokumentacji medycznej;
- g) w dokumentacji medycznej nie odnotowywano faktu wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur medycznych po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody, w obecności matki w sali „matka z dzieckiem” (o ile stan zdrowia matki na to pozwalał). Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *wszystkie zabiegi lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, niezbędne metody lecznicze, badania przesiewowe i diagnostyczne wykonywane są w obecności matki.*

(akta kontroli str. 1318-1320)

2.7. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą pacjentki po urodzeniu dziecka, otrzymywały informacje na temat laktacji, w tym również o korzyściach i metodach karmienia piersią lub mlekiem kobiecym. Położne w Szpitalu udzielały również instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala: *Każda pacjentka, która urodziła dziecko w Szpitalu, otrzymuje broszurę „Sekrety Karmienia Piersią” opracowaną przez doradcę laktacyjnego zatrudnionego w Szpitalu, w której zamieszczony jest m.in. instruktaż ręcznego odciągania pokarmu. Każda matka otrzymuje instruktaż w zakresie karmienia piersią.* Wyjaśniła również, że matki karmiące nie zawsze wymagają przeprowadzenia instruktażu ręcznego odciągania pokarmu. Jest on zawsze udzielany kobietom potrzebującym, np. w sytuacji oddzielenia matki od dziecka.

(akta kontroli str. 1316-1317)

Pacjentki przebywające w Szpitalu miały możliwość korzystania z laktatorów oraz dezynfekcji akcesoriów laktacyjnych. Oddziały Szpitala wyposażone były w lodówki do przechowywania odciągniętego mleka kobiecego.

(akta kontroli str. 1316-1317, 1283, 1311)

W latach 2022-2024 noworodkom przebywającym na oddziałach Patologii Noworodka oraz Intensywnej Terapii Noworodka podano łącznie 357 litrów mleka z banku mleka kobiecego, w tym: w 2022 r. 115 litrów 305 noworodkom, w 2023 r. 125 litrów 300 noworodkom, a w 2024 r. 117 litrów 220 noworodkom. Koszty zakupu mleka w ww. okresie wyniosły łącznie 220,4 tys. zł (52,4 tys. zł w 2022 r., 78,2 tys. zł w 2023 r. oraz 89,8 tys. zł w 2024 r.).

(akta kontroli str. 1003)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków przebywających w Szpitalu stwierdzono, że:

- 16 noworodkom nie podawano mieszanek modyfikowanych (tzw. mleko sztuczne),
- sześcioro noworodków było dokarmianych mieszanką modyfikowaną na zlecenie lekarza, kolejnych dwoje – w związku z decyzją matki, a w przypadku jednego z noworodków podanie tego pokarmu wynikało zarówno z decyzji matki jak również zlecenia lekarza,
- pięcioro noworodków było dokarmianych mieszanką modyfikowaną, bez wskazania w dokumentacji medycznej powodu jej podania (zlecenie lekarza lub decyzja matki).

W dokumentacji medycznej dwóch noworodków stwierdzono rozbieżności dotyczące rodzaju pokarmu podawanego noworodkom. W przypadku pierwszego z noworodków wpisy zamieszczone w karcie pobytu noworodka wskazywały, że dziecko było karmione pokarmem modyfikowanym, podczas gdy w karcie badania noworodka wskazano na karmienie mlekiem matki. W przypadku drugiego noworodka w karcie pobytu noworodka wskazano, że dziecko było karmione mlekiem matki, natomiast wpisy w karcie obserwacji pielęgniarskiej informowały o dokarmianiu dziecka pokarmem modyfikowanym. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1318-1320)

2.8. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które w okresie objętym kontrolą, doświadczyły sytuacji szczególnych⁷³ stwierdzono, że w Szpitalu:

- a) w każdym przypadku wyrażenia takiej woli, umożliwiono rodzicom pożegnanie zmarłego dziecka;
- b) przekazywano kobietom informacje o przysługujących im prawach wynikających z sytuacji szczególnej, z tym również o możliwości pochówku utraconego dziecka;
- c) zapewniono pacjentkom możliwość pobytu w Sali, w której nie przebywały kobiety w ciąży lub połogu, które urodziły zdrowe dziecko⁷⁴, a w miarę możliwości umieszczano je w salach jednoosobowych;
- d) trzem pacjentkom przekazano informację o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. Jedna z pacjentek podczas wypisu ze Szpitala otrzymała skierowanie do psychologa. W przypadku pozostałych sześciu pacjentek,

⁷³ Urodzenie martwego dziecka lub poronienie po 12. tygodniu ciąży.

⁷⁴ Pacjentki umieszczano w pokojach łóżkowych w oddziale ginekologicznym.

w dokumentacji medycznej brak było informacji o przekazaniu takich informacji.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologa są informowane w trakcie pobytu na oddziale. (...) Na tablicach informacyjnych w widocznych miejscach są dostępne informacje o pracujących w Szpitalu psychologach oraz o godzinach przyjęć i numerach telefonów.*

- e) dziewięciu pacjentkom zaproponowano skorzystanie z pomocy psychologa, z czego:
- cztery pacjentki odmówiły (jednej z tych pacjentek wsparcie psychologiczne zostało udzielone w późniejszym terminie),
 - pięć pacjentek skorzystało z pomocy,
- f) jednej z pacjentek nie zapewniono wsparcia psychologa, pomimo wyrażenia przez nią takiej woli. Jak wskazała Dyrektor Szpitala zdarzenie miało miejsce nocą, wówczas psycholog nie jest dostępny w Szpitalu. Pacjentka została następnego dnia o godz. 11.30 wypisana do domu. Wskazała również, że personel Szpitala informuje ustnie o możliwości skorzystania z usług psychologa w poradni szpitalnej;
- g) do dokumentacji medycznej sześciu pacjentek nie załączono wypełnionych ankiet dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 911-912, 1328-1329)

W okresie objętym kontrolą Szpital współpracował z fundacją *Tęczowy kocyk*. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że współpraca ta obejmowała bezpłatne dostarczanie przez fundację przedmiotów (w tym ubranek, kocyków, rozków i pamiątek), przekazywanych przez położne rodzicom, stanowiących symboliczne pamiątki oraz wykorzystywanych przy pochówku dzieci przedwcześnie i martwo urodzonych.

Dyrektor wyjaśniła również, że Szpital w 2024 r. podjął współpracę w fundacją *Twarze Depresji*, która była inicjatorem programu zdalnej pomocy psychologicznej dla kobiet w ciąży i po porodzie. Współpraca polegała na przekazywaniu pacjentkom informacji o możliwości kontaktu z fundacją i o zakresie udzielanego wsparcia.

(akta kontroli str. 1339)

2.9. Wśród istotnych trudnień w sprawowaniu opieki okołoporodowej Dyrektor Szpitala zwróciła uwagę na problem pozostawiania dzieci w Szpitalu po porodzie. W okresie objętym kontrolą sytuacja taka miała miejsce czternastokrotnie (w 2022 r. i w 2023 r. pozostawiono dwoje dzieci, w 2024 r. – czworo, a w 2025 r. (do 30 czerwca) – sześcioro. Dzieci przebywały w Szpitalu od pięciu do 197 dni⁷⁵, w tym troje z tych dzieci przebywało w jednostce kontrolowanej powyżej 100 dni.

(akta kontroli str. 1330-1332)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w związku z opieką nad ww. dziećmi Szpital poniósł koszty w wysokości 644 tys. zł. Wskazała również, że środki przekazane

⁷⁵ Wg stanu na dzień 17 lipca 2025 r.

przez NFZ na sfinansowanie przedłużonych pobytów ww. dzieci oczekujących na umieszczenie w pieczy zastępczej wystarczyłyby na wypłacenie rodzicom zastępczym pomocy finansowej przez kolejne trzy lata dla każdego z tych dzieci. Dyrektor Szpitala podniosła również, że poza ww. kosztami, w związku z pobytem takich dzieci w Szpitalu, niezbędne jest:

- wypożyczenie łóżeczka dla dziecka,
- organizowanie zbiórek ubrań i zabawek,
- kangurowanie przez personel lub wolontariuszy,
- wypożyczenie wózka spacerowego,
- wychodzenie z dzieckiem na spacer.

(akta kontroli str. 1332-1333)

Wśród pozostałych problemów jakie napotyka jednostka w sprawowaniu opieki okołoporodowej Dyrektor Szpitala wskazała m.in. na:

- niepewność regulacyjną i decyzyjną związaną z brakiem możliwości sfinansowania kluczowych zakupów inwestycyjnych. Szpital od 2022 r. planuje wymianę łóżek szpitalnych, jednak z uwagi na brak uruchomienia przez Ministerstwo Zdrowia konkursów na sfinansowanie tych zakupów ze środków pochodzących z Funduszu Medycznego, inwestycje te nie mogą być przeprowadzone (planowano wymianę 130 łóżek);
- wadliwy sposób określania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, nieuwzględniający obłożenia łóżek szpitalnych;
- trudności finansowe związane z:
 - wprowadzeniem ustawowego wzrostu wynagrodzeń bez adekwatnego wzrostu finansowania działalności Szpitala;
 - presją płacową ze strony lekarzy pracujących na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - brakiem finansowania – innych niż znieczulenie zewnątrzoponowe – form łagodzenia bólu porodowego (np. podtlenek azotu);
 - niską wyceną świadczeń opieki okołoporodowej;
 - limitowaniem świadczeń udzielanych pacjentkom ciężarnym;
 - opóźnieniami w płatnościach NFZ za nadwykonania świadczeń nielimitowanych;
 - brakiem finansowania szczepień przeciwko RSV⁷⁶ dla pacjentek ciężarnych przebywających w Szpitalu.

(akta kontroli str. 986, 987, 1335-1338)

2.10. W latach 2022-2025 (do 30 lipca) do Szpitala wpłynęły 104 skargi, z których 17 dotyczyło opieki okołoporodowej. Problematyka poruszana w skargach obejmowała zagadnienia dotyczące:

- a) jakości udzielanej opieki okołoporodowej, w tym m.in.:
 - nieodpowiednie zachowanie personelu medycznego (niestosowne komentarze, nieinformowanie o postępie porodu, brak empatii),
 - brak wsparcia w laktacji,

⁷⁶ Syncytialny wirus oddechowy.

- brak możliwości skorzystania podczas porodu ze wsparcia osoby bliskiej,
 - brak kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”,
 - niezasadne karmienie pokarmem modyfikowanym lub mlekiem z banku mleka kobiecego,
- b) niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- c) niedochowanie reżimu sanitarnego w Szpitalu,
- d) braku wyczerpującej informacji o zastosowanym planie leczenia, powodach stosowanej terapii i potencjalnych konsekwencjach.

Dyrekcja Szpitala każdorazowo po otrzymaniu skargi podejmowała czynności wyjaśniające, a w przypadku potwierdzenia zasadności skargi podejmowała działania zaradcze w tym rozmowy dyscyplinujące z personelem medycznym, przeprowadzenie dodatkowych szkoleń.

NIK zwraca uwagę na długi termin udzielenia odpowiedzi skarżącej w prowadzonej z nią korespondencji w toku rozpatrywania złożonej przez pacjentkę skargi⁷⁷.

(akta kontroli str. 1340-1349)

Z informacji udzielonej przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ wynika, że w latach 2022-2025 rozpatrywano jedną skargę dotyczącą niewłaściwego zachowania lekarza pracującego w Szpitalu wobec pacjentki. Szpital w postępowaniu wyjaśniającym poinformował o przeprowadzeniu z lekarzem rozmowy dyscyplinującej, w trakcie której zostało mu udzielone upomnienie oraz pouczono go o zasadach prawidłowej komunikacji z pacjentami oraz o prawie do poszanowania godności i intymności pacjentek. Lekarz został ponadto skierowany na szkolenie dotyczące zasad komunikacji interpersonalnej z pacjentem.

(akta kontroli str. 965-974)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W objętej kontrolą dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków⁷⁸ stwierdzono przypadki nierzetelnego jej prowadzenia. Stwierdzone przypadki dotyczyły dokumentacji medycznej:

- a) pięciu spośród 26 pacjentek, u których podczas porodu sporządzono kartę obserwacji porodu, w których nie zamieszczono:
- informacji o dacie i godzinie wystąpienia pierwszych skurczów porodowych oraz o lekarzu kontrolującym,
 - informacji o godzinach trwania porodu oraz ciepłoty ciała,
 - informacji o tygodniu porodu, położeniu, ustawieniu i ułożeniu główki dziecka,
 - informacji o położnej obserwującej pacjentkę podczas porodu,

⁷⁷ Dotyczy skargi, która wpłynęła do Szpitala 21 września 2024 r.

⁷⁸ Dotyczy próby kontrolnej dokumentacji medycznej 30 pacjentek i noworodków.

- daty pęknięcia pęcherza płodowego i godziny odpłynięcia wód płodowych;

(akta kontroli str. 1316-1317)

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach potwierdziła ww. braki, wskazała również że zostanie we wrześniu br. przeprowadzone szkolenie dot. prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej;

(akta kontroli str. 1310)

- b) do dokumentacji medycznej jednej z pacjentek, załączone zostały wyniki badań morfologii krwi innej pacjentki;

(akta kontroli str. 1316-1317)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że dokumentacja ta została już usunięta oraz przeprowadzono rozmowę z osobami odpowiedzialnymi dotyczącą zachowania należytej staranności podczas kompletowania dokumentacji medycznej;

(akta kontroli str. 1311)

- c) pięciorga noworodków dokarmianych mieszanką modyfikowaną, bez wskazania w dokumentacji medycznej powodu jej podania (zlecenie lekarza lub decyzja matki);
- d) dwojga noworodków, w której zidentyfikowane rozbieżności dotyczyły rodzaju podawanego pokarmu. W przypadku pierwszego z noworodków wpisy zamieszczone w karcie pobytu noworodka wskazywały, że dziecko było karmione pokarmem modyfikowanym, podczas gdy w karcie badania noworodka wskazano na karmienie mlekiem matki. W przypadku drugiego noworodka w karcie pobytu noworodka wskazano, że dziecko było karmione mlekiem matki, natomiast wpisy w karcie obserwacji pielęgniarskiej informowały o dokarmianiu dziecka pokarmem modyfikowanym;

(akta kontroli str. 1318-1320)

Potwierdzając brak odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że podanie mieszanki modyfikowanej noworodkowi ma miejsce zgodnie z decyzją matki lub na zlecenie lekarza, po wcześniejszym udzieleniu informacji o takim żywieniu. Wskazała również, że *podanie mieszanki ma miejsce dopiero, gdy porada laktacyjna i odciąganie mleka nie jest skuteczne, nie jest traktowane jako pierwsza interwencja w sytuacji trudności w karmieniu piersią.*

(akta kontroli str. 1312)

2. W dokumentacji medycznej sześciu pacjentek nie zamieszczono ankiet dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży. Obowiązek ich sporządzenia wynikał z wewnętrznych procedur przyjętych w Szpitalu, w tym z procedury nr 14 *Opieka nad pacjentką w Oddziale Ginekologii* (pkt 7.5) oraz procedury nr 34 *Postępowanie po zgonie pacjenta, z dzieckiem urodzonym z oznakami życia, z dzieckiem martwo urodzonym i po poronieniu* (pkt 60), zgodnie z którymi położna

przeprowadzająca wywiad pielęgniarzki była zobowiązana do wypełnienia ankiety.

(akta kontroli str. 911-912, 1328-1329)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w przypadku czterech⁷⁹ pacjentek został z nimi omówiony plan porodu dla ciąży obumarłej, który został opracowany na podstawie rekomendacji wojewody mazowieckiego dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży⁸⁰. W przypadku pozostałych dwóch⁸¹ pacjentek nie wskazano przyczyn braku zamieszczenia ww. ankiet.

(akta kontroli str. 911-914)

3. Opracowany oraz wykorzystywany w Szpitalu wzór planu porodu nie zapewniał możliwości wskazania preferencji i oczekiwań rodzącej. Powyższe było sprzeczne z częścią V ust. 2 Standardów opieki okołoporodowej, zgodnie z którym plan porodu powinien być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań.

(akta kontroli str. 1316-1317)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pacjentki przyjmowane do porodu mają prawo do skorzystania z własnego planu porodu, a jeśli takiego nie mają, korzystają z planu opracowanego przez Szpital. Położna opiekująca się pacjentką, wyjaśnia wszelkie wątpliwości, udziela odpowiedzi oraz informuje, że plan może ulec zmianie w zależności od sytuacji położniczej, np. konieczności zakończenia porodu zabiegowo lub operacyjnie. Potwierdziła również, że opracowany wzór planu nie wskazuje na możliwość dokonania przez rodzącą jego modyfikacji oraz zadeklarowała jego zmianę.

(akta kontroli str. 384, 1310)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu na ogół prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania opieki okołoporodowej. Prawidłowo przyjmowano pacjentki do porodu, zapewniano im również wystarczającą opiekę podczas porodu oraz oferowano różne formy łagodzenia bólu porodowego. Jednak opracowany w Szpitalu wzór planu porodu nie zapewniał możliwości wskazania preferencji i oczekiwań rodzącej, stwierdzono również przypadki nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków. Pacjentkom po urodzeniu umożliwiano kontakt z dzieckiem „skóra do skóry”, udzielano im również porad laktacyjnych oraz wsparcia w karmieniu noworodka. Pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych zapewniano odpowiednią opiekę i wsparcie, jednak do dokumentacji medycznej sześciu pacjentek, wbrew wymogom, nie dołączono ankiet dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży.

⁷⁹ Dotyczy pacjentek nr: 1054697, 1042044, 1048262 oraz 1033308.

⁸⁰ Dokument ten został opracowany w 2019 r. Zawiera rekomendacje dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego dotyczące postępowania z pacjentkami, które doświadczyły niekorzystnego zakończenia ciąży.

⁸¹ Dotyczy pacjentek nr: 1056093 oraz 837246.

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:

- Wnioski
1. Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków.
 2. Podjęcie działań w celu zapewnienia przestrzegania wymogu dotyczącego urządzenia pokoi w systemie matka z dzieckiem w sposób zgodny z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
 3. Opracowanie wzoru planu porodu w sposób umożliwiający pacjentkom wskazanie ich preferencji i oczekiwań podczas porodu.
 4. Wypełnianie i załączanie do dokumentacji medycznej ankiet dotyczących niekorzystnego zakończenia ciąży w przypadku każdej pacjentki, która doświadczyła takiego zakończenia ciąży.
 5. Dokonywanie na bieżąco aktualizacji harmonogramu będącego załącznikiem do umowy zawartej z NFZ, w przypadkach czasowego wycofania sprzętu z użytkowania.
 6. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez okres ponad 24 godzin świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu.
 7. Zaprzestanie świadczenia odpłatnej usługi indywidualnej opieki położnej podczas porodu.
- Uwagi
- Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

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, 5 listopada 2025 r.

Kontrolerzy

Łukasz Pieńkowski
Główny specjalista kp.

/podpisano elektronicznie/

Marcin Sudół

Główny specjalista kp.

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Kielcach

Wicedyrektor

Krzysztof Wilkosz

/podpisano elektronicznie/