



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.10.3.2025

Pani
Anna Gil
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Końskich
ul. Gimnazjalna 41B
26-200 Końskie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich (dalej: ZOZ lub Szpital), ul. Gimnazjalna 41B, 26-200 Końskie.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Gil od 2 listopada 2022 r. (dalej: Dyrektor). W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: dr n. med. Wojciech Przybylski od 10 maja 2016 r. do 10 maja 2022 r., lek. Andrzej Trofimiuk od 11 maja 2022 r. do 1 listopada 2022 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	Magdalena Kaczmarczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/72/2025 z 24 czerwca 2025 r. Dawid Juwa, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/75/2025 z 1 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-7)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu realizowano zadania dotyczące opieki okołoporodowej nie zawsze prawidłowo i rzetelnie.

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala. Brak w dokumentacji medycznej pacjentek planów porodów uniemożliwił jednak dokonanie oceny czy w ZOZ uwzględniano ich preferencje i oczekiwania. W przypadku wykonywania zabiegów i badań (w tym cesarskiego cięcia i nacięcia krocza) uzyskiwano zgody pacjentek na ich wykonanie. W Szpitalu zapewniono pacjentkom łagodzenie bólu porodowego, w szczególności za pomocą metod niefarmakologicznych. Jednak w latach 2022-2025 (I półrocze) nie stosowano w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dalej: Oddział Gin.-Poł.) łagodzenia bólu porodowego w formie znieczulenia zewnątrzoponowego (poza jednostkowym przypadkiem), pomimo że w ZOZ wskazywano na taką możliwość.

Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. Nie przestrzegano jednak wymogów dotyczących umożliwienia nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”, w tym bezpośrednio po urodzeniu dziecka (dla 12 z 15 noworodków urodzonych drogami natury), co było niezgodne z częścią XIII ust. 1 pkt 8 załącznika³ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴ (dalej: Standard opieki okołoporodowej lub Standard). Pacjentki otrzymywały prawidłowe i rzetelne wsparcie dotyczące laktacji i odżywiania noworodka.

Pacjentkom doświadczającym szczególnych sytuacji położniczych zapewniono stosowną opiekę. Stwierdzono jednak nieprawidłowość polegającą na niezapewnieniu przez ZOZ możliwości dokonania pochówku martwo urodzonej trójki dzieci, tj. odpowiednio przez ponad 10 i 14 miesięcy, co było niezgodne z art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

Do dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału Gin.-Poł. nie dołączano kart przebiegu ciąży, co było niezgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶ (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej). Natomiast dokumentacja medyczna noworodków nie w pełni odzwierciedlała proces ich odżywiania, co było działaniem nierzetelnym. Organizacja świadczeń dla Oddziału Gin.-Poł. i Oddziału Neonatologicznego ze Stanowiskami Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka (dalej: Oddział Neonatologiczny) nie była w pełni zgodna z obowiązującymi dla drugiego poziomu referencyjnego wymogami. W ZOZ nie wyodrębniono pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, co było niezgodne z załącznikiem nr 1 część IV ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷ (dalej:

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

³ Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań). W wielostanowiskowej sali porodowej nie zapewniono pacjentkom warunków pełnej intymności i godności, co było niezgodne z art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸ (dalej: ustawa o prawach pacjenta).

W ZOZ zapewniono wymaganą liczbę i rodzaj sprzętu medycznego oraz pomocniczego, ale dokumentacja dotycząca przeglądów technicznych trzech z 15 sprzętów medycznych będących na wyposażeniu Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego nie była prowadzona w sposób rzetelny, a ich przeglądy techniczne dokonywane były z opóźnieniem. Ponadto stwierdzono przypadki, że sprzęt medyczny nie był aktualizowany w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI), co było niezgodne z postanowieniami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ).

W oddziałach zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego oraz stałą obecność w lokalizacji lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i dostępność psychologa. Stwierdzono jednak przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny oraz przypadki nieprzestrzegania wymaganego nieprzerwanego 35-godzinnego odpoczynku wśród lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę, co mogło świadczyć o niewłaściwej organizacji ich pracy. Personel medyczny podnosił swoje kwalifikacje podczas szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, ale w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono wymaganego wewnętrznymi regulacjami szkolenia dotyczącego przygotowania do pracy z rodzicami w sytuacjach szczególnych dla nowozatrudnionego personelu.

Obowiązujący w Szpitalu tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego opracowano częściowo niezgodnie z częścią VII ust. 4 Standardu opieki okołoporodowej, a pracownicy nie potwierdzali pisemnie zapoznania się z nim (poza wyjątkami), pomimo że obowiązek taki wynikał z części VII ust. 6 Standardu.

Stwierdzono także, że normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały ustanowione z naruszeniem obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej, a sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej został ustalony z pięcioletnim opóźnieniem.

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

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

Opis stanu faktycznego 1.1 ZOZ jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, którego założycielem jest Rada Powiatu w Końskich, sprawująca jednocześnie nadzór nad jego działalnością¹⁰. W okresie objętym kontrolą ZOZ posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹¹.

(akta kontroli str. 8-12, 63-67)

W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. Oddział Gin.-Poł., Oddział Neonatologiczny, które posiadają II poziom referencyjności oraz Poradnię Ginekologiczno-Położniczą, Poradnię Neonatologiczną, Poradnię Laktacyjną i Izbę Przyjęć Ginekologiczno-Położniczą. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym ZOZ¹² za pracę, jak i całokształt działalności ww. komórek organizacyjnych odpowiadali ich kierownicy.

W Szpitalu prowadzona była szkoła rodzenia, której funkcjonowanie opierało się na usługach komercyjnych udzielanych przez położne z Oddziału Gin.-Poł. Nie była ona komórką zarejestrowaną w księdze rejestrowej ZOZ.

(akta kontroli str. 6, 21-25, 189, 563, 554)

Według danych za 2024 r.¹³ w powiecie koneckim zamieszkiwało 72,8 tys. osób, z których 14,8 tys. to kobiety w wieku rozrodczym.

Na Oddziale Gin.-Poł. przewidziano 13 miejsc dla pacjentek, a na Oddziale Neonatologicznym – osiem miejsc dla noworodków, z czego trzy to łóżka dla noworodków, trzy to inkubatory, a dwa to łóżka intensywnej terapii noworodka.

Najbliższe oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne o wyższym stopniu referencyjności znajdowały się w oddalonym o 50 km mieście Kielce.

(akta kontroli str. 63-67)

1.2 W okresie objętym kontrolą liczba urodzonych noworodków w Szpitalu wyniosła ogółem 1233, w tym 1227 żywo urodzonych i sześć martwo urodzonych, tj. odpowiednio: w 2022 r. – 377 (374 i trzy), w 2023 r. – 373 (370 i trzy), w 2024 r. – 349 (wszystkie żywo urodzone) i 2025 r. (I półrocze) – 134 (również wszystkie żywo urodzone). We wskazanych okresach żaden z noworodków nie zmarł do szóstej doby życia. W analogicznym okresie

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

¹⁰ Uchwała Nr LVI/28/2023 Rady Powiatu w Końskich z dnia 29 czerwca 2023 r. w sprawie nadania Statutu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich ul. Gimnazjalna 41 b, dalej: statut.

¹¹ Dalej: księga rejestrowa.

¹² Zarządzenie Nr 29/2021 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich z dnia 5 maja 2021 r. oraz Zarządzenie Nr 82/2023 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich z dnia 25 października 2023 r. w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego ZOZ w Końskich, dalej: regulamin organizacyjny.

¹³ www.bdl.stat.gov.pl/bdl/dane – dostęp dnia 14 lipca 2025 r.

odnotowano w Szpitalu 209 poronień, z tego: w 2022 r. – 45, w 2023 r. – 84, w 2024 r. – 55 i w 2025 r. (I półrocze) – 25.

(akta kontroli str. 884)

W latach objętych kontrolą większość porodów w Szpitalu odbywała się w drodze cesarskiego cięcia¹⁴, tj.:

- w 2022 r.: 205 w drodze cesarskiego cięcia (które stanowiły 54,7% wszystkich porodów), 170 porodów naturalnych, w tym 10 ukończonych przy pomocy próżnościągu położniczego;
- w 2023 r.: 223 w drodze cesarskiego cięcia (60,8%), 144 porodów naturalnych, w tym 10 ukończonych przy pomocy próżnościągu położniczego;
- w 2024 r.: 194 w drodze cesarskiego cięcia (55,8%), 154 porodów naturalnych, w tym trzy ukończone przy pomocy próżnościągu położniczego;
- w 2025 r. (I półrocze): 78 w drodze cesarskiego cięcia (59,1%), 54 porody naturalne, w tym dwa ukończone przy pomocy próżnościągu położniczego.

(akta kontroli str. 887-889)

Dyrektor wyjaśniła: *Porody w drodze cięcia cesarskiego (...) są wykonywane wyłącznie ze wskazań medycznych. W ostatnich latach dominują cięcia wykonywane w trybie nagłym, wynikające z wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia matki bądź dziecka. Wśród wskazań do cięć planowych najczęściej występują: przebyte wcześniej cięcia cesarskie, nieprawidłowe położenie płodu oraz przewidywana duża masa płodu. W latach 2022-2025 uzyskano bardzo dobre wyniki położnicze – odnotowano zerową śmiertelność okołoporodową oraz niską zachorowalność okołoporodową, co świadczy o wysokim standardzie opieki medycznej. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia wskaźnik cięć cesarskich w Polsce wynosi średnio około 50% przy czym wartości te różnią się w zależności od województwa oraz poziomu referencyjności placówki. W związku z tym odsetek cięć cesarskich w ZOZ w Końskich nie odbiega znacząco od średniego poziomu krajowego.*

(akta kontroli str. 119-124)

Na Oddziale Gin.-Poł. w okresie objętym kontrolą przeprowadzono: trzy amniotomie (w tym po jednej w 2023 r., 2024 r. i w pierwszym półroczu 2025 r.), 199 indukcji porodu (w tym: w 2022 r. – 73, w 2023 r. – 49, w 2024 r. – 47 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 30), 171 nacięć krocza (w tym: w 2022 r. – 56, w 2023 r. i 2024 r. po 47 oraz w pierwszym półroczu 2025 r. – 21). W ww. Oddziale w przypadku 147 porodów naturalnych stosowano następujące formy łagodzenia bólu, tj.:

- analgezję wziewną łącznie 101 razy, w tym: w 2022 r. – 23, w 2023 r. i 2024 r. po 31 oraz w 2025 r. (I półrocze) – 16;
- opioidy łącznie 43 razy, w tym: w 2022 r. – 22, w 2023 r. – sześć, w 2024 r. – 14 i w 2025 r. (I półrocze) – jeden;
- analgezję regionalną łącznie trzy razy, w tym w 2024 r. – jedna podpajęczynówkowa i w 2025 r. (I półrocze) – dwie: jedna podpajęczynówkowa i jedna zewnątrzoponowa.

Ponadto stosowano w Szpitalu niefarmakologiczne formy łagodzenia bólu porodowego polegające na: immersji wodnej, ciepłych i zimnych okładach, masażach, aromaterapii, różnych pozycjach porodowych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, tj. dużych piłek, worków sako, drabinki, materacy. W latach 2022-2025 (I półrocze) nie stosowano analgezji miejscowej,

¹⁴ Które stanowiły 57,3% (700) spośród 1222 porodów ogółem.

tj. znieczulenia w postaci blokady nerwu sromowego.

(akta kontroli str. 887-888)

Odnosnie niewielkiej liczby przeprowadzonych analgezji regionalnych Dyrektor wyjaśniła, że ta forma znieczulenia zewnątrzoponowego, jak również podpajęczynówkowego są uznawane za standardowe techniki i mają swoje określone wskazania kliniczne. Ponadto dodała, że znieczulenie zewnątrzoponowe jest powszechnie finansowane i rozliczane przez NFZ, a znieczulenie podpajęczynówkowe nie jest finansowane ani sprawozdawane przez NFZ. Dyrektor wskazała: *Warto podkreślić, że nie każda pacjentka kwalifikuje się do znieczulenia zewnątrzoponowego – decyzja o jego zastosowaniu zależy od stanu zdrowia rodzącej, wskazań medycznych, przebiegu porodu oraz ewentualnych przeciwwskazań. Również nie każda pacjentka wyraża wolę skorzystania z tego rodzaju analgezji regionalnej, dlatego w ZOZ Końskie oferowane są różne, indywidualnie dopasowane formy łagodzenia bólu porodowego. W codziennej praktyce klinicznej stosujemy także inne dostępne metody farmakologiczne i niefarmakologiczne łagodzenia bólu okołoporodowego, zgodnie ze stanem klinicznym pacjentek, ich preferencjami oraz aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi. Każda decyzja w tym zakresie podejmowana jest indywidualnie, z uwzględnieniem bezpieczeństwa matki i dziecka oraz zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej obowiązującymi w Polsce. Intensywnie wprowadzamy rozwiązania w celu poszerzenia dostępności do różnych form znieczulenia m.in. wszystkie położne są w trakcie nabywania kompetencji z zakresu analgezji rodzącej – kurs położnej anestezjologicznej.*

(akta kontroli str. 460-467)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu:

- a) na Oddziale Gin.-Poł. hospitalizowano 920 pacjentek w okresie ciąży z powodu¹⁵:
 - porodu przedwczesnego (385 pacjentek), w tym: w 2022 r. – 96, w 2023 r. – 121, w 2024 r. – 118 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 50;
 - porodu fałszywego przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży (38 pacjentek), w tym: w 2022 r. – 13, w 2023 r. – 11, w 2024 r. – 14;
 - porodu fałszywego w 37 tygodniu ciąży lub później (73 pacjentki), w tym: w 2022 r. – 24, w 2023 r. – 22, w 2024 r. – 17 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 10;
 - zakażenia nerek w ciąży (21 pacjentek), w tym: w 2022 r. – pięć, w 2023 r. – cztery, w 2024 r. – pięć i w pierwszym półroczu 2025 r. – siedem;
 - cukrzycy powstałej w ciąży (98 pacjentek) w tym: w 2022 r. – 26, w 2023 r. – 38, w 2024 r. – 21 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 13;
 - poronienia zagrażającego (305 pacjentek) w tym: w 2022 r. – 90, w 2023 r. – 89, w 2024 r. – 87 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 39.
- b) na Oddziale Neonatologicznym hospitalizowano 1335 dzieci, w tym 1227 noworodków urodzonych w Szpitalu i 108 noworodków przyjętych z domu (do ukończenia 28 dnia życia), tj. odpowiednio: w 2022 r. – 374 i pięć, w 2023 r. – 370 i 34, w 2024 r. – 349 i 45 oraz w 2025 r. (I półroczu) – 134 i 24.
- c) ze szkoły rodzenia korzystało 28 pacjentek, w tym: w 2022 r. – cztery, w 2023 r. i 2024 r. – po dziewięć i w pierwszym półroczu 2025 r. – sześć.
- d) nie rodziła żadna pacjentka z niepełnosprawnością.

(akta kontroli str. 890)

¹⁵ Rozpoznanie główne.

1.3 W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, obowiązywały wewnętrzne procedury dotyczące opieki okołoporodowej, tj.:

- *Postępowanie z pacjentkami w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieka nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* PO/M/GP/5¹⁶. Celem procedury było określenie sposobów sprawowania opieki nad ciężarną w przypadku występowania powikłań;
- *Postępowanie z kobietami po poronieniach* PO/M/GP/4¹⁷ dotycząca zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i wsparcia kobietom po poronieniach;
- *Postępowanie ze zwłokami i szczątkami ludzkimi* PO/M/23¹⁸ obejmująca m.in. określenie sposobu postępowania pracowników od momentu zgonu pacjenta do wydania zwłok rodzinie lub instytucji mającej zająć się pochówkiem oraz określenie sposobu postępowania ze szczątkami ludzkimi;
- *Odżywianie pacjenta* PO/M/30¹⁹ obejmująca m.in. stosowanie zasad odżywiania poza i dojelitowego, w tym noworodków;
- *Posocznica bakteryjna u noworodków. Diagnostyka, leczenie, postępowanie* PO/M/Now/1²⁰. Celem procedury było wczesne wykrywanie, diagnostyka, zapewnienie skutecznego leczenia oraz ciągłej i profesjonalnej opieki;
- *Hipoglikemia u noworodków diagnostyka, leczenie, postępowanie* PO/M/Now/2²¹ mająca na celu ujednoczenie zasad postępowania w celu skutecznego przewidywania i wczesnego jej wykrywania, diagnostyki i skutecznego leczenia, zapobiegania skutkom odległym hipoglikemii oraz utrzymania odpowiedniego poziomu glukozy;
- *Zapobieganie zakażeniom perinatalnym paciorkowcami grupy B* PO/M/GP/1²² obejmująca zapobieganie zagrażające życiu posocznicy wczesnej lub późnej noworodków w wyniku zakażenia GBS dróg rodnych ciężarnej lub rodzącej.
(akta kontroli str. 939-1060, 1525-1529, 1546-1553)

1.4 Wskaźniki opieki okołoporodowej dotyczące: nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej i podawania opioidów od 2019 r. były odnotowywane w *Oddziałowej Księdze Wskaźników Opieki Okołoporodowej*. W regulaminie organizacyjnym ZOZ, do czerwca 2024 r. nie określono jednak sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, co było niezgodne z cz. I ust. 3 Standardu i zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W regulaminie organizacyjnym ZOZ określono, że szczegółowy sposób dokonywania analizy wskaźników opieki okołoporodowej określają odrębne przepisy. Zostały one ustanowione w czerwcu 2024 r. w załączniku Nr 3 dokumentu pn. *Procedura Nr 6 Monitorowanie i Pomiary Funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ)*. Wskaźniki, wynikające z ww. dokumentu, podlegające monitorowaniu obejmowały: roczną ilość porodów z podziałem na drogę porodu, identyfikację czynników ryzyka powikłań okołoporodowych, prowadzenie edukacji przedporodowej i poporodowej, opracowywanie i realizację planu opieki, opracowanie i realizowanie

¹⁶ Z 20 sierpnia 2016 r. zmieniona od 31 sierpnia 2023 r.

¹⁷ Z 3 sierpnia 2020 r. i następnie 17 lipca 2023 r.

¹⁸ Z 27 czerwca 2018 r. zmieniona 16 marca 2022 r. i 11 sierpnia 2023 r.

¹⁹ Z 17 grudnia 2019 r. i 8 listopada 2024 r.

²⁰ Z 7 września 2016 r. i 5 marca 2024 r.

²¹ Z 6 kwietnia 2018 r. i 5 marca 2024 r.

²² Z 26 września 2013 r. i następnie 9 lipca 2024 r.

wymaganych praw pacjenta, realizację postępowania określonego w standardzie jako I, II, III i IV okres porodu, opracowanie i realizację opieki nad noworodkiem, monitorowanie podawania sztucznego żywienia noworodkowi, identyfikację, sprawozdanie i analizę ewentualnych zdarzeń niepożądanych oraz opracowanie i realizację ewentualnych działań na rzecz poprawy jakości i rozwoju. Ustalono, że wskaźniki będą monitorowane raz w roku.

W Szpitalu dokonywano oceny satysfakcji pacjentek za pomocą opracowanych kwestionariuszy, w których szczególną uwagę zwrócono na łagodzenie bólu, ocenę opieki sprawowanej przez personel czy też warunki lokalowe. Przeprowadzanie analiz dotyczących wyników ankiet nie było w żaden sposób dokumentowane.

(akta kontroli str. 143, 147, 150, 464, 861, 867)

Kierownik Oddz. Gin.-Poł. wyjaśnił, że ze względu na niewielkie ilości (3-10 sztuk ankiet) kwartalnie, wyniki ankiet są omawiane w trakcie szkoleń wewnątrzoddziałowych. Nie prowadzone są żadne raporty, a zasadne uwagi ujęte w ankietach na bieżąco są rozwiązywane. Złożone przez pacjentki ankiety w badanym okresie zawierały przede wszystkim pozytywne oceny pracy personelu, a podane uwagi stanowiły znikomą odsetek wypełnionych ankiet.

(akta kontroli str. 314, 318, 338, 342, 355, 378, 385, 1623)

1.5 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały dwie procedury dotyczące trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego²³. Procedury te, zgodnie z częścią VII ust. 5 Standardu, zostały zaakceptowane przez właściwe osoby, tj. odpowiednio w 2019 r. przez kierownika ZOZ i w 2023 r. przez p.o. Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa. Opracowane procedury wskazywały farmakologiczne i nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego dostępne w Szpitalu. Jednak dokument z 1 marca 2023 r. nie uwzględniał części wymaganych postanowień wskazanych w Standardzie opieki okołoporodowej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Personel medyczny aktualnie zatrudniony²⁴ w Oddziale Gin.-Poł., Oddziale Neonatologicznym oraz część personelu z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAIIT) nie potwierdził w formie pisemnej zapoznania się z obowiązującą procedurą postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1061-1105)

1.6 W Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym zapewniono odpowiedni personel medyczny, którego kwalifikacje były zgodne z wymogami załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁵, dla drugiego poziomu referencyjnego²⁶. W przypadku zmian w składzie personelu

²³ Standard leczenia bólu ostrego i przewlekłego oraz łagodzenia bólu porodowego z 2 stycznia 2019 r., który obowiązywał do 1 marca 2023 r. (w zakresie łagodzenia bólu porodowego) i od tego dnia obecny Standard znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu, który został opracowany przez Kierownika OAIIT.

²⁴ Wg stanu na dzień 4 lipca 2025 r.

²⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 870 ze zm.

²⁶ Na podstawie próby kontrolnej. Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (luty, sierpień) w latach 2022-2024. Ustalenia stanu faktycznego dokonano w oparciu o umowy zawarte z Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz zestawienia personelu świadczącego pracę. Jako osoby udzielające świadczeń medycznych, należy rozumieć osoby faktycznie świadczące pracę

medycznego był on każdorazowo aktualizowany w systemie SZOI.

(akta kontroli str. 181-186)

Na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym osiągnięto wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. 0,7 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko na Oddziale Gin.-Poł. oraz 0,8 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko na Oddziale Neonatologicznym.

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach, świadczeń medycznych udzielało:

a) na Oddziale Gin.-Poł.:

- w lutym i sierpniu 2022 r. – 17 położnych, dziewięciu lekarzy, w tym dwóch rezydentów²⁷;
- w lutym i w sierpniu 2023 r. – 19 położnych, dziewięciu lekarzy, w tym dwóch rezydentów;
- w lutym 2024 r. – 19, a w sierpniu 2024 r. 22 położne oraz w lutym 2024 r. ośmiu, a w sierpniu 2024 r. dziewięciu lekarzy;

b) na Oddziale Neonatologicznym:

- w lutym i sierpniu 2022 r. – dziewięć położnych i pięciu lekarzy
- w lutym i sierpniu 2023 r. – dziewięć położnych i czterech lekarzy
- w lutym i sierpniu 2024 r. – dziewięć położnych i siedmiu lekarzy w tym dwóch rezydentów.

Personel medyczny spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W ZOZ zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy mających specjalizacje w dziedzinach neonatologii, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii, a także właściwą liczbę pielęgniarek i położnych.

(akta kontroli str. 63-67, 184-186, 191-192, 289-290, 597, 863)

Dyrektor w latach 2022, 2023 i 2024 ustaliła normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziałach Gin.-Poł. oraz Neonatologicznym bez zasięgnięcia wymaganych przepisami prawa opinii kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych wskazanych w regulaminie organizacyjnym, a także przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających w ZOZ, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 155-157, 159, 1321)

Analiza czasu pracy lekarzy²⁸ świadczących pracę na Oddziale Gin.-Poł. wykazała, że wystąpiło 21 przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin. Natomiast na Oddziale Neonatologicznym wystąpiło 18 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych na

z wyłączeniem personelu przebywającego na urloпах, świadczeniach rehabilitacyjnych, zwolnieniach lekarskich itp.

²⁷ Stanowisko rezydenta w szpitalu oznacza lekarza, który odbywa specjalizację w konkretnej dziedzinie medycyny, pracując jednocześnie w placówce medycznej. Rezydentura to etap kształcenia podyplomowego, podczas którego lekarz zdobywa praktyczne doświadczenie i wiedzę teoretyczną pod nadzorem specjalistów.

²⁸ W lutym i sierpniu w latach 2022-2025 na podstawie umów cywilnoprawnych.

umowę o pracę bez wymaganego nieprzerwanego odpoczynku wynoszącego minimum 35 godzin, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 199, 252, 258, 864)

W latach objętych kontrolą dla pacjentek zapewniono dostępność psychologa. W ZOZ w okresie objętym kontrolą zatrudniano dziewięciu psychologów, w tym dwóch na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałych na podstawie umowy o pracę. Spośród wszystkich psychologów udzielających porad, tylko jeden posiadał specjalizację, która dotyczyła psychologii klinicznej.

Pacjentkom Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego porad udzielało pięciu psychologów. Czterech z nich wykonywało pracę w określone dni tygodnia, zgodnie z przydzielonym wymiarem czasu pracy wynoszącym od dwóch do 10 godzin (rozdzielonym pomiędzy ww. komórki organizacyjne), a jeden psycholog dostępny był na Oddz. Gin.-Poł. od poniedziałku do piątku w wymiarze 17 godzin i 55 minut. Psychologowie byli również dostępni w ww. dniach dla personelu medycznego ZOZ, jednakże nie prowadzono rejestru porad udzielonych przez psychologów pracownikom ZOZ.

(akta kontroli str. 185-186, 289-290)

Dyrektor wyjaśniła, że: *Psychologowie (...) nie prowadzą długoterminowych konsultacji psychologicznych dla pracowników, a jedynie udzielają pomocy doraźnej z sytuacji kryzysowej. Wsparcie psychologiczne udzielane pracownikom nie jest rejestrowane, bowiem pracodawca, wypełniając obowiązek nałożony przepisami z obszaru prawa pracy, nie jest upoważniony do gromadzenia i przetwarzania danych wrażliwych z zakresu zdrowia psychicznego swoich pracowników.*

(akta kontroli str. 1640)

W lokalizacji Szpitala zapewniono stałą obecność lekarza anestezjologa. W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu na podstawie kontraktu zatrudniano 20 anestezjologów, a na podstawie umowy o pracę jednego anestezjologa. Podczas zabiegów cesarskiego cięcia asystował anestezjolog, który w danym dniu pełnił dyżur.

W ZOZ nie zatrudniano osoby na stanowisku doradcy laktacyjnego. Ponadto żadna osoba z personelu medycznego z Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego nie odbyła kursów skutkujących otrzymaniem tytułu IBCLC Międzynarodowego Dyplomowanego Konsultanta Laktacyjnego czy też CDL Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego.

Dyrektor wyjaśniła, że *cały personel Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Neonatologicznego wziął udział w szkoleniu laktacyjnym 21.10.2022 r. – Karmienie piersią w praktyce szpitala, organizowane przez Centrum Nauki o Laktacji, co zostało poświadczane wydanymi certyfikatami znajdującymi się w aktach osobowych, tym samym realizując założenia standardu opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 184-186)

1.7 W okresie objętym kontrolą personel Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego podnosił swoje kwalifikacje przede wszystkim podczas szkoleń wewnętrznych, które tematyką obejmowały również zagadnienia dotyczące opieki okołoporodowej. Szkolenia wewnątrzoddziałowe w przeważającej większości prowadzone były przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu. Szkolenia obejmowały wybrane zagadnienia związane z regulacjami wynikającymi ze Standardu, m.in.: *Techniki karmienia piersią, Poród fizjologiczny –*

prowadzenie porodu we wszystkich okresach, poród jako element rozwoju, kształtowania osobowości i więzi emocjonalnej, Noworodek przedwcześnie urodzony – przygotowanie Sali na przyjęcie noworodka czy też Wskaźniki skutecznego karmienia, monitorowanie przebiegu karmienia, pozorny niedobór pokarmu. Plany szkoleń w latach 2022-2024 zostały zrealizowane w 100%, a personel medyczny nie zgłaszał zapotrzebowania na dodatkowe szkolenia. Łącznie w okresie 2022-2025 (do 30 czerwca) w ZOZ przeprowadzono 45 szkoleń wewnętrznych z zakresu opieki okołoporodowej, w których uczestniczyło od dziewięciu do 63 pracowników.

Personel medyczny Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego uczestniczył w trzech szkoleniach zewnętrznych: *Karmienie piersią w praktyce szpitala* oraz *Kurs specjalistyczny – Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie i podczas porodu z wykorzystaniem badań diagnostycznych oraz wykonywania interpretacji badań ultrasonograficznych w położnictwie i ginekologii dla położnych*, które odbyły się w formie stacjonarnej oraz w jednym szkoleniu, które odbyło się w formie online pn. *Ból ostry i przewlekły*.

Poza szkoleniami zewnętrznymi, wewnętrznymi i prowadzonymi w formie online personel medyczny korzystał z baz danych o charakterze medycznym i naukowym.

(akta kontroli str.186, 293-294 295-296, 305, 326, 328-329, 359-360, 402-403, 1594)

Personel medyczny uczestniczył w latach 2022-2025 w trzech szkoleniach dotyczących występowania sytuacji trudnych i stresogennych w pracy Oddziału Gin.-Poł. przeprowadzonych przez psychologa.

(akta kontroli str. 314, 332, 350, 361, 390)

W okresie objętym kontrolą nowo zatrudniony personel w Oddz. Gin.-Poł. nie odbył szkolenia dotyczącego przygotowania do pracy z rodzicami w sytuacjach szczególnych, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 295-296, 328-329, 359-360, 402-403, 446-447, 1578-1582)

Na szkolenia w ZOZ wydatковано łącznie 5440 zł w 2022 r., 1873 zł w 2023 r., 6040 zł w 2024 r. i 1870 zł w pierwszym półroczu 2025 r., w tym na szkolenia dotyczące Standardu opieki okołoporodowej odpowiednio 2570 zł, 1200 zł, 886 zł i 1420 zł (co stanowiło 98%, 89%, 26% i 100% kosztów poniesionych na szkolenia w Oddziale Gin.-Poł.). Na szkolenia dotyczące Standardu opieki okołoporodowej w Oddziale Neonatologicznym wydatковано odpowiednio 2750 zł, 380 zł, 654 zł i 450 zł (co stanowiło 98%, 72%, 25%, 100% wszystkich kosztów poniesionych na szkolenia na tym Oddziale).

(akta kontroli str. 437)

1.8 W ZOZ pielęgniarki i położne nie świadczyły usług dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Dyrektor wyjaśniła, iż w okresie objętym kontrolą żadna z pacjentek nie wносиła o zapewnienie dodatkowej opieki, a przeprowadzone badania ankietowe, jak i analiza rejestru skarg nie wykazywały zapotrzebowania na tego rodzaju usługi. Ponadto wskazała, iż Oddziały Gin.-Poł. i Neonatologiczny miały odpowiednią liczbę wykwalifikowanych pielęgniarek i położnych, aby

zapewnić pacjentkom bezpieczeństwo zdrowotne oraz komfort podczas pobytu na Oddziałach.

(akta kontroli str. 456-459)

1.9 W zakresie możliwości wyboru przez pacjentki położnych do porodu, w tym położnych, które w dniu porodu nie pełniły dyżuru Dyrektor wyjaśniła: (...) *pacjentki nie mają przyznanej możliwości wyznaczania obecności konkretnej położnej niebędącej członkiem personelu dyżurującego do przyjmowania porodu. Mając jednak na uwadze dobro, komfort i poczucie bezpieczeństwa naszych pacjentek w trakcie porodu istnieje możliwość wskazania przez pacjentkę rodzącą konkretnej położnej do opieki nad nią spośród personelu dyżurującego w danym dniu. Ponadto istnieje możliwość wskazania przez pacjentkę dowolnej osoby towarzyszącej w trakcie porodu. (...)*

(akta kontroli str. 460-467)

Koordinator ds. położnictwa Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *W szpitalu pacjentki mogą dokonać wyboru konkretnej położnej, która zajmowałaby się nimi podczas porodu (prowadziła poród) z grona położnych będących na dyżurze zgodnie z harmonogramem pracy położnych (grafikiem) w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. W przypadku innej położnej nie ma takiej możliwości, brak takiej usługi w cenniku za usługi medyczne i niemedyczne.*

(akta kontroli str. 1357-1359)

1.10 W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu przeprowadzono łącznie siedem kontroli oraz audytów wewnętrznych i zewnętrznych, które obejmowały również oddziały realizujące opiekę okołoporodową i dotyczyły w szczególności standardów akredytacyjnych i uzyskania odpowiednich certyfikatów²⁹. W wyniku jednej z kontroli sformułowano zalecenie pokontrolne oraz wskazano rekomendacje.

(akta kontroli str. 1119-1160)

W dniu 13 grudnia 2022 r. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego (dalej: Konsultant Wojewódzki) przeprowadził z upoważnienia Wojewody Świętokrzyskiego jedną kontrolę Szpitala³⁰ dotyczącą funkcjonowania Oddziału Gin.-Poł. oraz Oddziału Neonatologicznego. Zakres kontroli obejmował: dostępność do świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego; realizację kształcenia i doskonalenia położnych w zakresie wynikającym z programu kształcenia; wyposażenie w sprzęt medyczny oraz jego wykorzystanie; realizację założeń standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w szczególności ocenę wskaźników opieki okołoporodowej.

W wyniku kontroli zostało sformułowane zalecenie pokontrolne polegające na wyodrębnieniu, w terminie do 30 czerwca 2023 r., punktu nadzoru położnych nad pacjentkami po zabiegach ginekologicznych (jeden punkt dyżurny dla

²⁹ ZOZ otrzymał: certyfikat „Szpital bez bólu” (wydany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu z 20 czerwca 2022 r. i obowiązujący do 20 czerwca 2025 r.), certyfikat akredytacyjny potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego w zakresie działalności zakładu leczniczego (wydany przez Minister Zdrowia z 28 marca 2025 r. na okres trzech lat. Taki certyfikat również otrzymał Szpital 2 września 2021 r. na analogiczny okres czasu) i certyfikat potwierdzający zgodność Systemu Zarządzania Jakością z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015-10 (wydany przez Jednostkę Certyfikującą Noble Cert Sp. z o.o. z 17 kwietnia 2025 r. i obowiązujący do 16 kwietnia 2028 r.).

³⁰ W zakresie wynikającym z art. 111 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz z art. 10 ust. 1 pkt 1-4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 254).

wszystkich odcinków Oddziału Gin.-Poł. uniemożliwił ciągły nadzór nad pacjentkami). Ww. zalecenie pokontrolne zostało terminowo zrealizowane. Konsultant Wojewódzki zarekomendował także wymianę dwóch kardiokardiofografów³¹ w celu poprawy jakości monitorowania dobrostanu płodu w trakcie ciąży i porodu; doposażenie oddziału w nowoczesne kardiomonitoringi w celu poprawy jakości opieki nad pacjentkami; kształcenie i doskonalenie położnych ze szczególnym uwzględnieniem udziału w kursach specjalistycznych w zakresie laktacji. Zgodnie z tymi rekomendacjami Oddział Gin.-Poł. doposażono w dwa kardiomonitoringi, dwa wskazane kardiokardiografy zostały zlikwidowane, a w ich miejsce zakupiono jeden monitor płodu. Położne systematycznie brały udział w kursach doszkolających, jednak nie dotyczyły one zakresu laktacji³².

(akta kontroli str. 1123-1135, 1161-1166)

Dyrektor wyjaśniła: (...) *ze względu na zmniejszającą się liczbę pacjentek ciężarnych oraz przez wzgląd na wymagania nałożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ilość kardiokardiofografów (...) jest aktualnie wystarczająca do realizacji świadczeń zdrowotnych w sposób zgodny z prawem i bezpieczny dla pacjentek.*

(akta kontroli str. 594-599)

1.11 Zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla drugiego stopnia referencyjności, w poddanym oględzinom pomieszczeniach³³ znajdowały się:

- w Oddziale Gin.-Poł. – kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor, aparat USG, waga;
- w Oddziale Neonatologicznym: respirator na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka, strzykawki z jednym torem infuzyjnym, jednorazowy zestaw do odbarczenia odmy opłucnowej, jednorazowy zestaw do cewnikowania żyły pępkowej, zestaw do wspomagania oddechu (CPAP), pulsoksymetr, waga, źródło tlenu, urządzenie ssące, promiennik ciepła, sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego, cztery inkubatory do opieki podstawowej, lampa do fototerapii i dwa laktatory przenośne.

W Oddziale Neonatologicznym nie wyodrębniono stanowiska do odciągania pokarmu. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: (...) *karmienie piersią oraz porady pielęgnacyjno-laktacyjne (w tym używanie mobilnego laktatora) odbywają się w Sali pacjentki. Całodobowo każda z pacjentek ma możliwość skorzystania z jednego z mobilnych laktatorów na sali, co zapewnia zachowanie prywatności i intymności. Kobiety zgłaszające się do Poradni laktacyjnej mają wydzielone pomieszczenie, do którego jest przyprowadzany mobilny laktator. Każda pacjentka otrzymuje jednorazowy zestaw do odciągania pokarmu.*

(akta kontroli str. 581)

³¹ Z 2007 r. i 2008 r.

³² Poza kursem *Karmienie piersią w praktyce szpitala*, który odbył się przed kontrolą przeprowadzoną przez Konsultanta Wojewódzkiego.

³³ Ustalono na podstawie oględzin Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego dokonanych w dniu 16 lipca 2025 r.

Na sali porodowej znajdowało się stanowisko do resuscytacji noworodka składające się m. in. z: promiennika ciepła, ssaka, zegara APGAR, podstawowego wyposażenia resuscytacyjnego, kardiomonitora i wagi, co było zgodne z wymogami Standardu opieki okołoporodowej (część XIII, ust. 1 pkt 1). Ponadto sala porodowa wyposażona była w kardiotokograf, detektory tętna płodu (przy każdym łóżku porodowym), piłki, materace, worki sako i drabinki wykorzystywane do łagodzenia bólu porodowego.

(akta kontroli str. 564, 569, 571-572, 576-578)

Oddział Gin.-Poł. wyposażony był w sprzęt medyczny dostosowany dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnością, a także ze wskaźnikiem BMI powyżej 30, tj. m.in.: dwa fotele ginekologiczne z możliwością przemieszczania o maksymalnym udźwigu 200 kg; dwa stoły rehabilitacyjne o maksymalnym udźwigu 150 kg; dwa łóżka porodowe o maksymalnym udźwigu 180 kg; jedno łóżko porodowe elektryczne o maksymalnym udźwigu 150 kg. Ponadto w lokalizacji znajdował się wózek leżący o nośności do 312 kg oraz wózek siedzący o nośności do 217 kg.

(akta kontroli str. 584-591)

Analiza dotycząca przeglądów i konserwacji sprzętu³⁴ znajdującego się na wyposażeniu Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego, wykazała, że w większości przypadków, sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy. Stwierdzono jednak, że w ZOZ nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą przeglądów technicznych trzech z 15 sprzętów medycznych, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Wykaz sprzętu znajdującego się na Oddziale Gin.-Poł. oraz Oddziale Neonatologicznym, w niektórych przypadkach nie był aktualizowany w systemie SZOI, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 485-501)

1.12 Pacjentkom Oddziału Gin.-Poł. oraz noworodkom hospitalizowanym w Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Na Oddziale Neonatologicznym były to następujące badania: test pulsoksymetryczny, bilirubinometria przezskórna, glikemia, pomiar ciśnienia, tętna i saturacji, badanie przesiewowe słuchu RTG, USG, echo serca, EKG, które wykonywano w miejscu udzielania świadczeń. W lokalizacji szpitala realizowano ogólny panel badań³⁵ dostępny w laboratorium ZOZ. Na Oddziale Gin.-Poł. w miejscu udzielania świadczeń przeprowadzano ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz badanie USG, a w lokalizacji – badanie krwi, moczu, kału, oraz mikrobiologiczne, biochemiczne, immunologiczne, markery nowotworowe. Ww. Oddziały zlecały podmiotom zewnętrznym badania

³⁴ Analizą objęto 15 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości tego sprzętu.

³⁵ Panel badań dostępny w laboratorium to zestaw badań laboratoryjnych pogrupowanych tematycznie lub funkcjonalnie, które były wykonywane razem w celu oceny konkretnego aspektu zdrowia pacjenta. Ogólny panel badań laboratoryjnych to morfologia krwi, OB, elektrolity, glukoza, lipidogram, kreatynina, CRP, ALAT, mocz.

histopatologiczne, kariotyp klasyczny, CMV DNA PCR³⁶ z moczu oraz badania przesiewowe.

(akta kontroli str. 555, 561-562, 564, 592-593)

1.13 Oddziały Gin.-Poł. I Neonatologiczny znajdowały się w jednej części Szpitala. Na pierwszym piętrze w Oddziale Gin.-Poł. wyodrębniono izbę przyjęć, do której kierowano pacjentki z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej: SOR) w sytuacjach nagłych oraz część ginekologiczną (budynek 1C) i położniczą (budynek 1A). Zajęcia szkoły rodzenia odbywały się w pomieszczeniach Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Organizowano je w godzinach, gdy poradnia nie udzielała świadczeń zdrowotnych, w zależności od potrzeb pacjentek. Na wyposażeniu szkoły rodzenia znajdowały się m.in. piłki gimnastyczne, przewijak oraz worki sako. Punkt pielęgniarski na Oddz. Gin.-Poł. umiejscowiony był centralnie w sposób zapewniający dostępność personelu dla pacjentek z obu części Oddziału, a na Oddziale Neonatologicznym punkt pielęgniarski umiejscowiony był przy salach obserwacyjnych. Sposób urządzenia gabinetu USG i gabinetu zabiegowego zapewniał poczucie intymności dla badanych pacjentek³⁷.

(akta kontroli str. 563-578)

W części położniczej znajdowało się 11 sal jednołóżkowych, z których cztery były salami pooperacyjnymi, a dwie były salami rodzinnymi z łóżkiem dla osoby towarzyszącej. Sale urządzone były w systemie *matka z dzieckiem*. W każdej sali znajdowała się umywalka i przewijak umożliwiające pielęgnację noworodka. Do każdej z sal przylegała łazienka urządzona w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań. Na Oddziale Gin.-Poł. znajdowała się również łazienka przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ponadto znajdowała się tam tablica, na której umieszczono informacje o możliwości kontaktu z psychologiem oraz osobą duchowną.

(akta kontroli str. 563-575)

W części ginekologicznej znajdowała się sala przeznaczona do wykonywania cięć cesarskich. Nie wyodrębniono jednak w tej części pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 571-572, 577, 1315, 1625)

Sala przeznaczona do operacji ginekologicznych znajdowała się na parterze przy głównym wejściu poza Oddziałem Gin.-Poł. i Neonatologicznym. Sala ta przypisana została tylko do użytku Oddziałów Urologicznego i Gin.-Poł.

(akta kontroli str. 564, 575)

Przed wejściem do sal zabiegowych, obserwacyjnych jak i operacyjnych umieszczono instalacje oświetleniowe informujące o odbywaniu się zabiegu.

³⁶ Badanie CMV (wirus cytomegalii) to test laboratoryjny pozwalający wykryć infekcję wirusem, zazwyczaj wykonywany na podstawie próbki krwi, który może obejmować badanie przeciwciał (IgM, IgG, awidność) lub bezpośrednie wykrycie materiału genetycznego wirusa (CMV DNA)

³⁷ Ustalono na podstawie oględzin Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego dokonanych w dniu 16 lipca 2025 r.

Wszystkie poddane oględzinom pomieszczenia były czyste i zapewniały poczucie intymności przebywającym w nich pacjentkom, poza salą porodową wielostanowiskową, w której zastosowane rozwiązanie oddzielenia stanowisk mogło naruszać prawo do poczucia intymności i godności pacjentki, w trakcie udzielanych świadczeń zdrowotnych, określone w ustawie o prawach pacjenta, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 564, 566-574)

1.14 Podczas oględzin³⁸ stwierdzono, że stosowane w ZOZ preparaty do początkowego żywienia niemowląt to gotowe do spożycia mieszanki oznaczone nazwą handlową producenta. W takiej też formie były podawane noworodkom. Pomieszczenia Poradni Ginekologiczno-Położniczej, w której znajdowała się szkoła rodzenia, przedmioty służące do karmienia niemowląt znajdujące się w Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym oraz pozostałe materiały m.in. książeczki zdrowia wydawane przy wypisie pacjentki czy też broszury informacyjne nie promowały preparatów do początkowego żywienia niemowląt, w tym nie wskazywały producentów takich preparatów.

(akta kontroli str. 556-557, 574)

Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że mleko znajdujące się na Oddziale Neonatologicznym jest oznaczone nazwą handlową producenta, gdyż spoczywa na nich obowiązek wpisywania nazwy preparatu jakim dziecko jest żywione w książeczce zdrowia dziecka oraz że: *stosowane w ZOZ preparaty do początkowego żywienia niemowląt są pobierane z apteki szpitalnej i traktowane jak leki. W związku z tym nie jest ukrywana nazwa handlowa producenta [...]. Etykieta nie jest reklamą produktu. Zawiera informacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.*

(akta kontroli str. 1317, 1553, 1317)

Preparaty do początkowego żywienia niemowląt zostały zakupione przez ZOZ w 2022 r. w liczbie 45 sztuk, w 2023 r. – 91 sztuk, w 2024 r. – 72 sztuk, w 2025 r. (do dnia 30 czerwca) – 46 sztuk. Koszty zakupu ww. preparatów wyniosły odpowiednio 178,30 zł, 900,35 zł, 293,82 zł, 740,33 zł. W ZOZ używano preparatów dwóch marek, a żadna z tych marek nie przekazywała preparatów do początkowego żywienia w formie autopromocji.

(akta kontroli str. 805)

1.15 W latach 2022-2025 (I półrocze) na funkcjonowanie Oddziału Gin.-Poł. ZOZ przeznaczył odpowiednio: 7153,7 tys. zł, 8248,2 tys. zł, 9802,2 tys. zł i 4970,7 tys. zł. Na funkcjonowanie tego Oddziału Szpital z NFZ otrzymał: w 2022 r. - 2955 tys. zł, w 2023 r. - 3943,7 tys. zł, w 2024 r. - 6079,2 tys. zł i w 2025 r. (I półroczu) - 2792,6 tys. zł, co stanowiło od 41,3% do 62% kosztów jego funkcjonowania.

W analogicznym okresie wysokość rzeczywistych kosztów ponoszonych przez Szpital w związku z funkcjonowaniem Oddziału Neonatologicznego wyniosła odpowiednio: 3395,3 tys. zł, 4121,3 tys. zł, 4452,3 tys. zł i 2138,1 tys. zł. Natomiast na funkcjonowanie Oddziału Neonatologicznego Szpital z NFZ otrzymał: w 2022 r. – 1412,3 tys. zł, w 2023 r. – 2689,6 tys. zł, w 2024 r. – 3107 tys. zł i w 2025 r. (I półroczu) – 1447,6 tys. zł, co stanowiło od 41,6% do 69,8% kosztów jego funkcjonowania.

³⁸ Oględziny przeprowadzono w dniu 16 lipca 2025 r. na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym.

W Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym grupę najwyższych kosztów, w okresie objętym kontrolą, stanowiły wynagrodzenia³⁹ oraz usługi obce obejmujące w szczególności zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy (stanowiły one odpowiednio od 54,7% do 59,7% i od 82,5% do 84,3% kosztów funkcjonowania tych Oddziałów). Zużycie materiałów i energii będące kolejny najwyższym kosztem funkcjonowania Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego stanowiło odpowiednio od 8,2% do 9,9% i od 3,7% do 4,5% wszystkich kosztów ich działalności.

(akta kontroli str. 1178-1180)

W okresie od 4 października 2023 r. w ZOZ pobierano dodatkowe jednorazowe opłaty za cały pobyt osoby bliskiej z pacjentką w Oddziale Gin.-Poł. (w wysokości 650 zł brutto). W związku z powyższym Szpital uzyskał przychód w wysokości 49,4 tys. zł⁴⁰, w tym w 2023 r. - 7,1 tys. zł za 11 całonocnych pobytów osoby bliskiej z pacjentką, w 2024 r. - 26 tys. zł za 40 ww. usług i w pierwszym półroczu 2025 r. - 16,3 tys. zł za 25 takich usług.

Dyrektor wyjaśniła: (...). *Standardowy czas takiego pobytu to około 3 dni, jednak w indywidualnych przypadkach może on zostać wydłużony nawet do 7 dni. (...) Do dyspozycji pacjentek i osób im towarzyszących posiadamy 2 specjalnie przygotowane sale, w których zapewniono komfortowe warunki przebywania matki, dziecka oraz osoby bliskiej. Każda z tych sal wyposażona jest w: łóżko dla pacjentki i dziecka; łóżko dla osoby towarzyszącej; przewijak z funkcją kąpeli; fotel do karmienia; szafki, stolik, lampkę nocną. (...) w tapety ścienne oraz rolety okienne, które nadają wnętrzu domowy charakter. (...) Cena za usługę została ustalona na podstawie kalkulacji tzw. doby hotelowej, której koszt wynosi 650 zł brutto. Na ten koszt składają się m.in.: utrzymanie sal w gotowości do przyjęcia osoby towarzyszącej; zużycie mediów i sprzętu; koszty personalne związane z obsługą oddziału; utrata możliwości wykorzystania tych sal do standardowej hospitalizacji pacjentek ginekologicznych, co oznacza, że pomieszczenia te nie generują przychodów z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Dodatkowo przeprowadzono analizę porównawczą cen i warunków oferowanych w podobnych placówkach w województwie świętokrzyskim i w innych regionach kraju. Ustalona przez nas kwota 650 zł brutto jest niższa od stawek rynkowych, co wynika m.in. z niższego standardu wykończenia naszych pomieszczeń w porównaniu do oferty innych szpitali. (...).*

(akta kontroli str. 1181-1192)

1.16 W ZOZ funkcjonowała szkoła rodzenia dla przyszłych rodziców. Zajęcia teoretyczne i praktyczne prowadzone były w godzinach popołudniowych lub w weekendy, poza godzinami wynikającymi z harmonogramu pracy położnych⁴¹. W latach 2022-2025 (I półrocze) uczestnicy zajęć w szkole rodzenia dokonali wpłat na łączną kwotę 11,1 tys. zł, w tym odpowiednio: 1,1 tys. zł, 3,3 tys. zł, 2,3 tys. zł i 4,4 tys. zł. W okresie objętym kontrolą w zajęciach indywidualnych (ciążarna z osobą towarzyszącą) organizowanych w ramach szkoły rodzenia

³⁹ Brutto wraz ze składkami ZUS pracodawcy.

⁴⁰ W latach 2023-2025 (I półrocze). Dochód z tego tytułu ujmowany był w ewidencji księgowej na pozostałych przychodach operacyjnych (w wartości jednostkowej netto 601,85 zł), w oparciu o formularze rozliczeniowe wystawione przez pracowników Oddziału Gin.-Poł. i uregulowanych w kasie ZOZ.

⁴¹ W związku z tym nieformalnie ustalone było z Dyrekcją Szpitala, że 85% wpłaconych pieniędzy do kasy ZOZ przez uczestników zajęć przekazywane było dla osób prowadzących zajęcia w formie dodatku za wykonywanie dodatkowych czynności.

uczestniczyło odpowiednio: w 2022 r. – cztery pary⁴², w 2023 r. i 2024 r. po dziewięć⁴³ i w 2025 r. (I półrocze) – sześć⁴⁴. Odpłatność za godzinę zajęć indywidualnych w szkole rodzenia wynosiła 100 zł (do 28 lutego 2025 r.), a następnie 150 zł. W Szpitalu umożliwiono prowadzenie cyklu wykładów, ale ze względu na trudności w zebraniu grupy osób (co najmniej dwóch par) w jednym czasie zrezygnowano w 2025 r. z tej oferty⁴⁵.

Zajęcia w szkole rodzenia obejmowały cztery spotkania i były prowadzone przez dwie położne, które miały wieloletnie doświadczenie i odbyły liczne kursy doształcające przeznaczone dla pielęgniarek i położnych. Tematyka zajęć dotyczyła m.in. przebiegu porodu naturalnego (w tym sposobów łagodzenia bólu porodowego), emocji w ciąży, roli osoby wspierającej, ćwiczeń oddechowych (nauka praktyczna), karmienia piersią i jego technik, sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji. W 2022 r. tematyka zajęć obejmowała zagadnienia związane z położeniem⁴⁶, powrotem do sprawności i płodności oraz prawa pacjenta, a od 2023 r. poruszano zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych dziecka, masażu relaksacyjnego Shantala dziecka oraz zapoznawano pacjentki z Oddziałem Gin.-Poł.

W programie szkoły rodzenia nie uwzględniono zajęć prowadzonych przez różnych specjalistów np. fizjoterapeuty, dietetyka, neonatologa, psychologa. Dyrektor wyjaśniła: *Program szkoły rodzenia został opracowany w oparciu o aktualne wytyczne oraz dostępne zasoby kadrowe i finansowe placówki. Zajęcia prowadzone są przez doświadczone położne, które posiadają wiedzę interdyscyplinarną obejmującą zagadnienia z zakresu położnictwa, pielęgnacji noworodka, przygotowania do porodu, laktacji oraz wsparcia psychicznego.* Ponadto dodała, że brak uwzględnienia zajęć prowadzonych przez wielu różnych specjalistów wynika m.in. z ograniczonej liczby specjalistów i angażowania ich w bezpośrednią opiekę nad pacjentami.

(akta kontroli str. 1193-1199, 1578-1587, 1620)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Sposób realizacji oraz dokumentowania działań wynikających z części I ust. 2 Standardu opieki okołoporodowej w zakresie ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, wymagany zgodnie z częścią I ust. 3 Standardu, został opracowany w ZOZ w dniu 4 czerwca 2024 r.⁴⁷, tj. z opóźnieniem wynoszącym ponad pięć lat. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, weszło ono w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 56, 142-143,)

⁴² Które uczestniczyły odpowiednio w pięciu (dodatkowo para zażyczyła sobie pokaz masażu Shantala), czterech, trzech i dwóch spotkaniach.

⁴³ W 2023 r. sześć par uczestniczyło w czterech spotkaniach, jedna para w dwóch i dwie pary w jednym. W 2024 r. osiem par wzięło udział w czterech spotkaniach i jedna para w trzech.

⁴⁴ Sześć par uczestniczyło w czterech spotkaniach.

⁴⁵ Odpłatność za zajęcia wynosiła 370 zł. W okresie objętym kontrolą żaden grupowy cykl wykładów się nie odbył.

⁴⁶ Od 2023 r. zagadnienia związane z położeniem omawiane były przy zajęciach z porodu fizjologicznego.

⁴⁷ W załączniku Nr 3 dokumentu wewnętrznego ZOZ pn. Procedura Nr 6 *Monitorowanie i Pomiar Funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ)*

Dyrektor wyjaśniła: *Pomimo braku szczegółowych zapisów w regulaminie wewnętrznym lub procedurach dotyczących sposobu prowadzenia i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej w pierwszym okresie obowiązywania rozporządzenia, nasz zespół konsekwentnie dokumentował te dane już od stycznia 2019 roku – tj. od momentu wejścia w życie standardów – w tzw. Oddziałowej Księdze Wskaźników Opieki Okołoporodowej. W trakcie aktualizacji dokumentacji w 2024 roku, przygotowywanej na potrzeby Wizyty Akredytacyjnej oraz wdrożenia norm ISO, zauważono brak szczegółowych zapisów dotyczących monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej w systemowych procedurach. W odpowiedzi na tę lukę, zdecydowano o uzupełnieniu zapisów w ramach Procedury Systemowej PS-6: Monitorowanie i Pomiary Funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania.*

(akta kontroli str. 465)

2. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego⁴⁸, obowiązujący w Szpitalu od 1 marca 2023 r., został opracowany niezgodnie z niektórymi przepisami Standardu opieki okołoporodowej, ponieważ:

a) nie zawierał niektórych wymaganych elementów trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, pomimo że zgodnie z częścią VII ust. 4 Standardu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1-3, 7-24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego, tj. nie obejmował regulacji z poniższych ustępów części VII:

12) Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego rodzącej i płodu, w sposób określony w ust. 34, a w szczególnych przypadkach wdrożenie dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.

13) Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu rodzącej i płodu w sposób określony w ust. 34. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania pierwszego okresu porodu oraz sedację rodzącej, należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, uwzględniające poród w pozycji leżącej, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągłe monitorowanie KTG.

15) Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.

18) Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu.

34) Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:

1) u rodzącej ocenę funkcji:

a) układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniającą rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja co najmniej 12 godzin,

b) układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;

⁴⁸ Zawarty w procedurze *Standard znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu.*

2) u płodu - ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.

(akta kontroli str. 1084-1086, 1077-1083)

Dyrektor wyjaśniła, że ww. elementy wynikają bezpośrednio z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Standardu opieki okołoporodowej i mając na uwadze nadrzędność aktów prawnych nie zdecydowano się na ich powielanie w dokumentach przeznaczonych do użytku wewnętrznego. Ponadto dodała: *Nie ma potrzeby ani zasadności wpisywania i nadpisywania treści wynikających z przepisów prawa do każdej procedury, ponieważ prowadziłoby to do ich zbędnego rozbudowania i potencjalnych nieścisłości interpretacyjnych. Przyjęcie takiej zasady wymuszałoby tworzenie jednej rozbudowanej procedury obejmującej cały zakres norm prawnych, co byłoby niepraktyczne i sprzeczne z zasadą przejrzystości oraz funkcjonalności dokumentacji systemowej. Wewnętrzne procedury są uzupełnieniem regulacji zewnętrznych i koncentrują się na specyfice organizacyjnej i technicznej jednostki, nie zaś na duplikowaniu przepisów powszechnie obowiązujących.*

(akta kontroli str. 460-467)

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ ze wskazanego przepisu jednoznacznie wynika obowiązek ujęcia w trybie postępowania w łagodzeniu bólu porodowego przedmiotowych elementów. Ponadto NIK zauważa, że przedmiotowe uregulowania były uwzględnione w poprzednio obowiązującym standardzie łagodzenia bólu porodowego.

(akta kontroli str. 1062-1076, 1087-1089)

b) nie udokumentowano zapoznania się aktualnie zatrudnionego personelu medycznego Oddziału Gin.-Poł., Oddziału Neonatologicznego i części pracowników OAiIT⁴⁹ z procedurą dotyczącą trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego⁵⁰, pomimo że z części VII ust. 6 Standardu opieki okołoporodowej wynika obowiązek pisemnego potwierdzenia tego faktu.

(akta kontroli str. 892-896, 1090-1101)

Dyrektor wyjaśniła: *Zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej w czasie wprowadzenia i rozpoczęcia obowiązywania tych standardów wszyscy pracownicy zostali zapoznani ze wskazaną dokumentacją i potwierdzili to podpisem na tamten czas. (...). Dla zapewnienia prawidłowości procesu przepływu informacji zadecydowano, że obowiązują tylko procedury w wersji elektronicznej, a każdy pracownik jest zobowiązany do zapoznania się z nimi na podstawie podpisywanego zakresu obowiązków, który znajduje się w aktach osobowych pracowników. (...).*

(akta kontroli str. 460-467)

Wyjaśnienia Dyrektor nie zasługują na uwzględnienie, gdyż ze wskazanego przepisu jednoznacznie wynika obowiązek pisemnego potwierdzenia zapoznania się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego. Ponadto NIK wskazuje, że w trakcie kontroli nie przedłożono żadnych dokumentów potwierdzających pisemne zapoznanie personelu medycznego ze wskazanymi procedurami (poza listami z OAiIT), jak również dokumentacji potwierdzającej ich zniszczenie.

⁴⁹ Zatrudnionego na dzień 4 lipca 2025 r. w: Oddziale Gin.-Poł. (28 osób), Oddziale Neonatologicznym (20) i OAiIT (22 z 70).

⁵⁰ Standard znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu z 1 marca 2023 r.

3. Normy zatrudnienia pielęgniarek na Oddziale Gin.-Poł. oraz Oddziale Neonatologicznym zostały ustalone w latach 2022, 2023 i 2024 bez uprzedniego zasięgnięcia opinii kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych wskazanych w regulaminie organizacyjnym, a także opinii przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie ZOZ, co stanowiło naruszenie art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 154-156, 157, 159, 1321)

Dyrektor wyjaśniła, że: *Opinie uzyskane od Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Kielcach oraz od Zakładowej Organizacji Związkowej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych działającej przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich w 2017 roku pozostają aktualne i prawidłowe według obowiązujących w latach 2022, 2023, 2024 oraz na dziś dzień przepisów prawa, z tego wynika że nie ma konieczności pozyskiwania nowych opinii. Wszystkie zgłoszone wówczas uwagi zostały wprowadzone w życie w kontrolowanym okresie i są konsekwentnie uwzględniane również obecnie. Kierujący Komórkami Organizacyjnymi mają zapewnioną ciągłość konsultacji i wyrażenia sprzeciwu odnośnie do przedstawianych norm. Spełnianie tych norm znajduje potwierdzenie w bieżących zgłoszeniach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, co stanowi dodatkowy dowód prawidłowego wypełniania obowiązków w tym zakresie. Wskazana Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie nakłada corocznego obowiązku zasięgnięcia takich opinii.*

(akta kontroli str. 1629-1634)

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ normy zatrudnienia pielęgniarek ustalane były corocznie, a ze wskazanego przepisu jednoznacznie wynika obowiązek ich ustalenia po zasięgnięciu odpowiednich opinii.

4. W ZOZ stwierdzono przypadki nieprawidłowego zorganizowania czasu pracy lekarzy. Dotyczyły one⁵¹:

- a) 21 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w ZOZ na podstawie umów cywilnoprawnych na Oddziale Gin.-Poł., nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, co było działaniem nierzetelnym, w tym:
- sześć przypadków przez okres 26 godzin;
 - siedem przypadków przez okres 29 godzin;
 - pięć przypadków przez okres 30 godzin;
 - dwa przypadki przez okres 32 godzin;
 - jeden przypadek przez okres 48 godzin.

(akta kontroli str. 199, 204, 210, 216, 235, 241)

Dyrektor wyjaśniła: *Należy wskazać, że wymienione 21 przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wynoszącego ponad 24 godzin, dotyczyło lekarzy zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych. Na umowy cywilno-prawne nie obowiązują ograniczenia czasu pracy z Kodeksu pracy a wymiar czasu pracy zależy od ustaleń stron umowy. W związku z realizacją zadań Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, w szczególności*

⁵¹ Na podstawie próby kontrolnej list i grafików świadczenia pracy przez lekarzy w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024.

w okresie jego odbudowywania i zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, zachodzi konieczność przekraczania standardowych norm czasu pracy przez lekarzy.

(akta kontroli str. 1578-1589)

- b) 18 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy, zatrudnionych w ZOZ na podstawie umów o pracę na Oddziale Neonatologicznym, bez zachowania 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu. Powyższe było niezgodne z art. 97 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Analogiczne przepisy, dotyczące nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, zawierają art. 133 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁵².

(akta kontroli str. 199, 247, 252, 258, 264, 270, 277, 284)

Dyrektor wyjaśniła: *Oddział Neonatologiczny od wielu lat zmagają się z problemem braków kadrowych w zakresie lekarzy specjalistów neonatologii. Jest to trudność o charakterze ogólnokrajowym, która dotyka większości placówek medycznych w Polsce. W konsekwencji, przy ograniczonej liczbie lekarzy specjalistów, w praktyce nie zawsze możliwe jest zapewnienie każdemu z nich 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku po zakończonym dyżurze.*

(akta kontroli str. 1583)

W ocenie NIK udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny oraz brak co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, może budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów przebywających w ww. oddziałach.

5. Dyrektor nie zapewniła dla nowo zatrudnionego w latach 2022-2025 personelu Oddziału Gin.-Poł. (ośmiu osób), szkolenia dotyczącego przygotowania do pracy z rodzicami w sytuacjach szczególnych, co było niezgodne z przepisami wewnętrznymi ZOZ określonymi w procedurze⁵³ *Postępowanie z pacjentkami w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych*. W pkt 3 ppkt 3.1 ww. procedury wskazano, że należy przeprowadzić przeszkolenie personelu w celu prawidłowego prowadzenia pracy z rodzicami z niepowodzeniem położniczym⁵⁴.

(akta kontroli str. 181-183, 295-296, 328-329, 359-360, 402, 958)

Dyrektor wyjaśniła: *Szkolenie w zakresie pracy z rodzinami w sytuacjach szczególnych odbyło się w 2017 roku, a jego realizacja została udokumentowana certyfikatami przechowywanymi w aktach osobowych pracowników. Od tego czasu procedury postępowania nie uległy tak istotnym zmianom, aby konieczna była organizacja kolejnego szkolenia w tak szerokiej formie, co uzasadnia brak nowego kursu w okresie kontrolowanym [...]. Procedura nie określa częstotliwości realizacji*

⁵² Dz. U. z 2025 r. poz. 277, ze zm.

⁵³ PO/M/GP/5 wydanie I z dnia 20 sierpnia 2016 r.

⁵⁴ Analogiczny zapis dotyczący przeprowadzenia szkolenia w ww. zakresie znalazł się w zaktualizowanej procedurze Nr PO/M/GP/5 wydanie II z dnia 31 lipca 2023 r.

szkoleń, wskazuje jednak na obowiązek ich przeprowadzenia, który został wypełniony we wskazanym wyżej terminie [...]. Na etapie aktualizacji procedury dotychczasowe zapisy zostały utrzymane, z uwagi na możliwość pojawienia się w przyszłości konieczności ponownego przeszkolenia personelu. Aktualizacja wydania z dnia 31.07.2023 r. wynikała wyłącznie ze zmiany podstawy prawnej, tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.07.2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 1448).

(akta kontroli str. 1583, 1321-1322)

NIK nie kwestionuje wyjaśnień Dyrektora w zakresie szkolenia personelu w celu przygotowania do pracy z rodzicami w sytuacjach szczególnych, które odbyły się w 2017 r. NIK wskazuje, że w takiej sytuacji obowiązek odbycia tego szkolenia dotyczy w szczególności nowo zatrudnionego personelu Oddziału Gin.-Poł. w celu prawidłowego prowadzenia pracy z rodzicami z niepowodzeniem położniczym.

6. ZOZ nie aktualizował w systemie SZOI danych o swoim potencjale wykonawczym dotyczącym sprzętu medycznego, co było niezgodne § 2 ust. 9 umowy zawartej z NFZ⁵⁵. Stwierdzone przypadki braku aktualizacji sprzętu medycznego Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego dotyczyły niewykazywania w systemie SZOI używanych na oddziałach kardiokardiografu⁵⁶; defibrylatora Lifepak, fotela ginekologicznego z wyposażeniem, oraz kardiomonitorsów Biolight Q i Biolight Q7.

(akta kontroli str. 501)

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił: *W 2023 roku, w związku z poważnymi zaniechaniami ze strony ówczesnego kierownika Sekcji Nadzoru i Eksploatacji Aparatury Medycznej – w tym błędami w zakresie aktualizacji danych sprzętowych w Portalu Świadczeniodawcy – podjęto decyzję o rozwiązaniu z nim umowy za porozumieniem stron [...]. Zapewniamy, że niezwłocznie podjęto działania zmierzające do uzupełnienia i uporządkowania dokumentacji oraz dokonania stosownych zgłoszeń do NFZ, tak aby stan wykazany w umowach odzwierciedlał rzeczywisty stan faktyczny wynikający z ewidencji sprzętu i jego użytkowania w placówce*

(akta kontroli str. 505-506)

7. ZOZ nierzetelnie prowadził dokumentację dotyczącą przeglądów technicznych trzech sprzętów medycznych⁵⁷ używanych na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym w latach 2022-2025. W przypadku tych sprzętów przeglądy techniczne zostały wykonane z dwumiesięcznym opóźnieniem, a w paszportach technicznych nie odnotowano ich przestoju. Stanowiący nierozłączną część paszportu technicznego opis jego wypełniania pn. *Sposób prowadzenia „Paszportu Technicznego”* w pkt 6 stanowił, że w przypadku przestoju aparatu np. awarii, należy to odnotować wpisując: datę, stan aparatu (np. awaria)

⁵⁵ Zapis o wskazanej treści znajdował się w każdej umowie z lat 2022-2025 tj. Aneks 2022 do umowy Nr 13-SZP03/8-17-00188-020, Umowa Nr 13-SZP03/8-23-00188-007 Aneks 2024 do umowy Nr 13-SZP03/8-23-00188-007, Aneks 2025 do umowy Nr 13-SZP03/8-23-00188-007

⁵⁶ Użytkowany od 1995 r. i zlikwidowany w dniu 29 czerwca 2025 r.

⁵⁷ Z 15, których dokumentację poddano analizie, tj. stanowisko do resuscytacji Panda PBWX 71409, inkubator Aiv Incu nr 190600539, inkubator Aiv Incu nr 190600540.

i podpisując się pod wpisem oraz podbiciem pieczętki służbowej. Do kontroli nie przedłożono również żadnych dokumentów potwierdzających wyłączenie z użytkowania tego sprzętu.

(akta kontroli str. 486 -500, 505-509)

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, iż opóźnienia przeglądów trzech urządzeń wynoszące dwa miesiące były efektem nieprawidłowości organizacyjnych i proceduralnych leżących po stronie firmy zewnętrznej odpowiedzialnej za realizację przeglądów technicznych aparatury medycznej. Ponadto podał że: *aparaty zostały wyłączone z użytku do momentu realizacji przeglądów i potwierdzenia ich sprawności [...] oraz, że W momencie awarii na sprzęcie fizycznie znajdował się druk informacyjny z adnotacją o treści „Awaria, wyłączony z użytku”, celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu.*

(akta kontroli str. 486-487, 873-874)

8. W zespole porodowym ZOZ nie wyodrębniono pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy, co było niezgodne z załącznikiem Nr 1 część IV ust. 4 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

(akta kontroli str. 577)

Kierownik Oddz. Gin.-Poł. wyjaśnił, że: *W zespole brak jest osobnego pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, ale takie pacjentki i noworodki umieszcza się w jednym ze stanowisk Sali Porodowej, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej.*

(akta kontroli str. 1625)

9. Pacjentkom rodzącym w wielostanowiskowej sali porodowej nie zapewniono warunków pełnej intymności i godności, ponieważ stanowiska rodzących, oddzielono jedynie materiałową przesuwaną roletą. Stosownie do art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w taki sposób, aby zapewnić poszanowanie tych praw.

(akta kontroli str. 564, 571)

Kierownik Oddz. Gin.-Poł. wyjaśnił, iż: *Na Sali Porodowej zastosowano zasłony z tkaniny Staph CHEK przesuwne (posiadające zaletę czyszczenia na miejscu), oddzielając rodzącą od innej rodzącej, co pozwala zachować intymność dla rodzących i ich osób bliskich. Na oddziale rozważano inny rodzaj oddzielenia od siebie boksów rodzących, ale zastosowane zasłony są skutecznym i najtańszym sposobem zapewniającym intymność. Zastosowanie innego rozwiązania wymaga kapitalnego remontu oddziału, oraz że Zespół porodowy składa się z Sali Porodowej wielostanowiskowej (3 stanowiska), z których każde dostosowane jest do przyjmowania porodów rodzinnych. Ponieważ każde ze stanowisk spełnia wymogi do przyjęcia porodów rodzinnych to nie ma konieczności wydzielania osobnej sali do*

porodów rodzinnych.

(akta kontroli str. 1315, 1625)

Odnosząc się do wyjaśnień NIK wskazuje, że zastosowane rozwiązanie nie jest wystarczające, tym bardziej, że w Szpitalu nie wyodrębniono oddzielnej sali do porodów rodzinnych. W związku z tym pacjentki rodzące w sali wielostanowiskowej mogły mieć kontakt nie tylko z innymi pacjentkami, ale także z osobami im towarzyszącymi.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin oraz bez zachowania 35-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku, może świadczyć o niewłaściwej organizacji ich pracy. Ponadto normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały ustanowione z naruszeniem obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności, z wyjątkiem wielostanowiskowej sali porodowej, w której zastosowane rozwiązania w zakresie oddzielenia stanowisk nie gwarantowały takiego poczucia. W Szpitalu spełniono wymagania dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów, określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, poza wyodrębnieniem na Oddziale Gin.-Poł. określonego pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych. W ZOZ zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Sposób realizacji i dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej opracowano z ponad pięcioletnim opóźnieniem. W systemie SZOI nie aktualizowano posiadanego sprzętu medycznego, a dokumentacja dotycząca przeglądów technicznych takiego sprzętu w trzech na 15 zbadanych przypadków była prowadzona nierzetelnie. Ponadto obowiązujący tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego opracowano w sposób nie w pełni zgodny z wymogami Standardu, a pracownicy nie potwierdzali pisemnie zapoznania się z nim (poza wyjątkami), pomimo takiego obowiązku.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1 Podczas przyjęcia pacjentek do Szpitala wypełniano w szczególności formularze: *Badanie lekarskie przy przyjęciu*, w którym odnotowywano m.in. rozpoznanie, wywiad, badanie ogólne i ginekologiczne; *Wywiad pielęgniarski przy przyjęciu*; indywidualny plan opieki nad pacjentem i oświadczenia pacjenta zawierające m.in. potwierdzenie otrzymania karty praw i obowiązków pacjenta, upoważnienie do otrzymania informacji o udzielonych świadczeniach i stanie zdrowia, upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej, wyrażenie zgody na przyjęcie do Szpitala. Wszystkie wskazane dokumenty były wydrukowane z systemu i podpisane przez pacjentki.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1256-1268, 1308-1309)

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek⁵⁸ wykazała, że podczas przyjęcia do Szpitala weryfikowano: grupę krwi pacjentki (w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego); badania na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV, a w przypadku ich braku niezwłocznie zlecano ich wykonanie⁵⁹; zakażenie paciorkowcem grupy B (GBS), jednak u siedmiu pacjentek nie było wyników tych badań.

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. Piotr Kowalczyk wyjaśnił, że wobec pacjentek zastosowano postępowanie zgodnie z procedurą *Zapobieganie zakażeniom perinatalnym paciorkowcami grupy B*.

Do żadnej z analizowanych dokumentacji medycznych pacjentek nie dołączono karty przebiegu ciąży, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1528-1531)

2.2 Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które urodziły dziecko w Szpitalu wykazała m.in., że:

- 15 porodów odbyło się w drodze cięcia cesarskiego i 15 w sposób naturalny;
- w żadnej dokumentacji medycznej pacjentek nie było planu porodu. Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił: *Plan porodu jest indywidualną zewnętrzną dokumentacją pacjentek. Pacjentki zgłaszające się na oddział z planem porodu stanowią pojedyncze przypadki. Wtedy jest on omówiony z osobą sprawującą opiekę nad pacjentką w oddziale i jego kopia pozostaje w dokumentacji wewnętrznej pacjentki. Dla wszystkich pacjentek przyjmowanych w oddział opracowywany jest plan opieki uwzględniający również plan porodu.* NIK wskazuje, że opracowany ustnie plan porodu uniemożliwia dokonanie oceny czy w trakcie porodu uwzględniano oczekiwania pacjentek wobec przebiegu narodzin dzieci;
- w przypadku cięć cesarskich każdorazowo uzyskiwano zgodę rodzącej na wykonanie operacji;
- każdorazowo przed zastosowaniem przy porodach naturalnych analgezji wziewnej (cztery) oraz znieczulenia podpajęczynówkowego (jeden), uzyskiwano zgodę pacjentki na zastosowanie tego znieczulenia;
- zabieg amniotomii nie był wykonywany u żadnej rodzącej siłami natury;
- epizjotomia była wykonana u ośmiu z 15 rodzących siłami natury. W siedmiu przypadkach uzyskano zgodę pacjentek na wykonanie zabiegu nacięcia krocza⁶⁰. Odnośnie braku uzyskania zgody na nacięcie krocza od jednej pacjentki Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił: (...) *Potrzeba nagłej interwencji, która mogła zagrażać zdrowiu i życiu (opisana w dokumentacji medycznej) pacjentki i jej dziecka nie pozwalała na zebranie takiej zgody. W pierwszej kolejności priorytetem było zdrowie rodzącej kobiety i jej dziecka.* Na temat braku wskazania w dokumentacji medycznej przyczyn nacięcia krocza Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił, że zabieg ten wynika z uniknięcia poważniejszych urazów niż kontrolowane nacięcie, a wszystkie przypadki były medycznie uzasadnione. Ponadto dodał, że zgody wyrażone przez pacjentki opierały się na tym wskazaniu;

⁵⁸ Dobór celowy uwzględniający pacjentki, które w latach 2022-2024 od marca każdego roku urodziły dzieci siłami natury i cesarskiego cięcia.

⁵⁹ Dla 16 pacjentek.

⁶⁰ W *Świadomej zgodzie na wykonanie zabiegu epizjotomii – nacięcia krocza* wskazano m.in.: cele wykonywania zabiegu, przypadki kiedy zalecane jest jego wykonanie, możliwe powikłania. Pacjentka potwierdziła na ww. druku otrzymanie informacji na temat proponowanego zabiegu (w oparciu o formularz i rozmowę wyjaśniającą z lekarzem/położną).

- cztery rodzące korzystały ze wsparcia osoby bliskiej⁶¹.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1525-1536)

2.3 Pacjentki przy przyjęciu do Szpitala oraz w trakcie porodu informowano o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego. Jednak nie w pełni miały one możliwość skorzystania ze znieczulenia farmakologicznego w postaci analgezji regionalnej⁶², w szczególności znieczulenia zewnątrzoponowego, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1217-1219)

W dokumentacji 14 pacjentek spośród 15, które urodziły siłami natury odnotowano z jakich metod znieczulenia bólu porodowego korzystały (osiem pacjentek – metody naturalne⁶³, jedna pacjentka – metody naturalne i immersja wodna, trzy pacjentki – metody naturalne i analgezja wziewna, jedna pacjentka – analgezja wziewna, jedna pacjentka – analgezja regionalna - znieczulenie podpajęczynówkowe).

Odnosnie jednej pacjentki, wobec której nie zastosowano żadnych metod łagodzenia bólu porodowego, Koordynator ds. położnictwa wyjaśniła, że pacjentka trafiła na Trakt Porodowy i po 10 minutach urodziła. Ponadto dodała: *Nie było więc potrzeby umożliwienia jej skorzystania z niefarmakologicznego i farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego.*

W przypadkach zastosowania analgezji wziewnej uzyskiwano zgodę rodzącej na ten rodzaj znieczulenia. Zastosowane znieczulenie (przy porodzie naturalnym) w formie analgezji regionalnej (podpajęczynówkowej) poprzedzone było wezwaniem lekarza anestezjologa i przeprowadzeniem przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej oraz uzyskaniem zgody pacjentki na znieczulenie.

U wszystkich 15 pacjentek, u których rozwiązanie porodu nastąpiło w drodze cięcia cesarskiego, przeprowadzano przedoperacyjne ankiety anestezjologiczne i uzyskiwano ich zgody na proponowane znieczulenie, w tym u 10 pacjentek zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe, a u kolejnych pięciu – znieczulenie ogólne. Jedynie przy porodach poprzez cesarskie cięcie lekarz anestezjolog uwzględniony był w zespole porodowym.

Odnosnie braku uwzględnienia w zespole porodowym (siłami natury) lekarza anestezjologa Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił: (...) *Lekarz anestezjolog jest wzywany w razie potrzeby w trybie doraźnym po zgłoszeniu tego faktu Kierownikowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, bądź kierownikowi dyżuru Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, np. w sytuacjach potrzeby wykonania pilnego cięcia cesarskiego, bądź kwalifikacji do znieczulenia regionalnego. (...).*

Lekarze anestezjolodzy zatrudnieni byli w OAiIT. Odnosnie do sposobu ich przydzielania do udzielania świadczeń medycznych w Oddziale Gin.-Poł. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa (również kierownik OAiIT) wyjaśnił: (...) *Zatrudnieni anestezjolodzy są dostępni dla całego szpitala, a ich przydział do konkretnych świadczeń, w tym ginekologiczno-położniczych, ustalany jest*

⁶¹ Plan opieki uwzględniał osobę bliską celem minimalizacji lęku.

⁶² Jedna z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Może być przeprowadzona w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, podpajęczynówkowego lub połączenia tych dwóch form.

⁶³ Polegające m.in. na aktywności fizycznej; pozycjach zmniejszających odczucia bólowe, w tym wertykalnych; technikach oddechowych.

w zależności od bieżącego zapotrzebowania decyzją Kierownika Oddziału lub jego Zastępcy. W ramach dyżuru zapewniona jest obecność trzech lekarzy anestezjologów (dwóch na Bloku Operacyjnym, jednego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii), zgodnie ze stopniem referencyjności szpitala. W sytuacjach nagłych istnieje również możliwość wezwania dodatkowego personelu.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1217-1219, 1510-1514, 1540-1542, 1570-1577)

2.4 Odnośnie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków ustalono, że:

- była ona prowadzona głównie w wersji elektronicznej⁶⁴, jak również częściowo w wersji papierowej⁶⁵;
- dokumentacja medyczna pacjentek i ich dzieci w wersji papierowej była chronologicznie uporządkowana i ponumerowana;
- wpisy w dokumentacji elektronicznej opatrzone były oznaczeniem osób ich dokonujących. Dyrektor wyjaśniła, że dokumentacja medyczna podpisywana jest przez lekarzy cyfrowo za pomocą bezpłatnych certyfikatów ZUS, które posiadają lekarze. Ponadto dodała, że dokumentacja wewnętrzna podpisywana jest przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu, tj. każdy użytkownik będący personelem medycznym posiada swój unikalny login powiązany ze swoimi danymi osobowymi i będąc zalogowanym dokonuje wpisu we własnym imieniu;
- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych; upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- zawierała zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- do historii choroby pacjentek w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną (dokument obserwacje pielęgniarki/ratownika), karty obserwacji lekarskich, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia;
- karty obserwacji porodu znajdowały się w dokumentacji 27 pacjentek i były zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej i rzetelnie wypełnione. Odnośnie braku prowadzenia kart obserwacji porodu dla trzech pacjentek⁶⁶ Koordynator ds. położnictwa wyjaśniła, że pacjentki te miały wykonane cięcie cesarskie w trybie planowym i w takich przypadkach nie zakładano przedmiotowych kart, a do dokumentacji dołączano karty obserwacji położnych i lekarzy;

⁶⁴ W systemie Optimed NXT i obejmowała m.in.: obserwacje lekarskie, obserwacje pielęgniarki/ratownika prowadzone przez położne (w Oddziale Gin.-Poł.) oraz pielęgniarki i położne (w Oddziale Neonatologicznym), badania zleczone i zrealizowane, zabiegi operacyjne, wykonane badania położnicze wraz z opisem, czynności pielęgnacyjne, parametry życiowe, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, zlecenie podania leków i ich realizacja, zlecenie na zabieg operacyjny, przebieg porodu, zabieg i rozpoznania, kryteria dla kategorii opieki, wypis ze szpitala, zespół operacyjny, protokół operacyjny, protokół zabiegu, przebieg porodu.

⁶⁵ Obejmowała m.in.: oświadczenia pacjentek, badanie lekarskie przy przyjęciu, plan opieki, wywiad pielęgniarski przy przyjęciu (dokumenty wydrukowane z systemu i podpisane przez pacjenta) oraz w zależności od sytuacji poszczególnych pacjentek: zgody na wykonanie określonych badań, przedoperacyjne ankiety anestezjologiczne, karty znieczulenia, karty obserwacji porodu, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

⁶⁶ Historie choroby: 6911/2023, 7068/2023, 8642/2024.

- w dokumentacji medycznej noworodków znajdowały się m.in. obserwacje położnych i pielęgniarek, lekarskie, czynności pielęgnacyjne, badania przedmiotowe, indywidualny plan opieki, karty oceny karmienia, karta przesiewowego badania słuchu, zgody na szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i na szczepienie BCG (przeciwko gruźlicy), karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, urodzenia żywego stosowano kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 1201-1208, 1256-1268, 1308-1309, 1329, 1540-1542, 1578-1587)

2.5 W dokumentacji medycznej 15 pacjentek, które urodziły drogami natury, odnośnie kontaktu „skóra do skóry” w siedmiu przypadkach⁶⁷ wskazano, że trwał dwie godziny, w czterech⁶⁸ przypadkach nie wskazano informacji o czasie jego trwania i w pozostałych czterech⁶⁹ nie było możliwe określenie czasu jego trwania, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W zakresie niewskazania informacji o czasie kontaktu „skóra do skóry” Koordynator ds. pielęgniarstwa wyjaśniła, że wynikało to z niedopatrzenia.

W Szpitalu nie umożliwiono noworodkom (12 z 15 porodów naturalnych) kontaktu z matką „skóra do skóry” w zakresie i czasie określonym w Standardzie, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Wobec trzech⁷⁰ pozostałych noworodków brak zapewnienia bezpośredniego kontaktu po urodzeniu lub w sposób nieprzerwany, zgodnie z wyjaśnieniami Kierownika Oddziału Neonatologicznego, wynikał z ich urodzenia za pomocą porodów zabiegowych i przeprowadzenia w szczególności badania przez lekarza neonatologa.

(akta kontroli str. 1213-1216, 1546-1555)

W przypadku 15 z 16 noworodków urodzonych w drodze cięcia cesarskiego zapewniono kontakt „skóra do skóry”, który w szczególności odbywał się po przewiezieniu matki na salę pooperacyjną, przyjeździe z sali wybudzeń. W jednym przypadku nie zapewniono takiego kontaktu ze względu na stan zdrowia dziecka i konieczność umieszczenia w inkubatorze. W 12 przypadkach kontakt „skóra do skóry” wynosił dwie godziny, w kolejnych dwóch przypadkach nie wskazano informacji o czasie jego trwania, a w jednym odnotowano, że kontakt trwał dwie godziny, pomimo że wpisu w dokumentacji medycznej dokonano po 28 minutach od urodzenia dziecka. Dwa noworodki były „kanguirowane” przez ojców, a następnie przez matki.

Spośród ww. sytuacji ze względów medycznych w jednym przypadku kontakt „skóra do skóry” odbył się następnego dnia po urodzeniu i w jednym przerwano go (jednak w tym samym dniu ponownie „kanguirowano”).

(akta kontroli str. 1213-1216, 1330-1331)

⁶⁷ Historie choroby: 5582/2022, 6247/2022, 6916/2023, 7625/2024, 7739/2024, 7522/2023, 25091/2024.

⁶⁸ Historie choroby: 7144/2023, 8159/2024, 8620/2024, 7669/2022.

⁶⁹ Historie choroby: 5668/2022, 6315/2022, 6798/2023, 7300/2023.

⁷⁰ Historie choroby: 7669/2022, 7522/2023, 25091/2024 urodzonych przy pomocy próżnościągu położniczego.

2.6 Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 31 noworodków urodzonych w Szpitalu⁷¹ w latach 2022-2024 ustalono, że:

- w każdym przypadku dokonano oznakowania noworodka i oceny stanu noworodka według skali Apgar;
- wobec tych noworodków wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- noworodki miały wykonane szczepienia, zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych, po uprzedniej kwalifikacji dokonanej przez lekarza i pisemnym wyrażeniu zgody przez matkę;
- podczas porodu w sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka⁷² oraz lekarz Oddziału Neonatologicznego;
- noworodkom wykonano: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na bibułę;
- w żadnym przypadku w dokumentacji medycznej nie wskazano czy badanie kliniczne noworodka przez lekarza Oddziału Neonatologicznego przeprowadzone w okresie 12 godzin od urodzenia odbyło się w obecności matki lub ojca. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: *Badanie noworodka zawsze odbywa się w obecności matki lub rodziców zarówno na sali porodowej, jak i na sali cięć cesarskich oraz w systemie matka z dzieckiem – w czasie ранnej lub popołudniowej wizyty. (...) nie ma obowiązku odnotowywania tej sytuacji, dlatego nie dokumentujemy tego faktu w dokumentacji medycznej;*
- w żadnym przypadku nie wskazano czy wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”.

Koordinator ds. pielęgniarstwa Oddziału Neonatologicznego Bożena Dróżdż wyjaśniła: *W objętej badaniem dokumentacji został utworzony plan opieki, który zawierał postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne, przedstawiany matce i akceptowany przez nią – podpis matki. Zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury były wykonywane po uzyskaniu ustnej zgody matki, ponieważ nie są to procedury o podwyższonym ryzyku. Dodatkowo matka podpisuje „Oświadczenie pacjenta”, w którym zawiera się zgoda na badanie lub udzielenie określonego, wymaganego stanem zdrowia świadczenia. Tylko w przypadku braku zgody rodziców fakt ten odnotowywany jest w dokumentacji medycznej. Oddział zorganizowany jest w systemie „matka z dzieckiem” i w obecności matki wykonywane są wszystkie czynności pielęgnacyjne oraz obowiązkowe procedury standardowe.*

W przypadku stwierdzenia u noworodków zaburzenia podczas badania, mogącego stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że lekarz decyduje odnośnie miejsca ich leczenia. Ponadto dodała: *Większość noworodków jest leczonych w naszym oddziale, pozostałe są niezwłocznie przekazywane do oddziału o poziomie referencyjnym adekwatnym do potrzeb zdrowotnych danego noworodka. W 2022 r. odesłano troje dzieci, w 2023 r. sześcioro, w 2024 r. czworo i w I półroczu 2025 r. jedno.*

(akta kontroli str. 1213-1216, 1340-1342, 1546-1555, 1603-1606)

⁷¹ Dzieci 30 pacjentek poddanych szczegółowej analizie, w jednym przypadku urodziły się bliźniaki.
⁷² Corocznie w ZOZ przeprowadzano dla personelu medycznego m.in. Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego szkolenia w zakresie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka. W trakcie oględzin ustalono, że w sali porodowej dostępny był układ do wspomagania oddychania (resuscytator), a sala operacyjna dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wyposażona była w stanowisko do resuscytacji noworodka.

2.7 Informacje o korzyściach wynikających z naturalnego karmienia pacjentki miały przekazywane przez położne Oddziału Gin.-Poł., co dokumentowane było w *Karcie edukacji kobiety ciężarnej – karmienie piersią*⁷³. Ponadto informacje te pacjentki otrzymywały w formie rozmowy i instruktażu podczas całego pobytu w Szpitalu. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że w przypadku wątpliwości i pytań ze strony matek, powyższych informacji udzielają również lekarze z Oddziału. Ponadto dodała: *Wszystkie mamy otrzymują Poradnik – Karmienie Piersią – wydawany przez Ministerstwo Zdrowia.*

(akta kontroli str. 1201-1208, 1340-1351)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej⁷⁴ 30 pacjentek i ich 31 noworodków⁷⁵ urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024 ustalono, że:

- wszystkie pacjentki otrzymywały informacje na temat laktacji dotyczące korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
- wszystkim pacjentkom udzielono instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
- wobec wszystkich pacjentek personel medyczny w pierwszych dniach po urodzeniu dzieci dokonywał bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia⁷⁶;
- 11 pacjentek informowano o znaczeniu częstego przystawiania dziecka do piersi i ryzyku związanym z używaniem smoczków⁷⁷.

Odnośnie przestrzegania wymogu niestosowania w okresie stabilizowania laktacji smoczków w celu uspokajania noworodków Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że Oddział nie posiada smoczków do uspakajania noworodków i prowadzi edukację matek przez personel lekarski i pielęgniarzki nt. szkodliwości stosowania smoczków w tym okresie.

(akta kontroli str. 1201-1216, 1340-1342, 1346-1351, 1546-1555)

Spośród 31 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024, których dokumentację medyczną objęto analizą, 21 dzieciom podawano mleko modyfikowane, w tym 10 na prośbę matki, pięciu na zlecenie lekarza. W dokumentacji medycznej części noworodków nie odnotowano wskazań do podawania mleka modyfikowanego lub nie odnotowywano informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

Personel medyczny sprawujący opiekę laktacyjną nad pacjentkami uczestniczył w 2022 r. w kursie dokształcającym *Karminie piersią w praktyce szpitala*⁷⁸. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: *Cały personel medyczny (...) specjalizuje się w promowaniu karmienia naturalnego oraz uwzględnia wytyczne*

⁷³ Poza kobietami rodzącymi przyjętymi do Szpitala.

⁷⁴ M.in.: *Karta edukacji kobiety ciężarnej – karmienie piersią, Karta edukacji położnicy, Karta oceny karmienia i obserwacji pielęgniarek i położnych.*

⁷⁵ Jedna pacjentka urodziła bliźnięta.

⁷⁶ Co dokumentowano w *Karcie oceny karmienia*, która zawierała ocenę samodzielnego przystawienia dziecka przez matkę oraz po pomocy ze strony położnej w zakresie: pozycji matki, ułożenia dziecka, przystawienia do piersi i efektywności ssania.

⁷⁷ Program uwzględniony w *Karcie edukacji kobiety ciężarnej – karmienie piersią* i przekazywany pacjentkom, które nie były w trakcie porodu i nie zostały przyjęte bezpośrednio na Trakt Porodowy.

⁷⁸ Program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych w łącznym wymiarze 6 godzin.

WHO w sprawie karmienia piersią – przekazuje informacje o korzyściach i zaletach takiego sposobu karmienia co jest dokładnie dokumentowane przez cały okres pobytu na oddziale. Jeśli mama podejmie decyzję o karmieniu mlekiem modyfikowanym staramy się przedstawić zalety karmienia naturalnego.

Na Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp pacjentkom do dwóch laktatorów i lodówki do przechowywania pokarmu, a na Oddziale Gin.-Poł. do jednego laktatora elektrycznego.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie nawiązano współpracy z bankiem mleka kobiecego. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że najbliższy bank mleka kobiecego znajduje się w Łodzi, tj. około 120 km od Szpitala, co z powodów technicznych jest trudne i zarazem kosztowne.

(akta kontroli str. 1213-1216, 1330-1321, 1340-1342, 1346-1351, 1546-1555)

2.8 Analiza dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które urodziły martwe dziecko lub poroniły⁷⁹ wykazała, że:

- pacjentkom zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa. W analizowanej próbie siedem pacjentek skorzystało z tej formy wsparcia, dwie zadeklarowały chęć samodzielnego poradzenia sobie z sytuacją oraz jedna nie wyrażała chęci skorzystania z takiej pomocy. Szpital zapewniał wsparcie psychologiczne od poniedziałku do piątku. W związku z tym jednej pacjentce, która poroniła w piątek pomoc psychologiczna została zapewniona w poniedziałek. Dyrektor wyjaśniła, że pacjentki wypisywane w soboty i niedziele informowane były o możliwości skorzystania z pomocy psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego w ZOZ, a które zostawały w Szpitalu do poniedziałku otrzymywały bezpośrednią pomoc;
- nie odnotowywano informacji o sali, w której przebywała pacjentka i czy była w niej wraz z innymi pacjentkami w okresie ciąży, porodu lub które urodziły zdrowe dziecko. Koordynator ds. położnictwa wyjaśniła: *Pacjentki, które doświadczyły sytuacji szczególnych np. poronienia lub martwego urodzenia umieszczone były w salach oddziału najbardziej oddalonych od sal kobiet będących w ciąży i tych które urodziły zdrowe dziecko - odcinek ginekologiczny oddziału a w miarę możliwości również w salach jednoosobowych. Pacjentki ww. nie przebywały nigdy w salach wraz z innymi pacjentkami w ciąży lub porodu. (...). W tym zakresie nie wpłynęły żadne skargi na brak takiego postępowania ze strony personelu;*
- nie dokumentowano przekazywania informacji o możliwości pożegnania się pacjentki z dzieckiem. Koordynator ds. położnictwa wyjaśniła: *Pacjentki (...) miały możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyrażały taką potrzebę. Nie zawsze takie informacje umieszczone zostały w dokumentacji medycznej, często wynikały one z potrzeby chwili i dobrej praktyki stosowanej w oddziale. W tym zakresie nie wpłynęły żadne skargi na odmówienie takiej możliwości;*
- informowano pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, możliwości pochówku utraconego dziecka. Odnośnie dwóch pacjentek, u których brak było w dokumentacji informacji związanych z możliwością dokonania pochówku utraconych dzieci Koordynator ds. położnictwa

⁷⁹ Dobór celowy uwzględniający pacjentki, które w latach 2022-2024 (od marca) doświadczyły sytuacji szczególnych, o których mowa w części XV ust. 1 Standardu opieki okołoporodowej oraz z uwzględnieniem kryterium zaawansowania ciąży, tj. po 12 tygodniu.

wyjaśniła, że całość pobranego materiału wysłana została do badania histopatologicznego i wówczas pacjentki mają możliwość dokonania pochówku po wykonaniu tych badań, o czym są informowane w trakcie pobytu w Oddziale i przy otrzymaniu karty informacyjnej;

- sposób postępowania z martwymi płodami był zgodny z wewnętrznymi procedurami, poza trójką dzieci martwo urodzonych (dwóch pacjentek), gdzie Szpital nie umożliwił dokonania ich pochówku, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu udostępniano ulotkę informacyjną dla pacjentek po stracie dziecka (zawierała wiadomości o przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły) i informacje o możliwości wykonania badań genetycznych. Koordynator ds. położnictwa wyjaśniła: (...) *personel oddziału korzysta z pomocy Fundacji „Tęczowy kocyk”, która dostarcza w miarę potrzeby bezpłatnie ubranka, rozki, beciki służące do godnego pochówku tych najmniejszych dzieci oraz memorabilia dla rodziców.*

(akta kontroli str. 574, 594-599, 939-946, 1002-1013, 1355-1378, 1399-1410)

2.9 Odnośnie najistotniejszych problemów jakie napotyka Szpital w sprawowaniu opieki okołoporodowej sześć położnych⁸⁰ i czterech lekarzy⁸¹ wyjaśniło, że nie napotyka takich problemów. Natomiast dwóch lekarzy⁸² i Koordynator ds. położnictwa wskazali na zbyt niską wycenę procedur w położnictwie i ginekologii. Ponadto jeden z lekarzy⁸³ wyjaśnił również, że uważa za wskazane wprowadzenie do Standardu: badania w kierunku toksoplazmozy w III trymestrze ciąży u kobiet uprzednio seronegatywnych; badania w kierunku CMV w ciąży, zwłaszcza w I trymestrze; możliwości stosowania kortykosteroidów w przypadku porodu przedwczesnego powyżej 34 tygodnia ciąży oraz w przypadku elektywnego cięcia cesarskiego.

(akta kontroli str. 1346-1351, 1430-1442)

Dyrektor wyjaśniła: *Jednym z istotnych problemów wpływających na działalność Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w ZOZ w Końskich jest niedoszacowanie wyceny procedur położniczych i ginekologicznych w ramach systemu finansowania świadczeń zdrowotnych. Obecna wycena nie odzwierciedla faktycznych kosztów ponoszonych przez szpital, zwłaszcza w kontekście rosnących kosztów kadrowych, materiałowych i organizacyjnych. Dodatkowo negatywny wpływ na funkcjonowanie oddziału ma niekorzystna sytuacja demograficzna w powiecie koneckim, charakteryzująca się: systematycznym spadkiem liczby mieszkańców, starzejącym się społeczeństwem, ujemnym saldem migracji oraz niskim wskaźnikiem przyrostu naturalnego. Te czynniki powodują spadek liczby porodów i wpływają na obniżenie poziomu finansowania działalności szpitala, pomimo utrzymywania gotowości do świadczenia usług na odpowiednim poziomie zabezpieczenia zdrowotnego. Problemem o charakterze systemowym, który w sposób szczególny dotyka szpitala powiatowe, jest również sytuacja związana z pozostawianiem noworodków przez matki w szpitalu. W takich przypadkach, do czasu wskazania formy dalszej opieki przez system pieczy zastępczej lub sąd, to na szpitalu spoczywa obowiązek*

⁸⁰ Trzy z Oddziału Gin.-Poł. i trzy z Oddziału Neonatologicznego.

⁸¹ Jeden z Oddziału Gin.-Poł. i trzech z Oddziału Neonatologicznego, w tym jego Kierownik.

⁸² Z Oddziału Gin.-Poł, w tym jego Kierownik.

⁸³ Z Oddziału Neonatologicznego.

zapewnienia tymczasowej opieki nad dzieckiem, co generuje znaczne i nieplanowane koszty, bez zapewnienia odpowiedniego mechanizmu refundacyjnego. Przykładowo dwoje noworodków pozostawionych w szpitalu w okresie od 13.02.2025 do 03.04.2025 oraz od 21.02.2025 do 09.04.2025 wygenerowało łączne koszty opieki i hospitalizacji w wysokości 81 942,92 zł. W innym przypadku, jedno dziecko oddane do adopcji decyzją sądu, przebywające w szpitalu w dniach 26.07.2023–17.10.2023, wygenerowało koszty w wysokości 74 233,16 zł. W roku 2023, w okresie od 09.01.2023 do 16.03.2023, opieka nad dwojgiem noworodków pozostawionych w szpitalu wiązała się z kosztami rzędu 140 396,17 zł. Wskazane sytuacje mają charakter powtarzalny i stanowią poważne obciążenie finansowe dla szpitala, który nie otrzymuje w takich przypadkach dedykowanego wsparcia finansowego ani systemowego mechanizmu rekompensaty.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu pozostawiono szóstkę dzieci, które przebywały w nim najkrócej 17 dni, a najdłużej 83 dni.

Dyrektor wyjaśniła również, że w ZOZ nie dokonywano zakupów szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla kobiet, odbywają się one ambulatoryjnie na rekomendację lekarzy prowadzących ciążę pacjentek. Ponadto dodała: (...) *w przypadku, w którym pacjentka zostałaby przyjęta w Oddział we wskazanym do tychże szczepień okresie ciąży i zidentyfikowano by u niej zagrożenie to Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich podjąłby się zakupu szczepionki i zrealizował szczepienie.* Ponadto dodała, że zidentyfikowano problem wymiany łóżek szpitalnych w Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym, a ich koszty są znaczące dla Szpitala i w zależności od specyfiki wynoszą około 10 tys. zł za jedno łóżko. Wskazała na zgłoszone z ww. Oddziałów zapotrzebowanie na zakup 13 łóżek. Dodała: *Zakup i wymiana łóżek ma być zrealizowana ze środków KPO⁸⁴, w momencie uzyskania się naboru Dyrekcja złoży stosowny wniosek o dofinansowanie.*

(akta kontroli str. 119-124, 1447-1449)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa⁸⁵ wyjaśnił: *Problemy napotymane przez Szpital nie wynikają z funkcjonowania placówki, zaś są one efektem ogólnych regulacji oraz niekorzystnej sytuacji demograficznej i braku odpowiedzi organów nadrzędnych na zmieniające się warunki związane ze świadczeniem usług w zakresie ginekologii i położnictwa. Mówiąc precyzyjnie problemami są spadająca ilość porodów, funkcjonowanie zbyt dużej ilości oddziałów położniczych nieadekwatnie do ilości porodów, a tym samym brak możliwości pełnego zabezpieczenia w kadrę specjalistyczną oraz niedoszacowanie przez AOTMiT⁸⁶ finansowania procedur położniczych. Następnie w związku z funkcjonowaniem wielu nierentownych oddziałów z niewielką ilością porodów szpitale nie są w stanie utrzymać dedykowanego dla położnictwa pionu anestezyjologicznego (specjalista anestezyjolog i specjalista pielęgniarka anestezyjologiczna). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁸⁷ lekarz specjalista anestezyjolog nie może znieczulając poród świadczyć innych usług medycznych poza blokiem porodowym, w efekcie nawet przez kilka/kilkanaście godzin może nie być dostępny do innych zabiegów. Ponadto brak konsolidacji placówek, utrzymywanie małych i nierentownych oddziałów oraz wpływ*

⁸⁴ Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności.

⁸⁵ Będący również Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii.

⁸⁶ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

⁸⁷ Standard opieki okołoporodowej (część VII ust. 24).

polityki, w tym organów założycielskich jednostek na formę funkcjonowania Szpitali w zakresie ginekologii i położnictwa są aktualnym źródłem problemów.

(akta kontroli str. 1443-1446)

2.10 W okresie objętym kontrolą do ZOZ wpłynęło pięć skarg⁸⁸, które dotyczyły w szczególności uwag do realizacji świadczeń zdrowotnych udzielonych w Oddziale Gin.-Poł. (trzy), Oddziale Neonatologicznym i SOR (po jednej). Dyrektor Szpitala⁸⁹ i Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ZOZ⁹⁰ w terminie od czterech do 22 dni od dnia otrzymania skargi pisemnie udzielili wyczerpujących wyjaśnień skarżącym. Jedna ze złożonych skarg była, zdaniem Dyrekcji Szpitala, częściowo zasadna i dotyczyła naruszenia intymności i godności pacjentki podczas przeprowadzania badania ginekologicznego przy uchylonych drzwiach gabinetu⁹¹. W celu wyeliminowania nieprawidłowości przeprowadzono rozmowę z lekarzem oraz skierowano do niego pismo (z którym się zapoznał) z prośbą o przeprowadzanie każdego badania pacjentek wyłącznie przy zamkniętych drzwiach pokoju badań. Następnie Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta przeprowadziła dwa szkolenia dla personelu medycznego Oddziału Gin.-Poł. pt. *Prawa pacjenta w świetle obowiązujących przepisów prawa*.

(akta kontroli str. 119-131, 1450-1495)

Z informacji przekazanej przez dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach⁹² wynika, że w latach 2022-2025⁹³ nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych w ZOZ świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 1496-1499)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Karty przebiegu ciąży nie zostały dołączone do dokumentacji medycznej⁹⁴ (analizowanej w trakcie kontroli) wszystkich 30 pacjentek Oddziału Gin.-Poł., co było niezgodne z § 15 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Ze wskazanego przepisu wynika, że do historii choroby pacjenta dołącza się również dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności m.in. kartę przebiegu ciąży. Zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 3 ww. rozporządzenia karta ta stanowi dokumentację indywidualną zewnętrzną.

(akta kontroli str. 1201-1208)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił: *Karty przebiegu ciąży podczas pobytu w oddziale posiadają pacjentki przy sobie, gdyż stanowią one dokumentację indywidualną zewnętrzną pacjentek (wpisy w „Oświadczeniu pacjenta”). Kart tych nie dołącza się do historii choroby, ponieważ nie są istotne dla procesu diagnostyczno-leczniczego. Podczas pobytu w oddziale wszelkie niezbędne informacje uzupełnia się z dokumentacji medycznej pacjentek, w tym również z kart ciąży do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjentek. W przypadku załączenia cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej w postaci papierowej*

⁸⁸ Jedna w 2022 r. (dotycząca realizacji świadczeń zdrowotnych udzielonych w Oddziale Neonatologicznym) i cztery w 2023 r. (w tym trzy dotyczyły Oddziału Gin.-Poł. i jedna Szpitalnego Oddziału Ratunkowego).

⁸⁹ W stosunku do czterech skarg.

⁹⁰ W stosunku do jednej skargi.

⁹¹ Świadczenie udzielone w SOR.

⁹² Pismo nr NFZ13-WOKiP-SSiW.5223.1.2025 z dnia 7 lipca 2025 r.

⁹³ Do 7 lipca 2025 r.

⁹⁴ Zarówno papierowej, jak i odwzorowanej cyfrowo.

istotnej dla procesu diagnostyczno-leczniczego dokumentacja ta jest zwracana pacjentkom przy otrzymaniu karty informacyjnej z pobytu w oddziale. Pacjentka potwierdza podpisem odbiór karty informacyjnej i wszystkich dostarczonych dokumentów.

(akta kontroli str. 1515-1523)

Złożone wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż jednoznacznie z powołanego przepisu wynika obowiązek załączenia kart przebiegu ciąży do historii choroby pacjenta.

2. W Oddziale Gin.-Poł. nie zapewniono dla pacjentek faktycznej możliwości łagodzenia bólu porodowego w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, pomimo że na stronie internetowej ZOZ wskazano, że Oddział umożliwia zastosowanie tego rodzaju znieczulenia⁹⁵. Także w procedurach łagodzenia bólu porodowego⁹⁶ (obowiązujących w okresie objętym kontrolą) przewidziano możliwość jego zastosowania w Szpitalu, a pacjentki przy przyjęciu i w trakcie porodu informowano m.in. o farmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego. W ocenie NIK było to działanie nierzetelne.

W Analizach łagodzenia bólu porodowego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym sporządzanych w każdym półroczu w latach 2022-2025, za każdym razem kierownik tego Oddziału (a wcześniej lekarz specjalista położnictwa i ginekologii) ujmował zalecenia, że wskazane jest uruchomienie możliwości stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego lub zewnątrzoponowego/podpajęczynówkowego⁹⁷.

W latach 2022-2024 u żadnej pacjentki nie stosowano analgezji regionalnej w formie znieczulenia zewnątrzoponowego. Takie znieczulenie zostało zrealizowane tylko jeden raz w pierwszym półroczu 2025 r.

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśnił: (...) Część pacjentek nie wyrażała potrzeby łagodzenia bólu porodowego za pomocą analgezji regionalnej. Kolejna grupa wybierała inne sposoby walki z bólem porodowym, na przykład analgezję wziewną. W pozostałych sytuacjach zwracano się z prośbą do zespołu anestezyjologicznego o wykonanie znieczulenia regionalnego. Ze względu na obciążenie pracą zespołu anestezyjologów dyżurnych (szpital wieloprofilowy z bardzo dużą ilością zabiegów operacyjnych w różnych trybach i o różnych porach dnia, zabezpieczenie pracy OIOM⁹⁸, konsultacje) nie było możliwości oddelegowania lekarza anestezyjologa na blok porodowy - w takiej sytuacji byłby on wyłączony z możliwości wykonywania innych procedur poza blokiem porodowym.

(akta kontroli str. 1105-1118, 1201-1208, 1217-1219, 1510-1514, 1532-1536)

Dyrektor ds. Lecznictwa (również kierownik OAiT) wyjaśnił: *W ZOZ Końskie zapewniona jest możliwość zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego, co znajduje potwierdzenie w praktyce klinicznej w pierwszym półroczu bieżącego roku. Dodatkowo oferowane jest znieczulenie podpajęczynówkowe – obie metody stanowią standardowe techniki analgezji regionalnej porodu, wdrażane zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Nie każda pacjentka kwalifikuje się do znieczulenia zewnątrzoponowego, a decyzja o jego zastosowaniu podejmowana jest*

⁹⁵ Po kwalifikacji położniczej i anestezyjologicznej w aktywnej fazie I okresu porodu.

⁹⁶ Standard leczenia bólu ostrego i przewlekłego oraz łagodzenia bólu porodowego z 2 stycznia 2019 r., który obowiązywał do 1 marca 2023 r. (w zakresie łagodzenia bólu porodowego) i od tego dnia obecny Standard znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu.

⁹⁷ Z wyjaśnień kierownika Oddziału Gin.-Poł. wynika, że wskazanie znieczulenia zewnątrzoponowego/podpajęczynówkowego oznaczało możliwość analgezji regionalnej zewnątrzoponowej, podpajęczynówkowej (każdej z osobna) lub połączonej podpajęczynówkowej i zewnątrzoponowej.

⁹⁸ Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

indywidualnie w zależności od stanu zdrowia rodzącej, przebiegu porodu, przeciwwskazań oraz woli pacjentki. (...).

Dyrektor Szpitala udzieliła analogicznych wyjaśnień.

(akta kontroli str. 1570-1577, 1578-1587)

NIK zauważa, że jednorazowe zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego w 2025 r. nie świadczy o faktycznym umożliwieniu pacjentkom skorzystania z tej formy znieczulenia⁹⁹. Ze względu na brak planów porodów w objętej analizie dokumentacji medycznej nie można było dokonać oceny czy w Szpitalu uwzględniano preferencje pacjentek co do łagodzenia bólu porodowego. Ponadto zalecenia wskazane w *Analizach łagodzenia bólu porodowego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym* oraz wyjaśnienia kierownika Oddziału Gin.-Poł. jednoznacznie wskazują, że nie w pełni umożliwiono rodzącym pacjentkom korzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego. W analizowanej próbie dokumentacji medycznej 14 z 15 pacjentek, które urodziły w sposób naturalny nie przeprowadzono konsultacji anestezjologa i nie wypełniano przedoperacyjnych ankiet anestezjologicznych mających na celu zebranie informacji, na podstawie których możliwe byłoby zaplanowanie znieczulenia. Takie ankiety były sporządzane jedynie w przypadku wszystkich 15 porodów poprzez cięcie cesarskie i jednego porodu naturalnego, gdzie zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe (wezвано anestezjologa do znieczulenia). Również do zespołów porodowych lekarze anestezjolodzy byli przypisywani tylko przy cesarskich cięciach.

Odnośnie podjętych działań w wyniku otrzymanych *Analiz łagodzenia bólu porodowego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym* Dyrektor wskazała na następujące działania: (...) *Zorganizowaliśmy kurs kwalifikacyjny dla położnych Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywne opiece w położnictwie i ginekologii, celem rozwoju metod łagodzenia bólu u pacjentek; Zorganizowaliśmy Dni Otwarte Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Neonatologicznego ze stanowiskami Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, podczas których przeprowadzono wykłady dotyczące zdrowia kobiet, porodu, opieki nad noworodkami. (...) Podczas dni otwartych kobiety mogły zapoznać się z codzienną pracą oddziału i zadawać pytania oraz rozmawiać z lekarzami i położnymi. Była to okazja do wyjaśnienia zapytań dotyczących stosowanych form znieczuleń, aby zachęcić i podnieść świadomość kobiet w tym zakresie; Zorganizowaliśmy merytoryczne spotkanie Kierowników Oddziałów Anestezjologii Intensywnej Terapii, Ginekologii i Położnictwa oraz Neonatologii, podczas którego została przeanalizowana i potwierdzona gotowość każdej ze stron do stosowania formy znieczulenia zewnątrzoponowego, tym samym uzyskując zapewnienie możliwości realizowania tego rodzaju analgezji dla pacjentek, które mogą być jej poddane i wyrażą taką wolę; Przydzieliłam Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa zadanie dotyczące zapewnienia współpracy międzyoddziałowej i możliwości organizacyjnej realizacji znieczuleń zewnątrzoponowych.*

Dyrektor ds. Lecznictwa wskazał analogiczne działania. Ponadto dodał, że podczas odpraw podkreślono konieczność ścisłej współpracy między anestezjologami, ginekologami, położniczkami i personelem pielęgniarskim w zakresie zapewnienia dostępności analgezji regionalnej, a w grafiku

⁹⁹ Natomiast znieczulenie podpajęczynówkowe do porodu zastosowane było w latach 2022-2025 (I półrocze) dwa razy, tj. po jednym razie w 2024 r. i w 2025 r.

dyżurującym każdego dnia wyznaczany jest lekarz anestezjolog mogący przeprowadzić znieczulenie zewnątrzoponowe.

W ocenie NIK wskazane powyżej działania nie przełożyły się jednak na zwiększenie liczby porodów z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego. NIK zauważa, że Dyrektor ds. Lecznictwa będący również Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wskazywał na odgórne problemy szpitali m.in. niewielką ilość porodów, co przekłada się na niemożność utrzymania przeznaczonego dla położnictwa pionu anestezjologicznego (specjalisty anestezjologa i specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego), czy brak możliwości świadczenia innych usług medycznych poza blokiem porodowym przez lekarza specjalistę anestezjologa znieczulającego poród.

(akta kontroli str. 887-888, 1201-1208, 1217-1219, 1298, 1443-1446, 1570-1589)

3. W Szpitalu nie umożliwiono 12¹⁰⁰ z 15 urodzonych drogami natury noworodkom kontaktu z matką "skóra do skóry", w zakresie i czasie określonym w Standardzie (część XIII ust. 1 pkt 8), tj. w sposób nieprzerwany, bezpośrednio po urodzeniu, trwający dwie godziny po porodzie. W objętej analizie dokumentacji medycznej noworodków stwierdzono, że w 11 przypadkach przerwano kontakt „skóra do skóry” na badanie lekarza neonatologa (w tym ważenie i mierzenie dzieci), a w jednym przypadku nie zapewniono bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie, co wynikało również z przeprowadzenia ww. czynności. Do przerywania tego kontaktu dochodziło w czasie od 18 minut do 1 godziny i 3 minut po urodzeniu dziecka¹⁰¹.

Ponadto w czterech¹⁰² przypadkach nierzetelnie odnotowywano w dokumentacji medycznej czas trwania tego kontaktu, ponieważ dokonywano wpisów o dwugodzinnym kontakcie, pomimo że od urodzenia dziecka minęło od 20 minut do 39 minut.

(akta kontroli str. 1213-1216)

Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: (...) *opóźnienie lub przerwanie kangurowania na kilka minut (odejście od Rozporządzenia Ministra w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej) odbywa się na wyraźną prośbę matki i za jej zgodą w formie ustnej, która chce, aby dziecko zostało zbadane przez lekarza i aby lekarz udzielił jej dokładnych informacji na temat stanu dziecka. Szanując jej prawo do informacji, spełniamy jej prośbę i wracamy do dalszego kangurowania. Naszym zwyczajem jest obecność lekarza Oddziału Neonatologicznego przy każdym porodzie, nie tylko zabiegowym, co oceniamy jako wysokiej jakości praktykę, której celem jest dbanie o zdrowie i życie dziecka i szybsze wyłapywanie stanów zagrażających zdrowiu i życiu dziecka.*

Koordynator ds. pielęgniarstwa udzieliła analogicznych wyjaśnień.

(akta kontroli str. 1546-1555, 1603-1606)

NIK zauważa, że przerywanie kontaktu „skóra do skóry” lub bezpośrednie badanie po porodzie dziecka w objętych analizą porodach naturalnych wskazuje na przyjętą praktykę takiego postępowania w Szpitalu. Potwierdzeniem tego faktu są również złożone wyjaśnienia Kierownika Oddziału Neonatologii, że badanie noworodka odbywa się zarówno na sali porodowej, jak i na sali cięć cesarskich. Zgodnie natomiast ze Standardem (część XIII ust. 1 pkt 8) kontakt

¹⁰⁰ Historie choroby: 5582/2022, 5668/2022, 6247/2022, 6315/2022, 6916/2023, 7144/2023, 7300/2023, 7625/2024, 7739/2024, 8159/2024, 8620/2024, 6798/2023.

¹⁰¹ W oparciu o wpisy w dokumentacji elektronicznej.

¹⁰² Historie choroby: 5668/2022, 6315/2022, 6798/2023, 7300/2023.

„skóra do skóry” może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka i musi być to odnotowane w dokumentacji medycznej. Stosownie do części XIII ust. 2 pkt 2 ww. Standardu lekarz na przeprowadzenie badania klinicznego ma 12 godzin od urodzenia noworodka i przepis ten jednoznacznie wskazuje, że badania tego nie należy wykonywać w trakcie kontaktu „skóra do skóry”, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka.

Odnośnie natomiast wskazania informacji o czasie trwania kontaktu „skóra do skóry” przed upływem jego zakończenia Koordynator ds. pielęgniarstwa wyjaśniła, że (...) wynika z tego iż dokumentacja wypełniana jest w danej chwili a zaistniała sytuacja pozwala przypuszczać, że wymagany czas kontaktu zostanie zachowany. Jeśli sytuacja ulegnie zmianie (tj. przerwanie kontaktu „skóra do skóry”), pracownik prowadzący dokumentację dokonuje zmiany zapisu. Jeśli taka zmiana nie została wykonana, oznacza to, że zaplanowane czynności zostały ukończone zgodnie z założeniem.

(akta kontroli str. 1546-1555, 1603-1606)

Powyższe wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, gdyż zmiany wpisów w systemie nie były dokonywane w związku z przerywaniem kontaktu „skóra do skóry”, a w dokumentacji medycznej znajdowały się również wpisy, że kontakt trwał nieprzerwanie 2 godziny.

(akta kontroli str. 1213-1216)

4. W przypadku 13 noworodków nierzetelnie dokumentowano proces ich odżywiania, gdyż:

- a) w dokumentacji medycznej sześciu¹⁰³ z 31 noworodków nie odnotowano wskazań do podawania mleka modyfikowanego (zlecenie lekarzy, wyraźna prośba matki);
- b) dla ośmiu¹⁰⁴ z 31 noworodków nie wskazano informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego.

(akta kontroli str. 1213-1216)

Koordynator ds. pielęgniarstwa wyjaśniła, że brak udokumentowania kto podjął decyzję o podaniu mleka modyfikowanego wynikało z przeoczenia. Ponadto dodała: *Najczęściej decyzję o dokarmieniu noworodka mlekiem modyfikowanym (ze wskazań medycznych) podejmuje lekarz i zawsze podaje matce informację o powodach podjęcia takiej decyzji. Matka jest informowana o technice karmienia mlekiem modyfikowanym. Jeśli dokarmianie mlekiem modyfikowanym odbywa się na życzenie matki, przed podaniem mleka udziela się ustnie informacji na temat żywienia sztucznego.* Wyjaśniła również, że nie ma obowiązku odnotowywania informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego.

(akta kontroli str. 1603-1606)

NIK zauważa, że we wskazanych przypadkach dzieci były karmione piersią i dokarmiane sztucznym mlekiem, a do obowiązków Szpitala należy dokonanie diagnozy problemu z karmieniem piersią, w tym poprzez m.in. bieżące obserwacje objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. Brak wskazania

¹⁰³ Historie choroby: 7144/2023, 6911/2023 (bliźnięta), 8621/2024, 9095/2024, 7522/2023.

¹⁰⁴ Historie choroby: 6916/2023, 7739/2024, 8620/2024, 6889/2023, 6914/2023, 8007/2024, 8621/2024, 7290/2023.

ilości podawanego mleka modyfikowanego mógł mieć wpływ na rzetelną analizę przyczyn problemów z karmieniem naturalnym i właściwą diagnozę.

(akta kontroli str. 1213-1216)

5. W Szpitalu nie zapewniono możliwości dokonania pochówku martwo urodzonej trójki dzieci¹⁰⁵, gdyż:

- od dwóch pacjentek¹⁰⁶ nie pobrano oświadczenia dotyczącego dokonania pochówku martwo urodzonego dziecka lub rezygnacji z takiego pochówku, pomimo że wynikały one z wewnętrznej procedury *Postępowanie z kobietami po poronieniach*;
- przekazano zwłoki trójki martwo urodzonych dzieci do badania histopatologicznego i nie występowało do firmy, która wykonywała badania histopatologiczne o ich zwrot. Z ustaleń kontroli wynika, że w podmiocie wykonującym badania zabezpieczono płody i oczekują one na przekazanie do podmiotu zlecającego badania, tj. odpowiednio ponad 10 miesięcy (dwoje dzieci) i ponad 14 miesięcy (jedno dziecko). Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. Stosownie do § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi¹⁰⁷ za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

(akta kontroli str. 1355,1399-1410, 1515-1523)

Dyrektor wyjaśniła: *Oświadczenia o pochówku nie zostały pobrane, ponieważ cały materiał został zabezpieczony i przekazany do badań histopatologicznych w firmie Meduniv Sp. z o.o. Po wykonaniu badań i przekazaniu wyników pacjentce usługodawca nie zwrócił materiału, co uniemożliwiło przeprowadzenie procedury związanej z pobraniem oświadczenia o pochówku. Możliwość pochówku nie została zapewniona z uwagi na fakt, że zwłoki nie znajdowały się fizycznie na terenie ZOZ w Końskich. Jednocześnie placówka nie otrzymała od Meduniv Sp. z o.o. informacji potwierdzającej odbiór materiału. Pacjentka miała jednak możliwość jego osobistego odbioru bezpośrednio z zakładu Meduniv Sp. z o.o. Podkreślamy, że w sytuacji, gdyby zwłoki znajdowały się na terenie szpitala, wszystkie obowiązki związane z zapewnieniem możliwości godnego pochówku zostałyby dopełnione zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami.*

(akta kontroli str. 1578-1587)

NIK zauważa, że pobranie oświadczenia o dokonaniu pochówku lub rezygnacji z niego nie musiało być uzależnione od faktycznego posiadania zwłok. NIK zwraca uwagę, że to na Szpitalu ciąży obowiązek przygotowania zwłok i wydania

¹⁰⁵ Spośród 11, których dokumentację medyczną objęto analizą.

¹⁰⁶ Historia choroby 36173/2024 (poronienie samoistne 11 października 2024 r. w 15 tygodniu ciąży – dwa płody) i 20252/2024 (poronienie samoistne 6 czerwca 2024 r. w 13 tygodniu ciąży – jeden płód).

¹⁰⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1910.

ich osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, a w związku z tym to ZOZ powinien zadbać o zrealizowanie ciąży na nim obowiązku.

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala. Zapewniono im opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. Jednak w ZOZ nie stosowano łagodzenia bólu porodowego w formie znieczulenia zewnątrzoponowego (poza jednostkowym przypadkiem). Brak planów porodów w dokumentacji medycznej objętej badaniem uniemożliwił dokonanie oceny czy w Szpitalu respektowano oczekiwania pacjentek. Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. Jednak nie przestrzegano wymogów dotyczących zapewnienia im nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry”, w tym bezpośrednio po urodzeniu. Do dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału Gin.-Poł. nie dołączano kart przebiegu ciąży, a dokumentacja noworodków nie w pełni odzwierciedlała proces ich odżywiania. Stwierdzono także nieprawidłowość polegającą na niezapewnieniu przez Szpital możliwości dokonania pochówku martwo urodzonej trójki dzieci.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Opracowanie trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego zgodnie z wymogami Standardu opieki okołoporodowej i zapoznanie z nim pracowników właściwych Oddziałów wraz z pisemnym potwierdzeniem tego faktu.
2. Ustalanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek po wcześniejszym uzyskaniu opinii kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych wskazanych w regulaminie organizacyjnym, a także przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających w ZOZ.
3. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez zbyt długi okres świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w ZOZ na podstawie umów cywilnoprawnych oraz zachowania wymaganego 35-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego przez lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę.
4. Zorganizowanie szkolenia mającego na celu przygotowanie nowozatrudnionego personelu medycznego Oddziału Gin.-Poł. do pracy z rodzicami w sytuacjach szczególnych.
5. Dokonanie aktualizacji w systemie SZOI sprzętu medycznego dla Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego, zgodnie z postanowieniami umowy z NFZ.
6. Zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji dotyczącej przeglądów technicznych sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu Oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego.
7. Wyodrębnienie w zespole porodowym pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

8. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie pacjentkom rodzącym w sali porodowej wielostanowiskowej warunków pełnej intymności i godności.
9. Dołączanie do dokumentacji medycznej pacjentek kart przebiegu ciąży.
10. Uwzględnianie w dokumentacji medycznej rzetelnych informacji związanych z procesem odżywiania noworodków oraz rzetelne odnotowywanie przebiegu kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”.
11. Faktyczne umożliwienie pacjentkom skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu.
12. Zapewnienie w każdym przypadku bezpośrednio po urodzeniu nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” trwającego dwie godziny po porodzie, jeżeli nie istnieją przeciwwskazania.
13. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie dokonania pochówku trójki martwo urodzonych dzieci.
14. Każdorazowe pobieranie od pacjentek doświadczających szczególnych sytuacji położniczych stosownych oświadczeń dotyczących pochówku ich dzieci.

Uwagi NIK 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, 14 października 2025 r.

Kontrolerzy

Magdalena Kaczmarczyk
specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Dawid Juwa
specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

/podpisano elektronicznie/