



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura NIK w Kielcach

LKI.410.10.4.2025

Pan
Jacek Walkowski
Dyrektor Powiatowego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
w Starachowicach
ul. Batalionów Chłopskich 6
27-200 Starachowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, ul. Batalionów Chłopskich 6, 27-200 Starachowice (dalej: PZOZ lub Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Walkowski, Dyrektor PZOZ (dalej: Dyrektor) od 1 listopada 2023 r. ¹ W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Jolanta Kręcka, pełniąca obowiązki Dyrektora PZOZ od 1 stycznia 2022 r. do 31 maja 2022 r. oraz Milena Witczak, Dyrektor PZOZ od 1 czerwca 2022 r. do 31 października 2023 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 ²), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontrolerzy	1. Przemysław Domoradzki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/77/2025 z 10 lipca 2025 r. 2. Mariusz Jedynak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/78/2025 z 28 lipca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-5, 292-299, 655)

¹ W okresie od 1 do 30 listopada 2023 r. pełnienie obowiązków Dyrektora PZOZ.

² Czynności kontrolne zakończono 30 września 2025 r.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie realizowano w pełni prawidłowo i rzetelnie zadań dotyczących opieki okołoporodowej.

Proces przyjęcia pacjentek do Szpitala realizowany był zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁵. Pacjentkom prawidłowo zapewniano stosowne wsparcie oraz opiekę, lecz niekonsekwentnie uzyskiwano i dokumentowano ich zgody na wykonywanie procedur medycznych oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności w jednym przypadku nie uzyskano pisemnej zgody pacjentki na operacyjne rozwiązanie ciąży w drodze cesarskiego cięcia. Pacjentkom po urodzeniu udzielano porad laktacyjnych i wsparcia w karmieniu noworodka. Zgodnie z wytycznymi określonymi w części XIII Standardów u noworodków dokonywano oceny ich stanu zdrowia oraz wykonywano odpowiednie testy, badania i obowiązkowe szczepienia. Każdorazowo pacjentkom, które doświadczyły sytuacji szczególnych zapewniano odpowiednią opiekę i wsparcie.

W Szpitalu tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w części VII ust. 4 Standardów, w formie pisemnej opracowano ponad pięć lat od wejścia w życie Standardów tj. 21 czerwca 2024 r., co było działaniem nierzetelnym, a ponadto nie uwzględniono w nim części wymogów określonych w ww. Standardach. W Szpitalu opracowano i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, jednak w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. w regulaminach organizacyjnych PZOZ⁶ nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej. Ponadto w PZOZ nierzetelnie prowadzono dokumentację medyczną pacjentek i noworodków, w szczególności: niekonsekwentnie odnotowywano informacje dotyczące kontaktu „skóra do skóry”; karty obserwacji porodu nie zawierały części wymaganych informacji, a także dokumentacja medyczna pacjentek w formie papierowej nie była numerowana. W PZOZ, wbrew wewnętrznym uregulowaniom, nie prowadzono Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium, a Protokół wydania/odbioru zwłok z Prosektorium PZOZ Starachowice prowadzony był nierzetelnie.

Dyrektor PZOZ zapewnił w Szpitalu warunki organizacyjne dla realizacji świadczeń opieki okołoporodowej. W Szpitalu stosownie do wymogów dla drugiego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷ zapewniono odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny. Na Oddziałach Położniczo-Ginekologicznym z Salą Porodową⁸ i Neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego mającego wymagane kwalifikacje, za wyjątkiem miesiąca lutego 2023 r., w którym w Oddziale Neonatologicznym nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia

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

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324, dalej: Standardy opieki okołoporodowej lub Standardy.

⁶ W okresie objętym kontrolą obowiązywały trzy Regulaminy Organizacyjne Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach (dalej: Regulaminy).

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

⁸ Dalej: Oddział Poł.-Gin.

lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii. Pomieszczenia w Oddziale Poł.-Gin. oraz Neonatologicznym spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹, za wyjątkiem braku pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach. Użytkowany w Szpitalu sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz w większości przypadków miały terminowo realizowane przeglądy. W PZOZ nie dopełniono obowiązku zapoznania części personelu medycznego Oddziałów Neonatologicznego, Poł.-Gin. i Anestezjologicznego i Intensywnej Terapii¹⁰, z wybranymi procedurami dotyczącymi opieki okołoporodowej. Ponadto w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie aktualizowano na bieżąco za pomocą portalu SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji)¹¹ danych o potencjale wykonawczym, tj. osobach udzielających świadczeń i sprzęcie. Wątpliwości co do właściwej organizacji udzielanych świadczeń opieki okołoporodowej oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających w Szpitalu, może budzić 48 ujawnionych przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy przez lekarzy w wymiarze ponad 24 godzin, w tym jeden przez okres 55 godzin i 35 minut.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym PZOZ był Powiat Starachowicki, który sprawował nadzór nad Szpitalem. W okresie objętym kontrolą PZOZ posiadał aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹³ (dalej: RPWDL).

(akta kontroli str. 6-32)

Zgodnie z § 4 statutu PZOZ¹⁴ celem Szpitala było udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia. Statut z 2022 r. stanowił, że celem była również realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

(akta kontroli str. 6-8, 20-21)

⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, ze zm. dalej: rozrządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

¹⁰ Dalej: Oddział Anestezjologii.

¹¹ W harmonogramie – zasoby stanowiącym załącznik nr 2 do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

¹² 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.

¹³ Numer księgi: 000000014630, data wpisu podmiotu leczniczego do RPWDL: 29 grudnia 1993 r.

¹⁴ Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XI/69/2019 Rady Powiatu w Starachowicach z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie: nadania Statutu Powiatowemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Starachowicach oraz Załącznik do uchwały Nr XL/328/2022 Rady Powiatu w Starachowicach z dnia 24 marca 2022 r. w sprawie: nadania Statutu Powiatowemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Starachowicach (dalej: statut z 2022 r.).

W strukturze organizacyjnej PZOZ wyodrębniono m.in. Oddziały Neonatologiczny i Poł.-Gin., Poradnię Neonatologiczną, Położniczo-Ginekologiczną z Poradnią Laktacyjną, Preluksacyjną oraz Szkołę Rodzenia. Do 17 czerwca 2025 r. w strukturze Oddziału Neonatologicznego funkcjonował Oddział Patologii Noworodka. Dyrektor wyjaśnił: (...) *podmiot leczniczy wykreślił ze Struktury Organizacyjnej Oddział Patologii Noworodka spod Oddziału Neonatologicznego. Powyższe działanie wynikało z kwestionowania w procesie wstępnej weryfikacji akredytacyjnej, a w przyszłości autoryzacyjnej, funkcjonowania w RPWDL i Strukturze organizacyjnej PZOZ w Starachowicach Oddziału Patologii Noworodka. (...)*

(akta kontroli str. 15-19, 31-34, 43-62, 92-107, 182-188, 228-234, 992)

Oddziały Neonatologiczny i Poł.-Gin. posiadały drugi poziom referencyjności, a najbliższe oddziały o wyższym stopniu referencyjności znajdowały się w Świętokrzyskim Centrum Matki i Noworodka Szpitalu Specjalistycznym w Kielcach oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach, zlokalizowanych w odległości ok. 50 km od PZOZ.

(akta kontroli str. 853, 1724, 1736)

Zadania Oddziałów Neonatologicznego i Poł.-Gin. określone zostały w Regulaminach oraz Regulaminach tych Oddziałów¹⁵. Zgodnie z Regulaminem Oddziału Neonatologicznego¹⁶ w jego skład wchodziły: Sala Intensywnego Nadzoru Noworodka (przeznaczona dla noworodków wymagających obserwacji i/lub leczenia) i Patologia noworodka, gdzie przyjmowane są noworodki (do ukończenia 28 dnia życia) w trybie planowym (ze skierowaniem) i trybie nagłym (bez skierowania). W ww. Regulaminie określono, że noworodki zdrowe przebywają z mamami w salach w systemie „rooming-in”¹⁷, pod opieką położnej Oddziału Poł.-Gin., zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej. W skład Oddziału Poł.-Gin., zgodnie z jego Regulaminem¹⁸, wchodziły: Izba Przyjęć, część dotycząca ginekologii, część dotycząca położnictwa wraz z traktem porodowym oraz część dotycząca patologii ciąży.

(akta kontroli str. 108-109, 113, 129-130, 145-146, 150, 164-165, 192-193, 197, 211-212, 235-291, 1055-1061)

Liczba mieszkańców powiatu starachowickiego na 31 grudnia 2024 r. wynosiła 82 681 osób, w tym 16 964 to kobiety w wieku rozrodczym.

(akta kontroli str. 853)

¹⁵ Regulaminy Oddziału Poł.-Gin. i Oddziału Neonatologicznego przedstawione w Załączniku nr 4 do Regulaminów.

¹⁶ Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z 17 marca 2023 r., wprowadzony Zarządzeniem Nr 45/2025 Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach z dnia 18 sierpnia 2025 r.

¹⁷ System „matka-dziecko”, sposób organizacji opieki na oddziałach położniczych, w którym matka i jej noworodek przebywają razem w tym samym pokoju szpitalnym przez cały czas pobytu, z wyjątkiem sytuacji medycznych wymagających tymczasowej opieki personelu.

¹⁸ Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z 17 marca 2023 r., wprowadzony Zarządzeniem Nr 78/2023 Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach z dnia 26 lipca 2023 r.

Liczba łóżek¹⁹ w Oddziale Poł.-Gin. wynosiła 20, w tym dwa to łóżka intensywnego nadzoru położniczego, a w Oddziale Neonatologicznym 11, w tym: po dwa to łóżka intensywnej terapii noworodka, łóżka opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji i łóżka opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego oraz pięć to łóżka dla noworodków²⁰. Liczba łóżek na ww. Oddziałach wykazana była w RPWDL. W Regulaminie Oddziału Neonatologicznego obowiązującym do 18 sierpnia 2025 r. wykazana była liczba 16 łóżek zamiast faktycznej liczby łóżek na Oddziale, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 43-46, 189, 254, 261, 276, 660-661, 756-761, 839, 1248-1249)

1.2. W latach 2022-2025 (I półrocze) liczba noworodków urodzonych w Szpitalu wynosiła łącznie 1782, w tym: 361 w 2022 r.; 522 w 2023 r.; 582 w 2024 r. i 317 w 2025 r. Spośród ww. noworodków, 1776 to noworodki żywo urodzone, natomiast sześć to martwo urodzone (jeden w 2022 r. i pięć w 2024 r.). W latach tych łączna liczba poronień wynosiła 104, odpowiednio: 22, 27, 30 i 25. We wskazanym powyżej latach jeden noworodek zmarł w okresie do szóstej doby życia (w I półroczu 2025 r.).

(akta kontroli str. 455)

W latach 2022-2025 (I półrocze) liczba porodów w PZOZ wyniosła 1762, w tym: 1097 porodów drogą naturalną i 665 porodów w drodze cesarskiego cięcia, tj. odpowiednio:

- w 2022 r. – 361, z czego 244 porodów siłami natury i 117 w drodze cesarskiego cięcia;
- w 2023 r. – 511, z czego 306 porodów siłami natury i 205 w drodze cesarskiego cięcia;
- w 2024 r. – 577 z czego 356 porodów siłami natury i 221 w drodze cesarskiego cięcia;
- I półrocze 2025 r. – 313 z czego 191 porodów siłami natury i 122 w drodze cesarskiego cięcia.

(akta kontroli str. 454)

Porody w drodze cesarskiego cięcia w powyższych latach stanowiły odpowiednio: 32%, 40%, 38% i 39% wszystkich porodów w Szpitalu. Dyrektor wyjaśnił: (...) *Przyczyną takiego poziomu porodów w drodze cesarskiego cięcia jest wysoki poziom roszczeń pacjentów w tym zakresie. Ponadto jednocześnie przy zmniejszającej się liczbie porodów zwiększa się odsetek pacjentek po przebytym cięciu cesarskim do kolejnego porodu.*

(akta kontroli str. 312, 314, 316-317, 454, 762, 839)

W Szpitalu w latach 2022-2025 (I półrocze) przeprowadzono łącznie 483 indukcje porodu, w tym: 73 w 2022 r.; 114 w 2023 r. 173 w 2024 r. i 123 w I połowie 2025

¹⁹ Wg stanu na 12 sierpnia 2025 r.

²⁰ Łóżeczka matka + dziecko.

r., a u 258 pacjentek przeprowadzono zabieg nacięcia krocza, odpowiednio: 83, 84, 69 i 22.

(akta kontroli str. 454)

Jako farmakologiczne metody znieczulenia porodu oraz łagodzenia bólu porodowego, w latach 2022-2025 (I półrocze), w Szpitalu stosowano analgezję wziewną, opioidy oraz analgezję regionalną i miejscową. W latach tych łączna liczba zastosowania:

- analgezji wziewnej wyniosła 375, odpowiednio: 70, 103, 109 i 93;
- opioidów – osiem, w tym: sześć w 2023 r. i dwa w 2024 r.;
- analgezji regionalnej i miejscowej – 135, w tym: 79 w 2024 r. i 56 w I półroczu 2025 r.

W powyższym okresie w PZOZ nie stosowano innych farmakologicznych metod znieczulenia do porodu.

(akta kontroli str. 454, 1861)

W latach 2022-2025 (I półrocze) na Oddziale Poł.-Gin. hospitalizowano łącznie 2592 pacjentki będące w okresie ciąży, w tym: 550 w 2022 r.; 775 w 2023 r.; 827 w 2024 r. i 440 w I półroczu 2025 r. Główne przyczyny hospitalizacji ww. pacjentek to m.in.: poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym; poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany) lub ze wskazań nagłych; poród przedwczesny; krwawienie we wczesnej ciąży – poronienie zagrażające. W analogicznym okresie na Oddziale Neonatologii łącznie hospitalizowano 1841 dzieci, odpowiednio: 370, 548, 596 i 327, a ze Szkoły Rodzenia skorzystały 323 pacjentki, odpowiednio: 32, 125, 85 i 81.

(akta kontroli str. 539)

W okresie objętym kontrolą w PZOZ nie prowadzono statystyk zrealizowanych zabiegów amniotomii oraz dotyczących liczby pacjentek z niepełnosprawnością przyjętych do porodu na Oddziale Poł.-Gin.

(akta kontroli str. 454, 539, 839)

1.3. W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnętrzne procedury dotyczące opieki okołoporodowej, które w latach objętych kontrolą obowiązywały m.in. w Oddziałach Poł.-Gin. oraz Neonatologicznym. Procedurami tymi były:

- Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-38 *Profilaktyka przeciwdziałania depresji okołoporodowej*;
- Procedury Systemu Zarządzania Jakością Oddziału Poł.-Gin.:
 - PM-OGP-02 *Wykonanie badania KTG*;
 - PM-OGP-03 *Opieka nad położnicą po porodzie fizjologicznym, zabiegowym i cięciu cesarskim w poszczególnych dobach połogu²¹*;
 - PM-OGP-04 *Postępowanie z pacjentką w sytuacjach wystąpienia niepowodzeń położniczych²²*;
 - PM-OGP-05 *Wskaźniki opieki okołoporodowej²³*;

²¹ Dalej: procedura opieka nad położnicą.

²² Dalej: procedura postępowania w sytuacjach niepowodzeń położniczych.

²³ Dalej: procedura wskaźniki opieki okołoporodowej lub PM-OGP-05.

- PM-OGP-06 *Postępowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanego nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu²⁴*;
- PM-OGP-07 *Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego*;
- PM-OGP-08 *Postępowanie z rodzącą zakwalifikowaną do porodu w wodzie*;
- Procedury Systemu Zarządzania Jakością Oddziału Neonatologicznego:
 - PM-ON-01 *Przyjęcie noworodka do Oddziału Neonatologicznego²⁵*;
 - PM-ON-02 *Wyniki badań radiologicznych u noworodka*;
 - PM-ON-04 *Pielęgnacja pępka noworodka*;
 - PM-ON-05 *Badanie przesiewowe u noworodka w Oddziale Neonatologicznym²⁶*;
 - PM-ON-06 *Zasady stosowania gotowych mieszanek mlecznych w Oddziale Neonatologicznym*
 - PM-ON-08 *Szczepienia ochronne noworodka*;
 - PM-ON-10 *Ocena i leczenie dolegliwości bólowych u noworodka²⁷*.

(akta kontroli str. 387-453, 543-567, 571-579, 753-754, 1844)

Trzy z ww. procedur miało zastosowanie zarówno w Oddziale Neonatologii jak i Oddziale Poł.-Gin.²⁸, a zakres stosowania innych trzech procedur obejmował jedynie personel pielęgniarsko-położniczy²⁹.

(akta kontroli str. 387-393, 395-407, 429-434, 444-453, 543-547, 552-554)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu opracowano i wdrożono również procedury: [1] przygotowanie pacjentki do zabiegu w sali zabiegowej Oddziału Poł.-Gin.; [2] mycie i dezynfekcji wanny porodowej; [3] postępowanie z inkubatorem; [4] nadzór nad dokumentami; [5] zasady uzyskiwania zgód na świadczenia zdrowotne wykonywane w PZOZ.

(akta kontroli str. 568-570, 662-701, 753-754, 783-800)

Sposób wdrażania dokumentów w Szpitalu określono w Procedurze Systemu Zarządzania Jakością PS-SZJ-03 *Nadzór nad dokumentami³⁰*, w której wskazano, że wdrożenie polega m.in. na przekazaniu na właściwe stanowisko pracy i przeszkoleniu pracowników, a dokumenty wdrażają kierownicy komórek organizacyjnych zgodnie z zakresem obowiązków.

(akta kontroli str. 783, 786-787, 1054)

²⁴ Dalej: procedura udzielania świadczeń w okresie fizjologicznego porodu.

²⁵ Dalej: procedura dotycząca przyjęcia noworodka.

²⁶ Dalej: procedura badanie przesiewowe.

²⁷ Dalej: procedura ocena i leczenie dolegliwości bólowych.

²⁸ Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-03 Profilaktyka przeciwdziałania depresji okołoporodowej; Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-ON-01 Przyjęcie noworodka do Oddziału Neonatologicznego; Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-OGP-06 Postępowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanego nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu.

²⁹ Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-ON-04 Pielęgnacja pępka noworodka; Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-OGP-03 Opieka nad położnicą po porodzie fizjologicznym, zabiegowym i cięciu cesarskim w poszczególnych dobach połogu; Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-OGP-04 Postępowanie z pacjentką w sytuacjach wystąpienia niepowodzeń położniczych.

³⁰ Dalej: procedura nadzoru nad dokumentami.

W wyniku analizy sześciu procedur dotyczących opieki okołoporodowej ustalono, że:

- część personelu medycznego Oddziałów Neonatologicznego i Poł.-Gin. nie została zapoznana z czterema z tych procedur, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- jedna z 30 położnych Oddziału Poł.-Gin. nie potwierdziła pisemnie zapoznania się z procedurą opieka nad położnicą;
- trzy z 30 położnych Oddziału Poł.-Gin. nie potwierdziły pisemnie zapoznania się z procedurą postępowania w sytuacjach niepowodzeń położniczych;
- cztery z 30 położnych Oddziału Poł.-Gin. nie potwierdziły pisemnie zapoznania się z procedurą udzielania świadczeń w okresie fizjologicznego porodu.

(akta kontroli str. 599-600, 605-606, 846-849, 906-907, 912, 915, 917-918, 925, 936, 938, 955-960, 1854-1855)

Położny Oddziałowy Oddziału Poł.-Gin.³¹ wyjaśnił: (...) *jako bezpośredni przełożony niezwłocznie zapoznałem każdą położną z obowiązującymi procedurami (...). Pani położna B.G. jest położną zatrudnioną w oddziale od niedawna, a częstotliwość jej dyżurów jest mała. Również została zapoznana z każdą obowiązującą procedurą, brak podpisu wynika ze specyfiki topografii oddziału (...) oraz przeoczenia. Panie M.G., I.C. i W.K. każdorazowo były zapoznane z obowiązującymi procedurami, a brak podpisu na listach był wynikiem przeoczenia.*

Położne W.K, M.G i I.C. oświadczyły, że były zapoznane z procedurami obowiązującymi w Oddziale, a brak podpisu był wynikiem przeoczenia.

(akta kontroli str. 1066, 1819-1820, 1853)

1.4. Stosownie do wytycznych określonych w cz. I ust. 3 Standardów opieki okołoporodowej, sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej określono w załącznikach do Regulaminów tj. w Regulaminie Oddziału Poł.-Gin. i Oddziału Neonatologicznego, a następnie w Regulaminach Oddziału Poł.-Gin., z wyłączeniem okresu od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r., w którym w Regulaminach nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania ww. działań, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 108-181, 235-238, 247-253, 267-275, 282-291, 844)

W Regulaminie Oddziału Poł.-Gin. i Oddziału Neonatologicznego, a następnie w Regulaminach Oddziału Poł.-Gin., wskazano, że ustalone są i monitorowane wskaźniki opieki okołoporodowej, a sposób realizacji i ich dokumentowania określa procedura³². Ponadto w ww. Regulaminach oraz regulaminach Oddziału Neonatologicznego określono, że w Szpitalu przeprowadzane jest corocznie badanie poziomu satysfakcji pacjentów, a wyniki tych badań są podstawą do podjęcia działań zmierzających do ciągłej poprawy świadczonych usług. W procedurze wskaźniki opieki okołoporodowej określono, że celem procedury jest *ustalenie zasad monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej w celu*

³¹ Dalej: Położny Oddziałowy.

³² Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-OGP-05 *Wskaźniki opieki okołoporodowej*.

weryfikacji poziomu jakości świadczonych usług oraz stopnia realizacji zaleceń wynikających ze standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 235, 238, 240, 246-247, 253-254, 258, 261, 265, 269, 275, 276, 280, 283, 291, 408-409)

W procedurze PM-OGP-05 zostały określone wskaźniki opieki okołoporodowej:

- sprzyjające obniżeniu medykalizacji porodu: [1] indukcja porodu, [2] stymulacja czynności skurczowych, [3] nacięcie krocza, [4] cięcie cesarskie – z częstotliwością monitorowania jeden raz w roku;
- wynikające ze standardu i z oceny satysfakcji kobiet objętych opieką: [1] pozytywne doświadczenie porodu, [2] 2-godzinny kontakt „skóra do skóry” – z częstotliwością monitorowania dwa razy w roku.

(akta kontroli str. 408-410)

W Szpitalu zgodnie z procedurą wskaźniki opieki okołoporodowej, dane do monitorowania wskaźników uzyskiwano na bieżąco i odnotowywano w *Księżce monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej*, a informacje dotyczące opinii pacjentek na temat porodu uzyskiwano podczas badania satysfakcji pacjenta. W PZOZ na podstawie danych ankietowych badania satysfakcji, z wymaganą częstotliwością sporządzano sprawozdania z anonimowego badania opinii pacjentów, a na podstawie odnotowanych w *Księżce monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej* danych, w Oddziale Poł.-Gin., sporządzano sprawozdania z realizacji procedury wskaźniki opieki okołoporodowej, gdzie prezentowano: [1] liczbę porodów, [2] liczbę porodów siłami natury, [3] liczbę porodów w drodze cesarskiego cięcia, [4] odsetek kobiet z nacięciem krocza, [5] odsetek kobiet z 2-godzinnym kontaktem „skóra do skóry”, [6] odsetek cięć cesarskich, [7] odsetek stymulacji czynności skurczowej, [8] odsetek porodów indukowanych.

(akta kontroli str. 311-386, 408-414, 873-904)

W wyniku analiz danych dotyczących wskaźników opieki okołoporodowej w Szpitalu dokonywano planowania jakości, gdzie określano cele jakościowe, sposób ich osiągnięcia, terminy realizacji, m.in. *Osiągnięcie wskaźnika kontaktu „skóra do skóry” dla noworodków urodzonych z punktacją Apgar powyżej 8 pkt na poziomie przynajmniej 90%; Wdrożenie i monitorowanie procedury wczesnego uruchamiania (do 12 godz. id zabiegu) pacjentek po cięciach cesarskich oraz operacjach ginekologicznych celem profilaktyki przeciwzakrzepowej.*

(akta kontroli str. 582-588)

1.5. W Szpitalu do 21 czerwca 2024 r. nie opracowano w formie pisemnej trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 435-439, 754, 993)

Zgodnie z częścią VII³³ ust. 4 Standardów, w Szpitalu opracowano, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego – w postaci

³³ Łagodzenie bólu porodowego.

Procedury Systemu Zarządzania Jakością³⁴, obowiązującej od 21 czerwca 2024 r. W procedurze tej uwzględniono wymagania wynikające z części VII ust. 1-3, 7-11, 14, 17, 20-21, 23 Standardów, nie określono jednak wymagań zawartych w części VII ust. 15-16, 18-19, 22 i 24 oraz częściowo uwzględniono wymagania wynikające z części VII ust. 12 i 13, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Procedura została zatwierdzona przez Dyrektora, co było zgodne z częścią VII ust. 5 Standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 435-439, 944-946)

Procedura dotycząca łagodzenia bólu porodowego przeznaczona była do stosowania w Oddziale Poł.-Gin. i dotyczyła personelu lekarskiego i położniczo-pielęgniarskiego Oddziałów Poł.-Gin.³⁵ oraz Oddziału Anestezjologii. Część personelu medycznego ww. Oddziałów oraz cały personel medyczny Oddziału Neonatologicznego nie został zapoznany z ww. procedurą, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 846-849, 905-907, 938, 1066, 1819-1820, 1853, 1856, 1859-1860)

1.6. W Oddziale Poł.-Gin. oraz Oddziale Neonatologicznym zapewniono odpowiedni personel medyczny wymagany dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze i o kwalifikacjach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, za wyjątkiem miesiąca lutego 2023 r., w którym na Oddziale Neonatologicznym nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1254-1257)

W Oddziale Neonatologicznym oraz Oddziale Poł.-Gin. osiągnięto wskaźniki zatrudnienia psychologów określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, tj. 0,5 równoważnika etatu, za wyjątkiem miesiąca lutego 2022 r. W Oddziale Poł.-Gin. w miesiącu lutym 2022 r. nie zatrudniano w ogóle psychologa, natomiast w Oddziale Neonatologicznym wymiar etatu psychologa wyniósł 0,4 etatu.

(akta kontroli str. 1254-1257)

Dyrektor wyjaśnił, że w miesiącu lutym 2022 r. w Szpitalu realizowano świadczenia zdrowotne wyłącznie na rzecz pacjentów z podejrzeniem bądź potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a zatem oddziały szpitalne zabezpieczały tylko realizację świadczeń związaną z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie łóżek dla tych pacjentów.

(akta kontroli str. 1687-1688)

W całym okresie objętym kontrolą w PZOZ zatrudniano 12 psychologów, w tym pięciu było dostępnych dla pacjentek Oddziałów Poł.-Gin. oraz

³⁴ Procedura Systemu Zarządzania Jakością PM-OGP-07 *Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego*, Wydanie 1, data obowiązywania 21 czerwca 2024 r. (dalej: procedura dotycząca łagodzenia bólu porodowego).

³⁵ Dwie położne Oddziału Poł.-Gin. nie potwierdziły pisemnie zapoznania się z procedurą dotyczącą łagodzenia bólu porodowego. Wyjaśnienia Położnego Oddziałowego i oświadczenia położnych przedstawiono w punkcie 1.3 wystąpienia pokontrolnego.

Neonatologicznego w wymiarze etatu określonym w zawartych umowach. Spośród psychologów udzielających porad pacjentkom Oddziałów Poł.-Gin. oraz Neonatologicznego żaden nie posiadał specjalizacji. Dwóch psychologów było dostępnych dla personelu medycznego Szpitala, jednak w okresie objętym kontrolą nie udzielali takich porad.

(akta kontroli str. 1177-1199)

W Oddziale Poł.-Gin. i Oddziale Neonatologicznym osiągnięto wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach, tj. 0,7 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko na Oddziale Poł.-Gin. oraz 0,89 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji i jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego oraz 2,22 etatu równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka na Oddziale Neonatologicznym.

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach³⁶, świadczeń medycznych udzielało³⁷:

a) na Oddziale Poł.-Gin.:

- w lutym 2022 r. – 44 położnych/pielęgniarek oraz 16 lekarzy. Wszystkie pielęgniarki/położne były zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, siedmiu³⁸ było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dziewięciu na podstawie umów cywilnoprawnych;
- w sierpniu 2022 r. – 35 położnych oraz 15 lekarzy. Spośród położnych, pięć zatrudnionych było na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, sześciu³⁹ było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dziewięciu na podstawie umów cywilnoprawnych;
- w lutym 2023 r. – 34 położnych oraz 15 lekarzy. Spośród położnych, cztery zatrudnione były na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, sześciu⁴⁰ było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dziewięciu na podstawie umów cywilnoprawnych;
- w sierpniu 2023 r. – 36 położnych oraz 14 lekarzy. Spośród położnych, trzy zatrudnione były na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, pięciu⁴¹ było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dziewięciu na podstawie umów cywilnoprawnych;
- w lutym 2024 r. – 34 położne oraz 17 lekarzy. Spośród położnych, dwie zatrudnione były na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na

³⁶ Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (luty, sierpień) w latach 2022-2024. Ustalenia stanu faktycznego dokonano w oparciu o dane zawarte w dokumentach *Zgłoszenie zmian do umowy*, pobranych z Portalu SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji) przekazanych do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zestawienia personelu świadczącego pracę. Jako osoby udzielające świadczeń medycznych na Oddziale w miesiącach wybranych do próby kontrolnej, należy rozumieć osoby faktycznie świadczące pracę z wyłączeniem personelu przebywającego na urloпах, świadczeniach rehabilitacyjnych, zwolnieniach lekarskich itp.

³⁷ Wliczono lekarzy pełniących dyżury medyczne.

³⁸ W tym sześciu zawarło również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

³⁹ W tym pięciu zawarło również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

⁴⁰ W tym czterech zawarło również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

⁴¹ W tym trzech zawarło również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

- podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, pięciu⁴² było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz 12 na podstawie umów cywilnoprawnych;
- w sierpniu 2024 r. – 36 położnych oraz 14 lekarzy. Spośród położnych, trzy zatrudnione były na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, sześciu⁴³ było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz ośmiu na podstawie umów cywilnoprawnych;
- b) na Oddziale Neonatologicznym:
- w lutym 2022 r. – 17 położnych/pielęgniarek oraz siedmiu lekarzy. Wszystkie pielęgniarki/położne były zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy udzielających świadczeń, trzech było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz czterech na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - sierpniu 2022 r. – 17 położnych/pielęgniarek oraz pięciu lekarzy. Spośród pielęgniarek/położnych, jedna zatrudniona była na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy udzielających świadczeń, dwóch było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz czterech na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - w lutym 2023 r. – 18 położnych/pielęgniarek oraz czterech lekarzy. Spośród pielęgniarek/położnych, pięć zatrudnionych było na podstawie umów cywilnoprawnych, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, dwóch było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dwóch na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - sierpniu 2023 r. – 15 położnych/pielęgniarek oraz pięciu lekarzy. Spośród pielęgniarek/położnych, trzy zatrudnione było na podstawie umów cywilnoprawnych, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, dwóch było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz trzech na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - w lutym 2024 r. – 18 położnych/pielęgniarek oraz ośmiu lekarzy. Spośród pielęgniarek/położnych, cztery zatrudnione było na podstawie umów cywilnoprawnych, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, jeden był zatrudniony na podstawie umowy o pracę oraz siedmiu na podstawie umów cywilnoprawnych;
 - sierpniu 2024 r. – 17 położnych/pielęgniarek oraz dziewięciu lekarzy. Spośród pielęgniarek/położnych, pięć zatrudnionych było na podstawie umów cywilnoprawnych, a pozostałe na podstawie umowy o pracę. Spośród lekarzy, jeden był zatrudniony na podstawie umowy o pracę oraz ośmiu na podstawie umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 1171-1176)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nierzetelnie zgłaszano do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia⁴⁴ za pomocą portalu SZOI zmiany dotyczące personelu medycznego wykonującego usługi medyczne w Oddziale Poł.-Gin. i Oddziale Neonatologicznym, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1006, 1487-1552, 1556-1571)

⁴² W tym dwóch zawarto również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

⁴³ W tym trzech zawarto również umowę cywilnoprawną na pełnienie dyżurów.

⁴⁴ Dalej: NFZ.

Analiza czasu pracy 10 lekarzy⁴⁵ świadczących pracę na Oddziałach Poł.-Gin. i Neonatologicznym na podstawie umów cywilnoprawnych w lutym i sierpniu w latach 2022-2024 wykazała, że wystąpiło 48 przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin, w tym siedem przypadków w wymiarze ponad 40 godzin, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1246-1247, 1258-1318)

W Szpitalu określono dla Oddziału Poł.-Gin. oraz Oddziału Neonatologicznego minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁶. Normy zostały ustalone przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii: kierujących komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym Szpitala i przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na jego terenie. W okresie objętym kontrolą normy te były przestrzegane.

(akta kontroli str. 1207-1245, 1477)

W Szpitalu zatrudnionych było 16 anestezjologów⁴⁷ (w tym 10 ze specjalizacją anestezjologia i intensywna terapia)⁴⁸. Anestezjolodzy posiadali umowy na udzielania świadczeń w Oddziale Anestezjologii, zawierające zapisy, zgodnie z którymi świadczenia te mogły być realizowane również na rzecz innych komórek organizacyjnych szpitala, w tym Oddziału Poł.-Gin.

(akta kontroli str. 1200-1203)

Szpital zapewniał pacjentkom możliwość porodu w znieczuleniu w dni powszednie w godzinach od 07:30 do 20:00. We wskazanych godzinach do udzielania świadczeń w tym zakresie wyznaczony był lekarz anestezjolog, który – w przypadku zgłoszenia potrzeby znieczulenia – był wzywany z Oddziału Anestezjologii. Szpital ze względów finansowych nie był natomiast przygotowany do świadczenia porodów w znieczuleniu w soboty, niedziele oraz w dni powszednie od godziny 20:00 do 7:30.

Dyrektor wyjaśnił, że: *Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej nie jest przygotowany do świadczenia porodów w znieczuleniu w soboty, niedziele oraz w godzinach wieczornych i nocnych od pon. do piątku (tj. po godzinie 20.00) ze względów finansowych. Środki, jakimi dysponuje podmiot leczniczy pozwalają na świadczenie porodów w znieczuleniu jedynie do godz. 20 w dni od poniedziałku do piątku. Należy wskazać, iż roczny koszt zapewnienia znieczulenia na obecnych warunkach oscyluje wokół kwoty 500 000 zł. Zapewnienie całodobowego dostępu do znieczuleń porodów w skali roku generowałoby koszt ponad 2 000 000 zł (...).*

(akta kontroli str. 1477-1478, 1584-1585)

Dyrektor odnosząc się do problemów i trudności związanych z zatrudnieniem anestezjologów w Oddziale Poł.-Gin., w szczególności dotyczących zapewnienia całodobowego dostępu do anestezjologa pacjentkom Oddziału wskazał: (...) *mimo deklaracji dostępności przepisy prawa nakazują oddzielnego anestezjologa do*

⁴⁵ Doboru próby dokonano w sposób celowy spośród lekarzy udzielających świadczeń medycznych na Oddziałach Poł.-Gin i Neonatologicznym.

⁴⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

⁴⁷ Według stanu na dzień 12 sierpnia 2025 r. 11 na podstawie umowy cywilnoprawnej (tzw. umowa kontraktowa) i pięciu na podstawie umowy o pracę.

⁴⁸ Na dzień 31 lipca 2025 r.

ww. zadań, co w skali roku skutkuje obciążeniem Oddziału Poł.-Gin. w wysokości około 2 milionów zł. Ponadto informuję, iż pomimo pozorowanych działań NFZ zwiększających finansowanie porodów w znieczuleniu (dodatkowa opłata za znieczulenie jak i zwiększenie procentowe do wyceny procedury) nie pokrywa powyższe szacowanych nakładów.

(akta kontroli str. 1477-1478)

W PZOZ zatrudniano trzech certyfikowanych doradców laktacyjnych⁴⁹. Osoby te wykonywały obowiązki pielęgniarek/położnych w ramach zatrudnienia w Poradni Neonatologicznej, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziale Poł.-Gin. Równocześnie, na podstawie powierzenia dodatkowych zadań, świadczyły usługi doradztwa laktacyjnego. Jedną z tych osób była położna, która w całym okresie objętym kontrolą na podstawie umowy o pracę była zatrudniona na Oddziale Poł.-Gin. i w razie potrzeby udzielała pacjentkom porad laktacyjnych.

(akta kontroli str. 1204-1206)

1.7. Personelowi medycznemu zajmującemu się opieką okołoporodową z Oddziału Poł.-Gin. oraz Oddziału Neonatologicznego zapewniono możliwość podnoszenia kompetencji zawodowych. W okresie objętym kontrolą personel ten uczestniczył w następujących szkoleniach zewnętrznych:

- w 2022 r.: kurs specjalistyczny dla położnych „Leczenie ran” – trzech uczestników; szkolenie/szkolenie uzupełniające dla pielęgniarek i położnych - 10 uczestników; szkolenie z resuscytacji krążeniowo-oddechowej (dla pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, rehabilitantów, psychologów, psychoterapeutów oraz lekarzy i lekarzy rezydentów) – 40 uczestników oraz kursy USG w położnictwie i ginekologii (dla lekarzy) – czterech uczestników;

- w 2023 r.: szkolenie Edukacja i wsparcie matki w okresie laktacji (dla pielęgniarek i położnych) – 20 uczestników; szkolenie/szkolenie uzupełniające dla pielęgniarek i położnych – siedmiu uczestników; szkolenie z resuscytacji krążeniowo-oddechowej (dla pielęgniarek i położnych, psychologów, psychoterapeutów oraz lekarzy i lekarzy rezydentów) – 39 uczestników; szkolenie dla położnych Bloku Porodowego – 11 uczestników; kurs Szczepienia ochronne dla położnych – jeden uczestnik oraz kurs diagnostyka prenatalna – jeden uczestnik;

- w 2024 r.: szkolenie podstawowe/uzupełniające dla pielęgniarek i położnych – ośmiu uczestników; szkolenie z resuscytacji krążeniowo-oddechowej (dla pielęgniarek i położnych, psychologów, psychoterapeutów oraz lekarzy i lekarzy rezydentów) – 35 uczestników; szkolenie dla położnych Bloku Porodowego – 11 uczestników; kurs polskiego języka migowego – jeden uczestnik oraz kurs specjalistyczny Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych – 13 uczestników;

- w 2025 r. (I półrocze): szkolenie podstawowe/uzupełniające dla pielęgniarek i położnych – czterech uczestników; kurs specjalistyczny Edukacja i wsparcie

⁴⁹ Dotyczy personelu, który uzyskał certyfikat CDL, tj. Certyfikowany Doradca Laktacyjny, tytuł nadawany na 7 lat przez Centrum Nauki o Laktacji CNoL, przeznaczony dla zawodów medycznych, zgodnie z regulaminem kształcenia i szczegółowymi wymaganiami zawartymi w: „Przewodniku dla kandydatów na CDL, Centrum Nauki o Laktacji”.

kobiety w okresie laktacji dla położnych - 21 uczestników oraz szkolenie „Wcześnie i co dalej” – jeden uczestnik.

(akta kontroli str. 1320-1321)

Łączna kwota wydatków Szpitala na szkolenia zewnętrzne wyniosła w:

- 2022 r. – 49,6 tys. zł, z czego w Oddziale Poł.-Gin. – 5,2 tys. zł oraz Oddziale Neonatologicznym – 1,9 tys. zł;
- 2023 r. – 78,4 tys. zł, z czego w Oddziale Poł.-Gin. – 6,8 tys. zł (w tym 5,4 tys. zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej) oraz Oddziale Neonatologicznym – 5,3 tys. zł (w tym 1,5 tys. zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej);
- 2024 r. – 80,8 tys. zł, z czego w Oddziale Poł.-Gin.– 3,7 tys. zł (w tym 2,4 tys. zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej) oraz Oddziale Neonatologicznym – 1,1 tys. zł;
- 2025 r. (I pół.) – 40,2 tys. zł, z czego w Oddziale Poł.-Gin. – 1,3 tys. zł (w tym 850 zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej) oraz Oddziale Neonatologicznym – 2,3 tys. zł (w tym 1,8 tys. zł na szkolenia dotyczące Standardów opieki okołoporodowej).

(akta kontroli str. 1319-1321)

Personel medyczny sprawujący opiekę okołoporodową uczestniczył również w wewnętrznych szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej. W okresie objętym przeprowadzono następujące szkolenia wewnętrzne:

- w 2022 r.: Postępowanie w nadciśnieniu u pacjentki – siedmiu uczestników; Zakażenia wewnątrzszpitalne – czterech uczestników; Prawa pacjenta – czterech uczestników;
- w 2024 r.: Postępowanie w PROM⁵⁰ i PPRM⁵¹ – sześciu uczestników; Indukcja porodu. Wskazania, kwalifikacje, przebieg – ośmiu uczestników; Nadciśnienie u kobiet w ciąży i porodu – dziewięciu uczestników;
- w 2025 r.: Prowadzenie porodu – szkolenie praktyczne – 17 uczestników; Obsługa sprzętu na sali porodowej – 17 uczestników; Stany nagłe w położnictwie – krwotok poporodowy: postępowanie – 17 uczestników; Zasady przetaczania krwi – 15 uczestników.

(akta kontroli str. 1798-1816)

1.8. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu, zgodnie z art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵², zapewniono pacjentkom możliwość korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Dyrektor wyjaśnił: (...) *pacjentkom w warunkach ciąży, porodu i porodu przebywającym w Szpitalu nie ograniczono praw pacjenta w zakresie możliwości korzystania z dodatkowej opieki, w tym pielęgnacyjnej. Pacjentki mają prawo do kontaktu, w tym do otrzymywania wsparcia ze strony osoby bliskiej lub wskazanej przez nią. Wsparcie to obejmuje czynności, które nie są standardowymi świadczeniami medycznymi, takie jak pomoc w toalecie, pomoc w poruszaniu się, czy zapewnienie wsparcia psychicznego. Warunki dotyczące przebywania w Szpitalu*

⁵⁰ Przedwczesne pęknięcie błon płodowych.

⁵¹ Przedwczesne przedporodowe pęknięcie błon płodowych.

⁵² Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

przez osobę wskazaną przez pacjentkę zostały określone w regulaminie oddziału. W powyższym zakresie Szpital nie prowadzi statystyk.

(akta kontroli str. 869)

W PZOZ nie wprowadzono wewnętrznych regulacji dotyczących możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentkami, w tym cenników sprawowania takiej usługi.

(akta kontroli str. 869)

W sprawie odpłatnego sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentkami przez pracowników Szpitala, Dyrektor wyjaśnił: *Zgodnie z posiadaną wiedzą, w okresie objętym kontrolą pracownicy Szpitala nie świadczyli dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych pomiędzy pielęgniarką, położną a pacjentem lub osobą bliską czy opiekunem prawnym.*

(akta kontroli str. 869)

W PZOZ dopuszczano możliwość wsparcia pacjentek przez doule⁵³. Dyrektor wyjaśnił: *Szpital dopuszcza możliwość wsparcia pacjentek rodzących przez „doule”. Nie prowadzi się statystyk ile takich przypadków było. Każda pacjentka jeśli wyraża taką chęć ma możliwość skorzystania z usług douli. Nie są w związku z taką usługą pobierane żadne opłaty.*

(akta kontroli str. 840)

W okresie objętym kontrolą pielęgniarki i położne zatrudnione w PZOZ nie świadczyły w Szpitalu odpłatnie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, a Szpital nie uzyskiwał z tego tytułu dodatkowych przychodów.

(akta kontroli str. 810-837, 869, 1817, 1822)

1.9. Pacjentki rodzące w PZOZ miały możliwość wyboru położnej, która zajmuje się nimi podczas porodu z tych, które są w danym czasie na zmianie. Ponadto jak wyjaśnił Dyrektor, zarówno Położny Oddziałowy jak i Położna Koordynująca Salę Porodową mogą na życzenie pacjentki przebywać i uczestniczyć w czynnościach po godzinach pracy. Pacjentki nie miały natomiast możliwości wyboru położnej prowadzącej poród spoza osób aktualnie przebywających na dyżurze.

(akta kontroli str. 1323, 1578)

W okresie objętym kontrolą w PZOZ nie wprowadzono możliwości płatnej opieki położnej nad pacjentkami podczas porodu, nie wprowadzono także wewnętrznych regulacji dotyczących możliwości sprawowania dodatkowej opieki położnej podczas porodu, w tym cenników sprawowania takich usług.

(akta kontroli str. 1323-1324, 1477)

1.10. W latach 2022-2025 (I półrocze) w PZOZ przeprowadzono siedem kontroli zewnętrznych dotyczących działalności Oddziału Poł.-Gin. oraz Oddziału Neonatologicznego, z tego dwie w 2022 r., trzy w 2023 r. oraz dwie w 2024 r. Pięć kontroli przeprowadziła Państwowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

⁵³ Osoba zapewniająca niemedyczne wsparcie — emocjonalne, fizyczne i informacyjne — ciężarnej, jej partnerowi oraz rodzinie w okresie ciąży, porodu i połogu.

w Starachowicach (dalej: PSEE), a po jednej kontroli Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Kontrole PSEE dotyczyły: [1] bieżącej kontroli w zakresie dezynfekcji, postępowania z odpadami medycznymi oraz stanu sanitarnego; [2] kuchenki Oddziału Neonatologii; [3] jakości wody ciepłej w instalacji wody ciepłej obiektu; [4] prawidłowej dekontaminacji ubranek dla noworodków w Oddziale Neonatologicznym; [5] dezynfekcji, sterylizacji, postępowania z odpadami medycznymi, stanu sanitarnego, szczepień ochronnych, zgłaszalności chorób zakaźnych.

Podczas kontroli w zakresie jakości wody Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (dalej: PPIS) w decyzji z 25 października 2023 r. stwierdził skażenie sieci pałeczkami Legionella w stopniu wysokim w budynkach A i C (Oddział Neonatologiczny) oraz stopniu średnim w budynku B. PPIS nakazał podjęcie działań naprawczych, których skuteczność stwierdzono decyzją z 20 listopada 2023 r. jednocześnie uchylając decyzję stwierdzającą skażenie wody w sieci szpitalnej. W przypadku pozostałych kontroli przeprowadzonych przez PSEE nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości oraz nie wydano zaleceń pokontrolnych.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii przeprowadził w 2022 r. kontrolę w Oddziale Poł.-Gin. Kontrola obejmowała organizację i realizację opieki położniczo-ginekologicznej, a w szczególności dotyczyła oceny możliwości zapewnienia opieki położniczo-ginekologicznej na terenie powiatu starachowickiego, wykorzystania możliwości diagnostyczno-terapeutycznej oraz możliwości prowadzenia specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii na bazie tego oddziału. Konsultant Wojewódzki zwrócił uwagę, iż konieczne jest wykorzystanie odnowionego Bloku Porodowego do promocji rodzenia i leczenia się kobiet w starachowickim szpitalu. Ponadto wskazał, że zasadnym byłoby wprowadzenie analgezji okołoporodowej (ZOP) i przeszkolenie w tym zakresie personelu medycznego.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego przeprowadził w 2023 r. kontrolę w Oddziale Poł.-Gin. i Oddziale Neonatologicznym. Kontrola obejmowała w szczególności dostępność świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego; realizację kształcenia i doskonalenia położnych w zakresie wynikającym z programu kształcenia; wyposażenie w sprzęt medyczny oraz jego wykorzystywanie, a także realizację standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w szczególności ocenę wskaźników opieki okołoporodowej.

Po przeprowadzonej kontroli sformułowano następujące zalecenia i wnioski pokontrolne: 1) wdrożenie i prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁴. Termin wdrożenia - 6 miesięcy; 2) w związku z wdrożeniem jednoosobowej opieki przez położną nad matką i noworodkiem należy uwzględnić, że zatrudnione pielęgniarki z oddziału neonatologii mogą sprawować opiekę tylko nad noworodkiem, natomiast opiekę nad położnicą sprawują położne. Dlatego w celu wdrożenia jednoosobowej opieki nad matką i noworodkiem w systemie „rooming-in” wymagane byłoby zatrudnienie również w oddziale neonatologicznym tylko położnych; 3) w związku z planowanym otwarciem Poradni Laktacyjnej celowe byłoby zatrudnienie położnej na

⁵⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

stanowisku Edukatora do spraw Laktacji, zgodnie z kwalifikacjami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁵⁵. Dyrektor wyjaśnił, że zalecenia pokontrolne zostały wdrożone.

(akta kontroli str. 1325-1422, 1478)

1.11. Oddział Poł.-Gin. wyposażony był w sprzęt i aparaturę medyczną wskazaną w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach tj. w kolposkop, aparaty KTG, kardiomonitory, aparaty USG oraz histeroskop. Laparoskop znajdował się natomiast na Bloku Operacyjnym Chirurgiczno-Ginekologiczno-Położniczym Szpitala.

Oddział Neonatologiczny wyposażony był w sprzęt i aparaturę medyczną wskazaną w ww. rozporządzeniu, tj. respiratory na każde stanowisko intensywnej terapii noworodków, inkubatory na każde stanowisko intensywnej terapii noworodka, przynajmniej 6 strzykawkę z jednym torem infuzyjnym, jednorazowy zestaw do odbarczenia odmy opłucnej, jednorazowy zestaw do cewnikowania żyły pępkowej, stanowisko do odciągania pokarmu oraz sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego, lampę do fototerapii, aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

(akta kontroli str. 1453-1464, 1468-1471)

Oddział Poł.-Gin. nie był wyposażony w sprzęt (np. wózki, wagi) dostosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Na Oddziale użytkowane były wózki inwalidzkie, których maksymalne obciążenie wynosiło 120 kg. Ponadto brak było wagi dostosowanej do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (z niepełnosprawnością), a waga taka znajdowała się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym PZOZ. Dyrektor wyjaśnił: (...) *Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Salą Porodową jest wyposażony w wózki siedzące oraz leżące dla osób z niepełnosprawnościami. Wózki siedzące posiadają udźwignięcie do 120 kg. Należy jednak pamiętać, że zdecydowana większość pacjentek z BMI powyżej 30 to pacjentki ciężarne, które poza problemem otyłości nie są osobami niepełnosprawnymi. W przypadku gdy zachodzi potrzeba użycia wózka dla osoby z wagą powyżej 120 kg wówczas personel oddziału taki wózek wypożycza z innego oddziału jak chociażby Oddziału Chirurgiczny Ogólny, który dysponuje wózkami z udźwignięciem do 255 kg. Oddział Poł.-Gin. dysponuje 2 szt. wag o maksymalnym obciążeniu 200 kg, natomiast dla osób powyżej 200 kg szpital zapewnia wagę przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dostępną dla wszystkich komórek organizacyjnych szpitala. W przypadku pozyskania środków dedykowanych dostępności podmiot leczniczy zakupi taki sprzęt do poszczególnych komórek organizacyjnych.*

(akta kontroli str. 1453-1464, 1479)

Poddany analizie sprzęt medyczny w okresie objętym kontrolą podlegał przeglądom okresowym, jednak w czterech przypadkach przeglądy te zostały wykonane po upływie terminu następnego badania, określonego we wpisie

⁵⁵ Dz. U. Nr 151 poz. 896, ze zm., uchylone z dniem 5 września 2023 r.

dokonanym przez serwisanta w paszporcie technicznym urządzenia, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1428-1443)

Osiem spośród 16 użytkowanych w Szpitalu sprzętów medycznych⁵⁶ nie zostało zgłoszonych do Oddziału NFZ za pomocą portalu SZOI w wykazie (harmonogram – zasoby) stanowiącym załącznik nr 2 do zawartych z NFZ umów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Natomiast w dwóch kolejnych przypadkach⁵⁷ brak było możliwości zgłoszenia sprzętu za pomocą portalu SZOI z uwagi na brak danego rodzaju sprzętu w słowniku NFZ.

(akta kontroli str. 1423-1428, 1691, 1777, 1795-1797)

1.12. W Oddziale Poł.-Gin. stosownie do załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach zapewniono w miejscu udzielania świadczeń ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz badania laboratoryjne, a także dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych. Badania te wykonywano w Szpitalu we własnym zakresie bez udziału podmiotów zewnętrznych.

(akta kontroli str. 1453-1471)

1.13. W wyniku oględzin wybranych pomieszczeń Oddziałów Poł.-Gin. i Neonatologicznego ustalono, że spełniały one wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, tj.:

- a) pomieszczenia zlokalizowane były w zespole budynków, a ich kształt i powierzchnia umożliwiły prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie;
- b) w pokojach łóżkowych w Oddziale Poł.-Gin. oraz w Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wprowadzenie łóżka z pokoju;
- c) pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi wyposażono co najmniej w jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- d) pokoje łóżkowe urządzone były w systemie „matka z dzieckiem” i były przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka;
- e) wyodrębniono pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadające śluzy umywalkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki

⁵⁶ Na podstawie próby kontrolnej 16 sprzętów medycznych dokonanej sposób celowy spośród różnych rodzajów sprzętu o najwyższej wartości będącego na wyposażeniu Oddziału Poł.-Gin. i Oddziału Neonatologicznego.

⁵⁷ Dotyczy: 1) scentralizowanego systemu monitorowania i nadzoru okołoporodowego – nr inwentarzowy: ST/3623/OP/8-80-802/MED/; 2) Podwójnej lampy operacyjnej Harmony vLED – nr inwentarzowy: ST/2390/OP/8-80-802/MED/.

pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka;

- f) wyodrębniono: trzy sale porodowe, z których każda była przystosowana do porodów rodzinnych, jeden pokój łóżkowy przystosowany do odbioru porodu w wodzie, pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej (poprzez szybę).

(akta kontroli str. 1453-1471)

W Oddziale Poł.-Gin. oraz Oddziale Neonatologicznym nie było natomiast pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1453-1471, 1478)

W toku oględzin przeprowadzonych w dniu 13 sierpnia 2025 r. w PZOZ ustalono, że przed wejściem do izby przyjęć położniczo-ginekologicznej nie było informacji o trwającym badaniu/przyjęciu pacjenta, ponadto w pomieszczeniu brakowało parawanu przy leżance, co mogło ograniczać zapewnienie odpowiedniej intymności i komfortu pacjenta. Dyrektor wyjaśnił: *pomieszczenie nr 215 (...) jest każdorazowo zamykane w momencie przebywania w nim pacjentki. Każdorazowo również leżanka na której w danej chwili znajduje się pacjentka jest osłonięta parawanem.*

(akta kontroli str. 1453-1471, 1688)

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Oddziału Neonatologicznego w przypadku gdy dziecko wymaga obserwacji lub leczenia w Sali Intensywnego Nadzoru Neonatologicznego matka ma prawo do odwiedzin dziecka w tej sali przez całą dobę. Jak wyjaśniła Położna Oddziałowa Oddziału Neonatologicznego⁵⁸: *(...) Zawsze kiedy stan dziecka na to pozwala zachęcamy mamy do jak najczęstszego kontaktu z dzieckiem (uczestniczenie w pielęgnacji, karmienie, kangurowanie). W wyjątkowych okolicznościach (np. przyczyny epidemiczne) mogą zaistnieć indywidualnie ustalone ograniczenia co do obecności matki przy dziecku.*

(akta kontroli str. 1055-1061, 1684)

Podczas przeprowadzonych oględzin na odcinku ginekologicznym stwierdzono, że pacjentki, które doświadczyły szczególnych sytuacji położniczych, takich jak poronienie oraz zagrożona ciąża, nie były umieszczane w salach razem z matkami po porodzie zdrowego dziecka⁵⁹.

(akta kontroli str. 1453-1471)

1.14. W PZOZ stosownie do części XIII ust. 3 pkt 10 Standardów, nie prowadzono działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W poddanych oględzinom pomieszczeniach Oddziału Poł.-Gin., Oddziału Neonatologicznego oraz Apteki Szpitalnej nie stwierdzono plakatów,

⁵⁸ Dalej: Położna Oddziałowa.

⁵⁹ Dwie pacjentki po poronieniach przebywały w sali nr 3 (w sali nie przebywały inne pacjentki), jedna pacjentka po poronieniu przebywała samodzielnie w sali nr 8 oraz jedna pacjentka z zagrożoną ciążą przebywała samodzielnie w sali nr 4.

broszur, ulotek oraz innych materiałów reklamowych i promocyjnych wskazujących producentów ww. preparatów i przedmiotów.

Na stosowanych w Szpitalu preparatach do początkowego żywienia noworodków zamieszczone były informacje o producencie. Preparaty te, zgodnie z informacją Położnej Oddziałowej, były odmierzane w odpowiedniej ilości i przelewane za pomocą strzykawki do butelki jednorazowej do karmienia, lub podawane ze strzykawki, metodą tzw. po palcu lub po podłączeniu sondy metodą SNS⁶⁰. Według oświadczenia Położnej Oddziałowej na oddziałach nie wydawano pudełek z wyprawkami dla noworodków.

(akta kontroli str. 1453-1472-1474, 1682)

Szpital w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą nabywał preparaty do początkowego żywienia niemowląt od dwóch producentów⁶¹ na kwotę:

- w 2022 r. : 194,34 zł za 3408 opakowań;
- w 2023 r.: 765,90 zł za 4440 opakowań;
- w 2024 r.: 80,33 zł za 1936 opakowań;
- w 2025 r. (stan na 18 września): 96,91 zł za 1817 opakowań.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Inwestycyjnych Szpitala⁶² wyjaśniła, że (...) *Apteka Szpitalna nabywa preparaty do początkowego żywienia niemowląt w hurtowniach farmaceutycznych na podstawie zapyłania ofertowego, tzw. Specjalnej oferty producenta (...).*

(akta kontroli str. 1444-1451, 1866)

1.15. Szpital w latach 2022-2025 (I półrocze) w związku ze sprawowaniem opieki okołoporodowej, na funkcjonowanie Oddziału Neonatologicznego poniósł koszty w wysokości 16 695,4 tys. zł, z czego 4266,0 tys. zł (2,4 % ogółu kosztów PZOZ) w 2022 r., 4302,4 tys. zł (2,2 % ogółu) w 2023 r., 5238,4 tys. zł (2,2 % ogółu) w 2024 r. i 2888,6 tys. zł (2,2 % ogółu) w I półroczu 2025 r., a Oddziału Poł.-Gin. w analogicznym okresie 30 005,0 tys. zł, z czego odpowiednio: 6887,1 tys. zł (4,0 % ogółu), 7736,4 tys. zł (3,9 % ogółu), 9714,5 tys. zł (4,1 % ogółu) i 5667,0 tys. zł (4,3 % ogółu). Łączne koszty ww. Oddziałów związane ze sprawowaniem opieki okołoporodowej w powyższym okresie wynosiły odpowiednio: 11 153,1 tys. zł, 12 038,8 tys. zł, 14 952,9 tys. zł i 8555,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 591-592, 809, 965-969, 972-975)

W analogicznym okresie PZOZ otrzymał z NFZ łącznie 24 743,6 tys. zł za realizację świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej w Oddziałach Neonatologicznym i Poł.-Gin.⁶³, w tym odpowiednio:

- 2022 r. – 2276,2 tys. zł i 1985,8 tys. zł, łącznie 4262,0 tys. zł;
- 2023 r. – 4564,0 tys. zł i 3001,2 tys. zł, łącznie 7565,2 tys. zł;
- 2024 r. – 4683,6 tys. zł i 3648,6 tys. zł, łącznie 8332,2 tys. zł;
- I półrocze 2025 r. – 2639,3 tys. zł i 1944,9 tys. zł, łącznie 4584,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 809)

⁶⁰ System Wspomagający Karmienie.

⁶¹ Od jednego w latach 2022 i 2023 oraz od dwóch w latach 2024-2025.

⁶² Dalej: Zastępca Dyrektora.

⁶³ Kwoty otrzymanych środków za realizację świadczeń w danym roku kalendarzowym oraz I półroczu 2025 r.

Najwyższą grupę kosztów Szpitala stanowiły⁶⁴:

- w przypadku Oddziału Neonatologicznego:
 - wynagrodzenia – w 2022 r. 1918, 3 tys. zł – 45,0 %, w 2023 r. 2044,2 tys. zł – 47,5 %, w 2024 r. 1730,2 tys. zł – 33,0 %, I półrocze 2025 r. 819,7 tys. zł – 28,4 %;
 - usługi medyczne⁶⁵ – w 2022 r. 1084,3 tys. zł – 25,4 %, w 2023 r. 894,1 tys. zł – 20,8 %, w 2024 r. 2028,8 tys. zł – 38,7 %, I półrocze 2025 r. 1262,6 tys. zł – 43,7 %;
- w przypadku Oddziału Poł.-Gin.:
 - Sala Porodowa i Cięż Ciesarskich – w 2022 r. 2602,5 tys. zł – 37,8 %, w 2023 r. 2664,3 tys. zł – 34,4 %, w 2024 r. 3391,9 tys. zł – 34,9 %, I półrocze 2025 r. 2405,1 tys. zł – 42,4 %;
 - wynagrodzenia – w 2022 r. 1475,5 tys. zł – 21,4 %, w 2023 r. 1621,8 tys. zł – 21,0 %, w 2024 r. 2079,8 tys. zł – 21,4 %, I półrocze 2025 r. 1171,5 tys. zł – 20,7 %;
 - usługi medyczne – w 2022 r. 704,8 tys. zł – 10,2 %, w 2023 r. 703,4 tys. zł – 9,1 %, w 2024 r. 967,2 tys. zł – 10,0 %, I półrocze 2025 r. 364,5 tys. zł – 6,4 %;
 - Blok Operacyjny – Położniczo – Ginekologiczny – w 2022 r. 354,9 tys. zł – 5,2 %, w 2023 r. 543,7 tys. zł – 7,0 %, w 2024 r. 523,7 tys. zł – 5,5 %, I półrocze 2025 r. 267,5 tys. zł – 4,7 %;
 - składki na rzecz Zakładu Usług Społecznych i inne świadczenia na rzecz pracowników – w 2022 r. 281,5 tys. zł – 4,1 %, w 2023 r. 327,1 tys. zł – 4,2 %, w 2024 r. 395,5 tys. zł – 4,1 %, I półrocze 2025 r. 237,6 tys. zł – 4,2 %;
 - usługi niemedyce – w 2022 r. 461,9 tys. zł – 6,7 %, w 2023 r. 593,7 tys. zł – 7,7 %, w 2024 r. 879,6 tys. zł – 9,1 %, I półrocze 2025 r. 423,7 tys. zł – 7,5 %;

(akta kontroli str. 966-969)

W latach objętych kontrolą Szpital pobierał dodatkowe opłaty związane ze sprawowaniem opieki okołoporodowej z tytułu wynajmu odrębnego pokoju z możliwością noclegu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce na drugim łóżku lub na dostawce⁶⁶ oraz związane z porodem w wodzie. Koszt osobodnia pobytu osoby towarzyszącej pacjentce z możliwością noclegu na drugim łóżku wynosił 300 zł, na dostawce 150 zł, a porodu w wodzie 200 zł. Wpływy z tytułu ww. usług, w okresie objętym kontrolą, wyniosły 40,5 tys. zł, z czego 20,9 tys. zł w roku 2024 i 19,6 tys. zł w I półroczu 2025 r. W 2024 r. z tytułu pobytu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce z możliwością noclegu skorzystano 34 razy⁶⁷ (zysk 20,7 tys. zł) a w I połowie 2025 r. 28 razy⁶⁸

⁶⁴ Wg stanu na 31 grudnia lat 2022-2024 i 30 czerwca 2025 r.

⁶⁵ W tym m.in. : koszty dotyczące zakupu usług, podwykonawstwa medycznego (umowy kontraktowe personelu medycznego); koszty z zakresu diagnostyki laboratoryjnej; z zakresu diagnostyki obrazowej, z zakresu badań histopatologicznych.

⁶⁶ Usługa pobytu z możliwością noclegu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce na dostawce obowiązująca w okresie od 30 stycznia 2024 r. do 20 listopada 2024 r.

⁶⁷ 85 osobodni.

⁶⁸ 64 osobodni.

(zysk 19,2 tys. zł), a z usługi związanej z porodem w wodzie odpowiednio jeden raz (200 zł) i dwa razy (400 zł).

(akta kontroli str. 300-303, 310, 520, 523-524, 527-528, 532-537, 540-542, 609-612, 810-811, 815, 819)

Zastępca Dyrektora wyjaśniła: *Usługa pobytu osoby towarzyszącej z ciężarną/położnicą jest usługą dodatkową, na życzenie pacjentki i osoby towarzyszącej. Wyodrębniona jest do tego celu dodatkowa sala oraz jej wyposażenie. W ramach tej usługi ciężarna/położnica wraz z osobą bliską mają do dyspozycji salę z dwoma łózkami, szafki nocne, łóżko dla dziecka stacjonarne oraz mobilne, aneks kuchenny oraz węzeł sanitarny. (...) Usługa ta nie jest równoznaczna z pozostawianiem osoby bliskiej z ciężarną, rodzicą, położnicą czy też każdą inną pacjentką w sytuacji szczególnej (martwy poród, poronienie, zły stan psychiczny i fizyczny itp.) w której to sytuacji personel dostrzega potrzebę pozostania osoby bliskiej z pacjentką dla jej dobra. Wówczas za zgodą Kierownika Oddziału lub lekarza dyżurnego taki pobyt jest bezpłatny. Usługa dodatkowa jest realizowana na wyraźną prośbę osób zainteresowanych i ma na celu zminimalizować stres oraz zwiększyć komfort pobytu. Należy nadmienić, iż usługa ta została wprowadzona wsłuchując się w głos oraz sugestie ze strony pacjentek oddziału. (...)*

(akta kontroli str. 590)

W cennikach świadczeń opieki zdrowotnej innych niż finansowane ze środków publicznych oraz pozostałych usług i opłat stanowiących załączniki do Regulaminów Organizacyjnych w procedurach położniczo-ginekologicznych uwzględniano usługę *poród w wodzie*.

(akta kontroli str. 306-308, 512-513, 516-517, 520-521, 524-525, 810-811, 815)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) *poród w wodzie jest w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej bezpłatny. Pacjentki mają do wyboru poród w wannie lub poród w basenie porodowym. Jednakże do zapewnienia pełnego komfortu i higieny pacjentka w przypadku wyboru porodu w bardziej komfortowych warunkach tj. w basenie porodowym może zdecydować się na zakup wkładu. Sformułowany zapis w cenniku tj. „poród w wodzie” jest nieprecyzyjny i zostanie zmieniony.*

(akta kontroli str. 840)

Środki uzyskane z tytułu usługi poród w wodzie księgowane było na koncie o nazwie *Przychody zewnętrzne z innych źródeł*⁶⁹, a z tytułu pobytu członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce na koncie *Opłata za pobyt opiekuna*⁷⁰.

(akta kontroli str. 1845)

1.16. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym PZOZ⁷¹, Szkoła Rodzenia stanowiła jedną z komórek organizacyjnych zakładu leczniczego Szpitala o nazwie *Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne*. W Regulaminie Oddziału

⁶⁹ Konto przychodowe 704-12-2.

⁷⁰ Konto przychodowe 709-4.

⁷¹ Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Struktura Organizacyjna Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach.

Poł.-Gin. ujęto, że w ramach działalności tego Oddziału funkcjonuje Szkoła Rodzenia.

(akta kontroli str. 92-93, 96-97, 240)

W Regulaminie Oddziału Poł.-Gin. określono, że zajęcia Szkoły Rodzenia odbywają się dwa razy w tygodniu we wtorki i czwartki, grafik kursu dla pary jest opracowywany wspólnie przez położną prowadzącą Szkołę Rodzenia i uczestników oraz, że kurs obejmuje osiem zajęć po dwie godziny. W Szpitalu oferowano usługę uczestnictwa w cyklu spotkań w Szkole Rodzenia⁷², którego koszt wynosił 200 zł oraz uczestnictwo w jednym spotkaniu z osobą towarzyszącą w kwocie 25 zł.

(akta kontroli str. 240, 810-811, 819)

W okresie objętym kontrolą⁷³ w Szkole Rodzenia przeprowadzono: dziewięć cykli w 2022 r. (uczestniczyły w nich 44 osoby), 20 – w 2023 r. (wzięło w nich udział 125 osób), 24 – w 2024 r. (uczestniczyły w nich 92 osoby) oraz 18 – w 2025 r. (wzięły w nich udział 93 osoby).

Maksymalna liczba uczestników w grupie wynosiła osiem.

W latach objętych kontrolą zajęcia prowadzili: położni (jeden w latach 2022-2024⁷⁴ i dwie w 2025 r.⁷⁵) i pielęgniarka (jedna w latach 2022-2024) oraz w latach 2024-2025 fizjoterapeuta, jako osoba współprowadząca. Wszyscy prowadzący posiadali kwalifikacje i doświadczenie do prowadzenia zajęć.

Tematyka zajęć obejmowała zagadnienia m.in.: [1] ciąża, rozwój płodu dziecka; [2] symptomy zbliżającego się porodu; [3] wyprawka przyszłej mamy; [4] przyjęcie do szpitala; [5] kontakt „skóra do skóry”; [6] pierwsze przystawienie dziecka do piersi; [7] charakterystyka poszczególnych okresów porodu; [8] dlaczego poród boli – znaczenie bólu porodowego; [9] niefarmakologiczne i farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego; [10] ćwiczenia oddechowe; [11] karmienie piersią – korzyści; [12] poród przez cesarskie cięcie; [13] charakterystyka okresu połogu; [14] pielęgnacja noworodka; [15] przewijanie, ubieranie, kąpiel noworodka; [16] pozycje wertykalne stosowane podczas porodu; [17] najczęstsze problemy w laktacji; [18] stany u noworodka wymagające interwencji medycznej – żółtaczka patologiczna, niewystarczający przyrost.

(akta kontroli str. 872, 908-910)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu w okresie od 13 grudnia 2024 r. do 18 sierpnia 2025 r. nie dokonano aktualizacji Regulaminu Oddziału Neonatologicznego w zakresie liczby łóżek na tym Oddziale, w którym wskazanych było 16 łóżek natomiast faktyczna ich liczba wynosiła 11, co było działaniem niezetelnym.

(akta kontroli str. 254-259, 756-761, 844, 1055-1061)

⁷² Cykl obejmujący osiem spotkań.

⁷³ Wg stanu na 31 sierpnia 2025 r.

⁷⁴ Położny Oddziałowy.

⁷⁵ Położna Oddziału Neonatologicznego i położna Oddziału Poł.-Gin.

13 grudnia 2024 r. PZOZ wnioskiem o zmianę wpisu podmiotu leczniczego w RPWDL dokonał zmiany dotyczącej liczby łóżek w Oddziale Neonatologicznym z 16 na 11. Regulamin Oddziału Neonatologicznego, w którym wykazano na tym Oddziale 16 łóżek zaktualizowany został w trakcie czynności kontrolnych w dniu 18 sierpnia 2025⁷⁶, tj. w terminie przekraczającym osiem miesięcy od złożenia ww. wniosku.

(akta kontroli str. 254-259, 756-761, 844, 1055-1061)

Dyrektor nie wskazał wprost przyczyn nieprzeprowadzenia aktualizacji Regulaminu Oddziału Neonatologicznego, wyjaśniając, że: *W podmiocie leczniczym zamianie uległa liczba łóżek w Oddziale Neonatologicznym. Z ogółem 16 zmniejsza się na 11 w tym: liczba łóżek dla noworodków – 5, liczba łóżek intensywnej terapii noworodka – 2, liczba łóżek opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji – 2, liczba łóżek opieki pośredniej dla noworodków wymagających wsparcia oddechowego – 2. Powyższe zmiany nie zmniejszyły dostępności pacjentów do ww. świadczeń z uwagi na obłożenie, które za 10 miesięcy 2024 roku kształtowało się na poziomie około 34 %. Przedmiotowe zmiany procedowane były w Księdze Rejestrowej Urzędu Wojewódzkiego, a kolejnym krokiem była zmiana Regulaminu Oddziału, która została procedowana i wprowadzona Zarządzeniem nr 45/2025 z dnia 18 sierpnia 2025 r.*

(akta kontroli str. 762, 839)

W związku z tym, że w trakcie kontroli w Szpitalu dokonano zmiany Regulaminu Oddziału Neonatologicznego, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1055-1061)

2. W Szpitalu nie dopełniono obowiązku zapoznania części personelu medycznego Oddziałów Neonatologicznego, Poł.-Gin. i Anestezjologicznego, z wybranymi⁷⁷ procedurami dotyczącymi opieki okołoporodowej poddanymi analizie oraz uzyskania z tego tytułu podpisów na załączniku nr 7 do procedury nadzoru nad dokumentami, pomimo że procedury te obowiązywały i miały zastosowanie w tych Oddziałach, tj.:

- a) procedura badanie przesiewowe⁷⁸ i procedura ocena i leczenie dolegliwości bólowych⁷⁹ – brak zapoznania przez sześciu z dziewięciu lekarzy Oddziału Neonatologicznego⁸⁰;

⁷⁶ Zarządzenie Nr 45/2025 Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach z dnia 18 sierpnia 2025 r. w sprawie: wprowadzenia zamian do Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach.

⁷⁷ Dobór celowy próby siedmiu procedur dotyczących opieki okołoporodowej.

⁷⁸ Wydanie 5, data obowiązywania 30 lipca 2025 r. Zakres stosowania: badania przesiewowe wykonuje się w Oddziale Neonatologicznym.

⁷⁹ Wydanie 1, data obowiązywania 3 lipca 2025 r. Zakres stosowania: zapisy procedury obowiązują, lekarzy, pielęgniarki i położne pracujące w Oddziale Neonatologicznym PZOZ.

⁸⁰ W próbie uwzględniono wszystkich pracowników Oddziału Neonatologicznego zatrudnionego w okresie od 1 czerwca 2024 r. do 21 sierpnia 2025 r., w tym: 13 - personel pielęgniarsko-położniczy oraz 9 – personel lekarski. Zapoznanie się wg stanu na 15 września 2025 r.

- b) procedura dotycząca przyjęcia noworodka⁸¹ – brak zapoznania przez sześciu z dziewięciu lekarzy Oddziału Neonatologicznego i pięciu z dziewięciu lekarzy Oddziału Poł.-Gin.⁸²;
- c) procedura udzielania świadczeń w okresie fizjologicznego porodu⁸³; brak zapoznania przez ośmiu z dziewięciu lekarzy Oddziału Neonatologicznego i czterech z dziewięciu lekarzy Oddziału Poł.-Gin.⁸⁴;
- d) procedura dotycząca łagodzenia bólu porodowego⁸⁵ – brak zapoznania przez czterech z 13 lekarzy Oddziału Poł.-Gin. i wszystkich osób z personelu pielęgniarskiego Oddziału Anestezjologii⁸⁶ oraz cały personel Oddziału Neonatologicznego⁸⁷.

(akta kontroli str. 429-430, 435-436, 543-544, 555-556, 571-572, 605-606, 599-600, 846-849, 906-907, 912, 915, 917-918, 925, 936, 938, 955-956, 959, 1856)

Powyższe stanowiło naruszenie punktu 4.10 procedury nadzoru nad dokumentami, zgodnie z którym, wdrożenie dokumentu polega głównie na przeszkoleniu pracowników, a następnie uzyskaniu podpisów z tego tytułu na załączniku nr 7 do tej procedury. Ponadto niezapoznanie z procedurą dotyczącą łagodzenia bólu porodowego, stanowiło naruszenie części VII ust. 6 Standardu opieki okołoporodowej, zgodnie z którym lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych w oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.

(akta kontroli str. 783, 787)

Odpowiedzialność za niedopełnienie obowiązku zapoznania personelu Oddziałów Neonatologicznego, Poł.-Gin. i Anestezjologii ponoszą kierownicy tych komórek organizacyjnych, z wyłączeniem zapoznania personelu Oddziału

⁸¹ Wydanie 8, data obowiązywania 27 września 2024 r. Zakres stosowania: procedura stosowana w Oddziale Neonatologicznym, Oddziale Poł.-Gin. i Bloku Operacyjnym.

⁸² W próbie uwzględniono wszystkich pracowników Oddziału Neonatologicznego zatrudnionego w okresie od 1 czerwca 2024 r. do 21 sierpnia 2025 r., w tym: 13 - personel pielęgniarsko-położniczy oraz 9 – personel lekarski oraz 41 pracowników Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, w tym: 30 – położne i 9 – personel lekarski. Dobór celowy próby. Zapoznanie się wg stanu na 15 września 2025 r.

⁸³ Wydanie 2, data obowiązywania 18 kwietnia 2024 r. Zakres stosowania: postanowienia zawarte w procedurze dotyczące personelu lekarskiego, położniczego i pielęgniarskiego obowiązujące w Oddziale Poł.-Gin. oraz w Oddziale Neonatologicznym.

⁸⁴ W próbie uwzględniono wszystkich pracowników Oddziału Neonatologicznego zatrudnionego w okresie od 1 czerwca 2024 r. do 21 sierpnia 2025 r., w tym: 13 - personel pielęgniarsko-położniczy oraz 9 – personel lekarski oraz 41 pracowników Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, w tym: 30 – położne i 9 – personel lekarski. Dobór celowy próby. Zapoznanie się wg stanu na 15 września 2025 r.

⁸⁵ Wydanie 1, data obowiązywania 21 czerwca 2024 r. Zakres stosowania: procedura stosowana w Oddziale Poł.-Gin. dotycząca personelu lekarskiego i położniczo-pielęgniarskiego Oddziałów Poł.-Gin. oraz Oddziału Anestezjologii.

⁸⁶ W próbie uwzględniono 25 pracowników Oddziału Anestezjologii zatrudnionego w okresie od 1 czerwca 2024 r. do 21 sierpnia 2025 r., w tym: 12 – personel pielęgniarski oraz 13 – personel lekarski oraz 25 pracowników Oddziału Położniczo – Ginekologicznego, w tym: 12 – położne i 13 – personel lekarski. Dobór celowy próby. Zapoznanie się wg stanu na 11 września 2025 r.

⁸⁷ W próbie uwzględniono wszystkich pracowników Oddziału Neonatologicznego zatrudnionego w okresie od 1 czerwca 2024 r. do 21 sierpnia 2025 r.

Neonatologicznego z procedurą dotyczącą łagodzenia bólu porodowego, w związku z nieprzekazaniem tej procedury Kierownikowi tego Oddziału.

(akta kontroli str. 783, 787, 1054, 1859-1860)

Kierownik Oddziału Neonatologii wyjaśniła: *Informuję, że każdy lekarz podejmujący pracę w Oddziale Neonatologicznym ma obowiązek zapoznać się z obowiązującymi procedurami i stosować się do nich. Każda nowa procedura lub nowe wydanie jest udostępniane do zapoznania się i podpisu, zaś wszystkie aktualne procedury są ogólnodostępne dla personelu lekarskiego. (...)*

Kierownik Oddziału Anestezjologii wyjaśnił: *Informuję, że personel pielęgniarski Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie został zapoznany z procedurą PM-OGP-07 „Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego”, ponieważ ww. procedura nie została przekazana pielęgniarkom i pielęgniarzom tutejszego Oddziału do zapoznania. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że ww. personel nie uczestniczy bezpośrednio w procesie łagodzenia bólu porodowego, stąd też przedmiotowy dokument został przekazany wyłącznie do personelu lekarskiego Oddziału, pomimo iż w procedurze personel pielęgniarski Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii został wskazany.*

Kierownik Oddziału Poł.-Gin. wyjaśnił: *Wymienieni lekarze i położne Oddziału Poł.-Gin. Szpitala pracują w ramach cywilnoprawnych; są zobowiązani do zapoznania się ze wszystkimi procedurami obowiązującymi w Oddziale. (...) W zakresie obowiązków nie wyszczególniono informacji o prowadzeniu przeze mnie szkoleń personelu medycznego w zakresie procedur obowiązujących w Oddziale, które te osoby powinny znać i z nimi zapoznać się, utożsamiając się z powierzonymi im obowiązkami w ramach umów o pracę. (...) Punkt PM-ON-01 dotyczy przyjęcia noworodka do Oddziału Neonatologicznego, który to Oddział nie podlega mojemu zakresowi obowiązków.*

(akta kontroli str. 982, 1003, 1008-1009)

Wyjaśnienia Kierowników Oddziałów Neonatologii i Poł.-Gin. nie zasługują na uwzględnienie, gdyż w procedurze nadzoru nad dokumentami jednoznacznie wskazano, że dokumenty wdrażają Kierownicy Komórek Organizacyjnych zgodnie z zakresem swoich obowiązków, a wdrożenie polega głównie na przeszkoleniu pracowników, a następnie uzyskaniu podpisów z tego tytułu. Ponadto w procedurze dotyczącej przyjęcia noworodka wprost wskazano, że ma zastosowanie w Oddziałach Neonatologicznym i Poł.-Gin.

(akta kontroli str. 543-544, 783, 787)

W sprawie nieprzekazania procedury dotyczącej łagodzenia bólu porodowego Kierownikowi Oddziału Neonatologicznego celem zapoznania personelu medycznego Zastępca Dyrektora wyjaśniła: *(...) za wdrożenie procedury odpowiada Kierownik Komórki Organizacyjnej. Z racji, iż osoba zajmująca to stanowisko w momencie wejścia w życie procedury PM-OGP-07, nie pełni już tej funkcji oraz nie pracuje w PZOZ Starachowicach, niemożliwe jest ustalenie przyczyny nieprzekazania ww. procedury do Oddziału Neonatologicznego.*

(akta kontroli str. 1867)

3. W PZOZ w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. w Regulaminach nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących

ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie wymogów określonych w cz. I ust. 3 Standardów opieki okołoporodowej. Powyższy przepis stanowi, że sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, w zakresie ustalenia wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 108-181, 235-238, 247-253, 267-275, 282-291, 844)

Dyrektor wyjaśnił: (...) w wyniku niedopatrzenia podczas dokonywania aktualizacji Regulaminu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Salą Porodową, w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. nie został określony sposób realizacji oraz dokumentowania działań w zakresie ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej. (...)

(akta kontroli str. 993)

W związku z tym, że w aktualnie obowiązującym Regulaminie Oddziału Poł.-Gin. określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

4. W PZOZ nie dopełniono obowiązków wynikających ze Standardów w zakresie opracowania w formie pisemnej procedury łagodzenia bólu porodowego zawierającej wszystkie wymagane elementy, tj.:

- a) w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 21 czerwca 2024 r. nie opracowano, w formie pisemnej, trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w części VII ust. 4 Standardu opieki okołoporodowej, obowiązującego od 1 stycznia 2019 r., który stanowi, że w podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, co było działaniem niezetelnym.

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego został w Szpitalu opracowany w formie pisemnej w procedurze dotyczącej łagodzenia bólu porodowego obowiązującej od 21 czerwca 2024 r., tj. z ponad pięcioletnim opóźnieniem od dnia wejścia w życie Standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 435-439, 754, 993)

Dyrektor wyjaśnił: (...) z powodu zmian kadrowych w szpitalu nie został ten obowiązek dopełniony i takie procedury nie były stworzone. (...) W czerwcu 2024 r., w ramach działań doskonalących system jakości, zauważono potrzebę spisania w formie procedury oddziałowej obowiązującego trybu postępowania, tak aby ułatwić m.in. szkolenia nowych pracowników. W efekcie podjęto decyzję o opracowaniu i wprowadzeniu procedury PM-OGP-07 „Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego”, który stanowi formalną wersję stosowanych rozwiązań. (...)

(akta kontroli str. 993)

W związku z tym, że w Szpitalu opracowano procedurę dotyczącą łagodzenia bólu porodowego, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 435-439)

- b) w procedurze dotyczącej łagodzenia bólu porodowego nie uwzględniono części wytycznych wskazanych w części VII ust. 4 Standardu opieki okołoporodowej, dotyczących: [1] analgezji miejscowej obejmującej blokadę nerwu sromowego (ust. 15); [2] świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu udzielanych w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, aparatu do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego, pulsoksymetru i pompy infuzyjnej oraz dostępności do monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i produktów leczniczych (ust. 16); [3] blokady nerwu sromowego wykonywanej przez lekarza położnika niewymagającej udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu (ust. 18); [4] analgezji regionalnej rozpoczynającej się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach możliwości wcześniejszego rozpoczęcie analgezji. Kontynuowana podczas II okresu porodu analgezji regionalnej (ust. 19); [5] badań poprzedzających zastosowanie analgezji regionalnej (ust. 22); [6] przygotowania, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu (ust. 24). Ponadto w ww. procedurze nie uwzględniono części wytycznych określonych w ust. 12 i 13 części VII ust. 4 Standardu opieki okołoporodowej, dotyczących pełnego uwzględnienia wymagań określonych w ust. 34 oraz zapisu dotyczącego szczególnych przypadków wdrożenia dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.

Zgodnie z ust. 4 części VII Standardu opieki okołoporodowej, w podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1-3 i 7-24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

(akta kontroli str. 944-946)

Dyrektor wyjaśnił: (...) Elementy wymagane w rozporządzeniu nie zostały ujęte w zapisach procedury z niedopatrzenia kierownictwa oddziału, niemniej są realizowane w praktyce klinicznej. Jednocześnie informuję, że w wyniku dokonanej analizy dokumentu podjęto decyzję o uzupełnieniu procedury o wybrane punkty rozporządzenia w celu pełniejszego ujednoczenia zapisów z treścią aktów prawnych.

(akta kontroli str. 993-994)

5. W Oddziale Neonatologicznym w miesiącu lutym 2023 r. nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii, tj. co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalisty w dziedzinie neonatologii. W miesiącu tym wymiar etatu lekarza specjalisty w dziedzinie neonatologii wyniósł 0,76 etatu. Było to niezgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w szpitalach.

(akta kontroli str. 1254-1257)

Dyrektor wyjaśnił: *W miesiącu lutym 2023 r. podmiot leczniczy nie osiągnął przedmiotowego wskaźnika, co było skutkiem decyzji podejmowanych przez lekarza, który w tym czasie pełnił funkcję lekarza kierującego oddziałem, dr (...). Z uwagi na zastrzeżenia co do sposobu kierowania oddziałem przez panią doktor, w tym organizacji udzielania świadczeń przez lekarzy, Dyrekcja podjęła decyzję o rozwiązaniu łączącej strony umowy.*

(akta kontroli str. 1584)

Mając na uwadze, że nieosiągnięcie przez Szpital wymaganego wskaźnika miało charakter incydentalny, a w pozostałych miesiącach okresu objętego kontrolą wskaźnik ten został spełniony, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

6. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nieprawidłowo zgłaszano do NFZ za pomocą portalu SZOI zmiany w obsadzie kadrowej personelu medycznego w Oddziale Poł.-Gin. i Oddziale Neonatologicznym. W próbie objętej analizą⁸⁸ stwierdzono bowiem następujące przypadki:

- a) wykazywano osoby, które nie udzielały faktycznie usług medycznych w danym okresie tj.:
 - na Oddziale Poł.-Gin.: w 2022 r.⁸⁹ dotyczyło to sześciu lekarzy⁹⁰; w 2023 r. – pięciu lekarzy⁹¹ i dwóch położnych⁹²; w 2024 r.: sześciu lekarzy⁹³ i jedna położna⁹⁴;
 - na Oddziale Neonatologicznym: w 2022 r. dotyczyło to dwóch lekarzy⁹⁵ i jedną pielęgniarkę⁹⁶; w 2023 r. – jednego lekarza⁹⁷; w 2024 r. – dwóch lekarzy⁹⁸ i dwie położne⁹⁹;
- b) nie ujęto osób, które udzielały faktycznie usług medycznych w danym okresie tj.:
 - na Oddziale Poł.-Gin.: w 2022 r. dotyczyło to jednej położnej¹⁰⁰; w 2023 r. – jednej położnej¹⁰¹; w 2024 r. – jednej położnej¹⁰²;
 - na Oddziale Neonatologicznym: w 2024 r. dotyczyło to jednej położnej¹⁰³.

Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁴, zgodnie z którym świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z przyjętym harmonogramem, a zmiany w harmonogramie dotyczące tych osób,

⁸⁸ Na podstawie analizy wykazu personelu medycznego udzielającego świadczeń w Oddziale Poł.-Gin. i Oddziale Neonatologicznym w miesiącach lutym i sierpniu lat 2022-2024.

⁸⁹ Dotyczy miesiąca sierpnia, gdyż w lutym realizowano świadczenia wyłącznie dla pacjentek z podejrzeniem lub zakażonych wirusem SARS-COV-2, które były sprawozdawane i rozliczane w ramach odrębnej umowy nr 13-NFZ-SWIAD-19/4-21-00124-073-W.

⁹⁰ S.B, Z.B., A.L., E. R.-S., M.S., A.S.

⁹¹ S.B, Z.B., A.L., E. R.-S., M.S.

⁹² D.R., E.C.

⁹³ S.B, Z.B., M.B., R.-S., M.S., K.P - dotyczy tylko sierpnia.

⁹⁴ I.C. - dotyczy miesiąca lutego.

⁹⁵ A.B-K., C.P.

⁹⁶ G.F. - dotyczy miesiąca lutego.

⁹⁷ D.D. - dotyczy miesiąca lutego.

⁹⁸ A.Z., A.K. - dotyczy miesiąca lutego.

⁹⁹ D.C. (dotyczy miesiąca sierpnia), K.D. (dotyczy miesiąca lutego).

¹⁰⁰ A.M.

¹⁰¹ K. S.-P.

¹⁰² M.D. (dotyczy miesiąca sierpnia).

¹⁰³ I.C. (dotyczy miesiąca lutego).

¹⁰⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str. 1006, 1487-1552, 1556-1571)

Kierownik Działu ds. Kontraktowania i Statystyki Medycznej PZOZ¹⁰⁵ wyjaśnił, że ww. nieprawidłowość spowodowana była omyłkowym brakiem usunięcia wymienionego personelu medycznego z harmonogramów po wygaśnięciu umów kontraktowych lub omyłkowym nie zgłoszeniem zmiany oddziału w którym dana osoba realizowała świadczenia medyczne, a także omyłkowym nie zaktualizowaniem zmiany miejsca realizacji świadczeń.

(akta kontroli str. 1556-1562)

7. W lutym i sierpniu lat 2022-2024 wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. umów kontraktowych) nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. W odniesieniu do czasu pracy 10 lekarzy wybranych do próby kontrolnej, świadczących pracę na Oddziałach Poł.-Gin. i Neonatologicznym wystąpiło 48 przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin, w tym:

- jeden przypadek przez okres 27 godzin i 30 minut;
- jeden przypadek przez okres 29 godzin;
- jeden przypadek przez okres 29 godzin i 35 minut.
- dwa przypadki przez okres 31 godzin;
- 35 przypadków przez okres 31 godzin i 35 minut;
- jeden przypadek przez okres 40 godzin;
- dwa przypadki przez okres 40 godzin i 25 minut;
- dwa przypadki przez okres 42 godzin;
- dwa przypadki przez okres 48 godzin;
- jeden przypadek przez okres 55 godzin i 35 minut.

(akta kontroli str. 1246-1247, 1258-1318)

Dyrektor wyjaśnił: (...) *nieprzerwana realizacja świadczeń w wymiarze ponad 24 godziny lekarzy w Oddziale Poł.-Gin. oraz Oddziału Neonatologicznego wynikała z konieczności zapewnienia ciągłości pracy w ww. komórkach organizacyjnych w ramach umów cywilnoprawnych tzw. kontraktowych. PZOZ celem zapewnienia bezpieczeństwa przyjął zasadę, że lekarze dyżurujący na kontrakcie nie powinni dyżurować więcej niż 48 h, jednakże przekroczenia tego czasu w pojedynczych przypadkach było podyktowane brakiem personelu medycznego i brakiem uregulowań prawnych w zakresie umów cywilnoprawnych zabraniających takiego działania. W ramach ww. umów, lekarze mają obowiązek zapewnić świadczenia w dniach i godzinach zgodnie z grafikami ustalonymi za obopólną zgodą/wspólnymi ustaleniami stron tj. zarówno Udzielającego Zamówienie (Kierownika/Dyrektora) jak i Realizującego Zamówienie (lekarza prowadzącego działalność gospodarczą), którzy oceniają zdolność do realizacji świadczeń. (...)*

(akta kontroli str. 1578-1579)

¹⁰⁵ Dalej: Kierownik ds. Kontraktowania.

NIK wskazuje, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

8. Przeglądy okresowe sprzętu medycznego w czterech przypadkach¹⁰⁶ zostały wykonane po upływie terminu następnego badania, określonego we wpisie dokonanym przez serwisanta w paszporcie technicznym urządzenia, co było działaniem nierzetelnym. Dotyczyło następujących sprzętów:

- aparatu USG¹⁰⁷ w 2023 r., którego przegląd okresowy powinien być przeprowadzony do końca listopada 2023 r., natomiast został przeprowadzony 12 dni po tym terminie;
- łóżka porodowego¹⁰⁸, którego przegląd okresowy w 2023 r. powinien być przeprowadzony do końca sierpnia 2023 r., natomiast został przeprowadzony 28 dni po tym terminie;
- dwóch stanowisk do resuscytacji Panda¹⁰⁹, których przeglądy okresowe w 2024 r. powinny być przeprowadzone do końca maja 2024 r., natomiast zostały przeprowadzone 10 dni po tym terminie.

(akta kontroli str. 1428-1431)

Kierownik Działu ds. Techniczno-Administracyjnych wyjaśnił, że opóźnienia wynikały z braku dostępnych terminów ze strony serwisu zewnętrznego, które umożliwiałyby realizację przeglądu w zalecany okresie¹¹⁰, brakami kadrowymi serwisantów¹¹¹, a także decyzją serwisu o przeprowadzeniu przeglądu po zalecany terminie¹¹².

(akta kontroli str. 1434-1443)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, jak i dla ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędne jest przestrzeganie terminów przeglądów okresowych sprzętu medycznego, zgodnie z dokumentacją techniczną i zaleceniami producentów lub autoryzowanych serwisów.

9. Osiem spośród 16 sprzętów medycznych, których dokumentację objęto analizą¹¹³ nie zostało zgłoszonych do Oddziału NFZ za pomocą portalu SZOI w wykazie (harmonogram – zasoby) stanowiącym załącznik nr 2 do zawartych z NFZ umów¹¹⁴, co stanowiło naruszenie § 2 ust. 9 ww. umów, zgodnie z którymi świadczeniodawca był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w jego dyspozycji, służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

¹⁰⁶ Z 16, których paszporty techniczne poddano analizie.

¹⁰⁷ Nr inwentarzowy ST/4289/OZ/8-80-802/MED/.

¹⁰⁸ Nr inwentarzowy ST/6024/SPC-OGP/8-80-802/MED/.

¹⁰⁹ Nr inwentarzowy ST/6015/OW/8-80-802/MED/ i nr inwentarzowy ST/6016/OW/8-80-802/MED/.

¹¹⁰ W przypadku aparatu USG.

¹¹¹ W przypadku łóżka porodowego.

¹¹² W przypadku dwóch stanowisk do Resuscytacji Panda.

¹¹³ Na podstawie próby kontrolnej 16 sprzętów medycznych dokonanej sposób celowy spośród różnych rodzajów sprzętu o najwyższej wartości będącego na wyposażeniu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Neonatologicznego.

¹¹⁴ Umowy nr 13-SZP03/8-17-00124-015 z 29 września 2017 r. oraz umowy nr 13-SZP03/8-23-00124-006 z 9 stycznia 2023 r.

Powyższe dotyczyło: 1) aparatu ultrasonograficznego¹¹⁵; 2) aparatu USG¹¹⁶; 3) łóżka porodowego¹¹⁷ ; 4) inkubatora do wewnętrznego transportu noworodka¹¹⁸; 5) respiratora noworodkowego¹¹⁹; 6) dwóch stanowisk do resuscytacji¹²⁰; 7) urządzenia do terapii Airvo 3¹²¹.

(akta kontroli str. 1423-1428, 1691, 1777, 1795-1797)

Kierownik ds. Kontraktowania wyjaśnił, że brak aktualizacji sprzętu wynikał z błędów komunikacji i nieprzekazania pracownikom odpowiedzialnym za aktualizację zasobów na Portalu SZOI informacji o posiadaniu takiego sprzętu przez oddział.

(akta kontroli str. 1691, 1777)

10. W Oddziale Poł.-Gin. oraz Oddziale Neonatologicznym nie było pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część II, pkt 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń.

Pomimo szerokich otworów drzwiowych umożliwiających swobodny wjazd wózkiem, w pomieszczeniach sanitarnych zainstalowano wysokie brodziki prysznicowe, które uniemożliwiały wjazd wózkiem pod natrysk i korzystanie z prysznica bez konieczności przesiadania się.

(akta kontroli str. 1453-1471, 1478)

Dyrektor wyjaśnił: (...) *Nie posiadamy obecnie środków finansowych na kompletne dostosowanie ww. komórek organizacyjnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Nadmieniam, iż szpital objęty jest ustawą o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i sukcesywnie w miarę możliwości finansowych wdraża standardy dostępności. W przypadku pozyskania w tym zakresie środków zewnętrznych dostosuje ww. oddziały do zleczanych wymogów i wymieni brodziki na bezprogowe lub niskoprogowe.*

(akta kontroli str. 1453-1471, 1478)

W ocenie NIK, brak co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych oznacza również, że nie zapewniono przebywającym pacjentkom warunków pełnej intymności i godności. Powyższe świadczy o niewykonaniu wniosku pokontrolnego NIK sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym z 2019 r. po kontroli R/19/008 *Opieka nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych.*

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w PZOZ nie dopełniono obowiązku zapoznania części personelu medycznego Oddziałów Neonatologicznego, Poł.-Gin. i Anestezjologii, z wybranymi procedurami dotyczącymi opieki okołoporodowej. W Szpitalu z ponad pięcioletnim opóźnieniem sporządzono w formie pisemnej tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, przy czym nie zawierał on części wymaganych elementów wskazanych w Standardach. W PZOZ określono

¹¹⁵ Voluson S8 BT18 – nr inwentarzowy: ST/4440/OGP/8-80-802/MED/.

¹¹⁶ Nr inwentarzowy: ST/4289/OZ/8-80-802/MED/.

¹¹⁷ Nr inwentarzowy: ST/6024/SPC-OGP/8-80-802/MED/.

¹¹⁸ Nr inwentarzowy: ST/6727/OW/8-80-802/MED/.

¹¹⁹ Srevo-n – nr inwentarzowy: ST/6008/OW/8-80-802/MED/.

¹²⁰ Nr inwentarzowy ST/6015/OW/8-80-802/MED/ i nr inwentarzowy ST/6016/OW/8-80-802/MED/.

¹²¹ Nr inwentarzowy: ST/6714/OW/8-80-802/MED/.

i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, jednak w okresie od 30 listopada 2022 r. do 26 lipca 2023 r. w Regulaminach nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania tych działań. W okresie objętym kontrolą stosownie do wymogów dla drugiego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny. Na Oddziale Poł.-Gin. zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego mającego wymagane kwalifikacje, również w Oddziale Neonatologicznym zapewniono odpowiedni personel medyczny za wyjątkiem miesiąca lutego 2023 r., w którym nie osiągnięto wskaźnika zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz w większości przypadków miały realizowane przeglądy w terminach wynikających z dokumentacji technicznej. Pomieszczenia w Oddziale Poł.-Gin. oraz Neonatologicznym spełniały wymogi rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń, za wyjątkiem braku pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach. Wątpliwości co do właściwej organizacji udzielanych świadczeń opieki okołoporodowej oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających w Szpitalu, może budzić 48 ujawnionych przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy przez lekarzy w wymiarze ponad 24 godzin, w tym jeden przez okres 55 godzin i 35 minut. Ponadto w Szpitalu nie aktualizowano na bieżąco za pomocą portalu SZOI w wykazie (harmonogram – zasoby) stanowiącym załącznik nr 2 do zawartych z NFZ umów danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy tj. osób udzielających świadczeń i sprzętu.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1. W Szpitalu, stosownie do części VIII ust. 5 Standardów opieki okołoporodowej weryfikowano, czy każda z pacjentek przyjmowanych do porodu¹²² miała aktualne badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV, a w przypadku ich braku badania takie były niezwłocznie wykonywane. W dokumentacji medycznej pacjentek przyjętych do PZOZ zawierano wyniki badania przesiewowego w celu wykrycia obecności paciorkowców grupy B (GBS), lub odnotowywano brak takich wyników. W siedmiu przypadkach objęto rodzącą śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B. W 28 przypadkach do dokumentacji medycznej pacjentek dołączano wyniki badań grupy krwi lub odnotowywano informacje o tym parametrze. Czterokrotnie objęto pacjentki profilaktyką konfliktu serologicznego.

W kwestii braku wyników badań grupy krwi w dokumentacjach medycznych dwóch pacjentek, Dyrektor wyjaśnił: (...) *pacjentki będące na Sali porodowej*

¹²² Na podstawie próby kontrolnej dokumentacji medycznej 30 pacjentek. Dobór celowy uwzględniający pacjentki, które w latach 2022-2024 urodziły dzieci siłami natury i cesarskiego cięcia (po 10 pacjentek w każdym roku). W próbie uwzględniono pacjentki o wskaźniku masy ciała (BMI) przekraczającym 30 oraz porody indukowane.

weryfikowane są co do wyniku grupy krwi (potwierzonego), jednakże ww. wynik stanowi własność pacjenta.

(akta kontroli str. 947-954, 994)

W Szpitalu opracowano i udostępniano plan porodu. Do wszystkich dokumentacji medycznych poddanych analizie dołączone były plany porodu pacjentek. Położny Oddziałowy oświadczył, że (...) w PZOZ Starachowice, w Oddziale Poł.-Gin. od 2019 r. obowiązuje dokument „Plan Porodu”. Dokument ten jest wypełniany przez ciężarną lub rodzącą w chwili przyjęcia w oddział, przy współudziale/z pomocą położnej. PZOZ Starachowice udostępnia „plan porodu” na stronie internetowej pod adresem https://szpital.starachowice.pl/wpcontent/uploads/2024/05/plan_porodu.pdf, w szkole rodzenia oraz podczas organizowania „dnia otwartego” dla każdej zainteresowanej pacjentki. Każda pacjentka rodząca w PZOZ Starachowice ma możliwość udostępnić podczas przyjęcia w oddział swój plan porodu, który wówczas pozostaje w dokumentacji medycznej. (...)

(akta kontroli str. 656-658, 947-954)

W 23 z 29 przypadków¹²³ do dokumentacji medycznej pacjentek nie dołączono kart przebiegu ciąży. Dyrektor wyjaśnił: *W rozporządzeniu o którym mowa wskazane jest, że dokumenty m.in. takie jak karta ciąży należy zachować w historii choroby „jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji”. Należy mieć na uwadze, że wszelkie informacje zawarte w karcie ciąży nie są istotne dla procesu diagnostycznego w takim sensie, iż nie można na ich podstawie opierać dalszego postępowania bez ich weryfikacji w dokumentach źródłowych (wyniki grupy krwi, wyniki innych badań). Należy również brać pod uwagę, że istotne informacje zawarte w karcie ciąży są weryfikowane przez personel medyczny i w przypadku ich przydatności wpisywane w odpowiednich dokumentach EDM, a karta ciąży pozostaje do wglądu w historii choroby przez cały pobyt pacjentki.*

(akta kontroli str. 947-954, 994-995)

2.2. W wyniku analizy dokumentacji medycznych 30 pacjentek, które urodziły dziecko w Szpitalu w latach 2022-2024¹²⁴ ustalono, że:

- w dwóch przypadkach uzyskano zgodę pacjentki na zastosowanie Entonoxu, w jednym przypadku uzyskano zgodę na nacięcie krocza i 13 zgód na podanie oxytocyny; w jednym przypadku nie uzyskano zgody na podanie Entonoxu, w sześciu na nacięcie krocza, w dwóch na przeprowadzenie amniotomii i dwóch na podanie oxytocyny, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- we wszystkich dziewięciu przypadkach rozwiązania porodu w drodze cesarskiego cięcia uzyskiwano zgodę na podanie znieczulenia podpajęczynówkowego; w jednym przypadku nie uzyskano zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży w drodze cesarskiego cięcia, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkim pacjentkom założono wkłucie do żyły obwodowej, w celu m.in. stymulacji porodu, indukcji porodu, przygotowania i przeprowadzenia

¹²³ Jedna pacjentka nie posiadała karty przebiegu ciąży.

¹²⁴ 21 porodów drogami natury i dziewięć porodów w drodze cesarskiego cięcia.

porodu w drodze cesarskiego cięcia, podania profilaktyki antybiotykowej;

- w 12 z 21 dokumentacji medycznych pacjentek, które urodziły drogami natury, nie odnotowano informacji o obecności osób bliskich podczas porodu. Jak wyjaśnił Dyrektor: *PZOZ Starachowice w jasny i przejrzysty sposób określa zasady obecności osób bliskich podczas porodu. Zapis taki znajduje się w Regulaminie Oddziału pkt VI. „regulamin porodów rodzinnych”. Porody rodzinne lub jakkolwiek udział i wsparcie osoby bliskiej na każdym etapie porodu czy też pobytu rodzącej w szpitalu stał się w naszej placówce zjawiskiem tak powszechnym, iż nie ma praktyki wprowadzania odpowiednich zapisów w dokumentacji medycznej. Personel medyczny najczęściej sam wychodzi z inicjatywą do rodzącej, „zaprasza” osoby bliskie podczas porodu. (...);*
- w sześciu z siedmiu przypadków przeprowadzenia nacięcia krocza i w jednym z dwóch przypadków amniotomii nie odnotowano przyczyny. Dyrektor wyjaśnił, że: *Oddział Położniczo-Ginekologiczny od lat prowadzi politykę ograniczenia ilości nacięcia krocza do niezbędnego minimum i tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Wyjaśniam, iż nacięcie krocza ograniczamy do wskazań medycznych. (...)*

(akta kontroli str. 947-954, 995)

2.3. W PZOZ stosowano farmakologiczne i niefarmakologiczne formy łagodzenia bólu porodowego. Stosowanymi niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu porodowego były m.in.: techniki oddychania i relaksacji; masaż; pozycje wertykalne; wykorzystanie sprzętów pomocniczych¹²⁵; immersja wodna; muzykoterapia; aromaterapia; zimne/ciepłe okłady, a farmakologicznymi: analgezja wziewna; dożylna lub domięśniowe stosowanie opioidów; analgezja regionalna i miejscowa.

(akta kontroli str. 435-439, 865)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 pacjentek ustalono, że stosowano następujące metody łagodzenia bólu porodowego:

- wykorzystanie sprzętu pomocniczego - piłka rehabilitacyjna – sześciokrotnie;
- techniki oddychania i relaksacji – pięciokrotnie;
- pozycje wertykalne – 16 razy;
- analgezja wziewna – dwukrotnie;
- immersja wodna – trzy razy.

W jednym przypadku podano lek przeciwbólowy.

W dokumentacji dwóch pacjentek nie wskazano na zastosowanie żadnej z form łagodzenia bólu porodowego. Dyrektor wyjaśnił, że (...) *można domniemać, iż taka potrzeba nie zaistniała.*

(akta kontroli str. 947-954, 995)

W kwestii dwukrotnego zastosowania farmakologicznej metody łagodzenia bólu porodowego, Dyrektor wyjaśnił: (...) *znieczulenie porodu wynika z jego przebiegu*

¹²⁵ Piłka rehabilitacyjna, worki sako, drabinki, materace, szarfy porodowe.

lub życzenia pacjentki oraz wskazań medycznych. W związku z powyższym można domniemać, iż takie zapotrzebowanie było tylko u tych dwóch pacjentek. Jednocześnie informuję, że w szpitalu można było korzystać z innych metod farmakologicznych i poza farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego. (...)

(akta kontroli str. 950, 953, 995)

W latach 2022-2023 żadnej z pacjentek, które urodziły w Szpitalu nie podano znieczulenia zewnątrzoponowego celem łagodzenia bólu porodowego. W latach 2024-2025 (I półrocze) w PZOZ znieczulenie zewnątrzoponowe podano łącznie 135 razy, z czego: 79 w 2024 r. i 56 w I połowie 2025 r.

(akta kontroli str. 1861)

Zastępca Dyrektora wyjaśniła: (...) do wszystkich działań medycznych w stosunku do pacjentek w tym łagodzenia bólu muszą zaistnieć wskazania medyczne oraz ocena wpływu łagodzenia bólu na dalszy przebieg porodu. Ponadto informuję, iż liczba lekarzy anestezjologów w szpitalu na przełomie lat 2022-2025 nie uległa zmianie.

(akta kontroli str. 1867)

U wszystkich pacjentek, które urodziły w drodze cesarskiego cięcia, stosowano znieczulenie regionalne podpajęczynówkowe.

(akta kontroli str. 947-954)

W przypadku 12 pacjentek w Szpitalu nie zastosowano form łagodzenia bólu porodowego jakie wskazały jako preferowane w planach porodu, a u pięciu pacjentek zastosowano formy łagodzenia bólu porodowego w niepełnym zakresie w odniesieniu do form wskazanych w planach porodu. Dyrektor wyjaśnił: *(...) do wszystkich działań medycznych w stosunku do pacjentek w tym łagodzenia bólu muszą zaistnieć wskazania medyczne oraz ocena wpływu łagodzenia bólu na dalszy przebieg porodu. Wskazanie preferowanych przez pacjentkę metod łagodzenia bólu nie jest jednoznaczne z koniecznością i możliwością ich zastosowania (...) Takie działanie (wypełnienie wszystkich życzeń pacjentek zawartych w planie porodu) jest wbrew sztuce lekarskiej i etyce zawodowej.*

(akta kontroli str. 1050, 1062-1063, 1817)

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

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek, zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- dokumentacja indywidualna 10 pacjentek nie zawierała oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- do historii choroby pacjentek dołączano dokumenty obejmujące¹²⁶, m.in.: zlecenia na badania lekarskie; wywiad położniczy; badanie lekarskie przy przyjęciu; obserwacje pielęgniarские; czynności pielęgnacyjne; diagnozy pielęgniarские; kryteria dla kategorii oceny; parametry życiowe; zlecenia podania leków; zlecenie na zabieg operacyjny; obserwacje lekarskie i psychologiczne; informacje o wkluciu obwodowym; karta urodzenia; przebieg porodu; wypis, zlecenia badań diagnostycznych wraz z opisem, a w przypadku pacjentek, u których zakończenie porodu odbyło się w drodze cesarskiego cięcia, również m.in.: protokół zabiegu; karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego po zabiegu operacyjnym; informacje o znieczuleniu oraz o miejscu operowanym; protokół karty przebiegu znieczulenia; protokół pielęgniarki anestezjologicznej;
- strony dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek nie były ponumerowane, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- 12 z 21 sporządzanych kart obserwacji porodu nie zawierało części wymaganych informacji, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- stosowany w Szpitalu wzór karty obserwacji porodu był zgodny z wskazanym w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 947-954)

2.5. W wyniku analizy, w ramach próby kontrolnej, dokumentacji medycznych 30 pacjentek oraz ich noworodków ustalono, że:

- a) 27 noworodkom, w tym 19 urodzonym siłami natury i 8 urodzonym w drodze cesarskiego cięcia, zapewniono kontakt „skóra do skóry”;
- b) dwóm noworodków, ze względu na stan ich zdrowia, nie umożliwiono kontaktu z matką „skóra do skóry”;
- c) w jednym przypadku w dokumentacji medycznej pacjentki jak i noworodka, urodzonego w drodze cesarskiego cięcia, nie zawarto informacji o zapewnieniu kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”. Położna Oddziałowa wyjaśniła: *W Oddziale umożliwiamy i promujemy nieprzerwany kontakt noworodka z matką „skóra do skóry” trwający dwie godziny, jeśli stan matki i dziecka na to pozwala. (...) W dokumentacji pacjentki o ID: 164414 nie odnotowano, iż wystąpiła sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia matki i/lub dziecka, powodująca przerwanie lub zaniechanie kontaktu „skóra do skóry”, zatem jest to informacja jednoznaczna z tym, iż dwugodzinny kontakt „skóra do skóry” został zachowany.*;
- d) w przypadku czterech noworodków urodzonych siłami natury, w dokumentacji medycznej nie wskazano czasu trwania kontaktu z matką „skóra do skóry”, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

¹²⁶ Dokumentacja medyczna pacjentek prowadzona w formie papierowej oraz elektronicznej.

- e) w dokumentacji medycznej jednego noworodka, urodzonego siłami natury, odnotowano przerwanie kontaktu „skóra do skóry”, ze względu na stan matki;
- f) w przypadku dwóch noworodków urodzonych siłami natury, w dokumentacjach medycznych, przed upływem dwóch godzin od porodu odnotowano realizację dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 854-864, 1069)

2.6. Na podstawie badania dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024, którą poddano analizie w ramach próby kontrolnej, stwierdzono że:

- wszystkie noworodki zostały oznakowane oraz poddane ocenie według skali Apgar;
- każdorazowo wykonywano procedury dotyczące profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka i krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K oraz przeprowadzano szczepienia przeciw gruźlicy oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- podczas każdego z porodów, w sali porodowej, znajdowała się osoba potrafiąca przeprowadzić resuscytację noworodka;
- w dokumentacji medycznej 23 noworodków¹²⁷, nie odnotowano obecności lekarza Oddziału Neonatologicznego. Dyrektor wyjaśnił: *lekarz neonatolog jest obecny tylko w przypadku porodu zabiegowego tj. cięcia cesarskiego, porodu kleszczowego, porodu z użyciem próżniociągu położniczego, porodu w wodzie, porodu przedwczesnego, tj. do 37 tyg. ciąży, porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego, porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży tj. GDMG2, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego powyżej 18 H, czynniki infekcyjne u matki, porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzonymi u noworodka wadami wrodzonymi, uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu u noworodka. Z procedury obowiązującej w podmiocie leczniczym Tj. PM OGP 06 respektującej zapisy rozporządzenia o standardach okołoporodowych oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie wynika konieczność adnotacji o obecności lekarza na Sali porodowej. W takich przypadkach lekarz neonatolog jest obecny przy porodzie, a jeżeli wymaga tego stan noworodka udziela mu bezpośredniej pomocy co ma odzwierciedlenie w dokumentacji noworodka.*
- wszystkie noworodki miały wykonane test pulsoksymetryczny, przesiewowe badanie słuchu oraz badanie przesiewowe na bibułę;
- u 29 noworodków przeprowadzono ocenę umiejętności ssania, a w przypadku jednego, którego matka nie wyraziła chęci karmienia ze względów zdrowotnych oraz w związku z zaleceniami zespołu neonatologicznego niekarmienia piersią, nie przeprowadzono takiej oceny;
- wszystkie noworodki poddane zostały badaniu klinicznemu przez lekarza Oddziału Neonatologicznego w okresie 12 godzin od porodu, lecz w 28 przypadkach w dokumentacji medycznej nie zawarto

¹²⁷ W tym: 15 urodzonych siłami natury i osiem urodzony w drodze cesarskiego cięcia.

informacji o obecności matki lub ojca. Dyrektor wyjaśnił: (...) *badanie kliniczne noworodka w Oddziale Neonatologicznym zawsze wykonywane jest w obecności matki i/lub ojca. Nie jest ten fakt odnotowywany w dokumentacji pacjenta;*

- dokumentacja medycznej każdego noworodka, zawierała zgodę matki na zabiegi, procedury medyczne i szczepienia noworodka; w 29 przypadkach nie odnotowywano faktu wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur medycznych w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”. Dyrektor wyjaśnił: *W oddziale Neonatologicznym zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe procedury medyczne wykonywane były/są po przekazaniu informacji w obecności matki. Fakt ten nie był odnotowywany w dokumentacji pacjenta.*

(akta kontroli str. 854-864, 947, 1818)

Położna Oddziałowa oświadczyła: *Wśród noworodków, których dokumentację analizowano (...) nie wystąpił przypadek stwierdzenia podczas badania zaburzeń mogących stanowić zagrożenie życia i zdrowia, w wyniku którego podjęto decyzję o niezwłocznym przekazaniu do oddziału patologii noworodka, adekwatnym do jego potrzeb zdrowotnych.*

(akta kontroli str. 871)

2.7. W sprawie sposobu przekazywania matkom informacji o korzyściach wynikających z naturalnego karmienia, Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Głównym sposobem przekazywania informacji matkom o korzyściach wynikających z naturalnego karmienia jest ich edukacja przez wykwalifikowany, ciągle aktualizujący swoją wiedzę personel. W bieżącym roku 20 położnych z Oddziałów Neonatologicznego i Poł.-Gin. ukończyło kurs specjalistyczny „Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji”. W Oddziale Poł.-Gin. pracuje położna-doradca laktacyjny edukująca i wspierająca pacjentki. Oddziały Neonatologiczny i Poł.-Gin. organizują „Dni otwarte”, podczas których zaproszone kobiety ciężarne i ich partnerzy edukowani są na temat korzyści płynących z karmienia wyłącznie piersią. Każdej pacjentce wręczany jest poradnik „Karmienie piersią”. opracowany przez Fundację PRO-FAMILIA, wydany pod patronatem Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.*

(akta kontroli str. 1069-1070)

Spośród 30 pacjentek, których dokumentacja poddana została analizie, 29 otrzymało w Szpitalu instruktaż prawidłowego przystawiania noworodka do piersi, w tym instruktaż ręcznego uzyskiwania pokarmu. Personel medyczny u ww. pacjentek w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka dokonywał bieżących obserwacji cech dobrego przystawiania i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. W przypadku jednego noworodka, którego matka nie wyraziła chęci karmienia ze względów zdrowotnych oraz w związku z zaleceniami zespołu neonatologicznego niekarmienia piersią, nie przeprowadzono takiego instruktażu oraz obserwacji.

Wszystkie pacjentki po urodzeniu dziecka, otrzymywały w PZOZ informacje na temat laktacji, w tym również o korzyściach i metodach karmienia piersią lub mlekiem kobiecym.

(akta kontroli str. 947-954, 1070, 1821)

W latach objętych kontrolą pacjentki Szpitala miały dostęp do sprzętu do uzyskiwania mleka, a na Oddziale Neonatologicznym znajdowała się lodówka do przechowywania pokarmu.

(akta kontroli str. 947-954, 1471)

Spośród noworodków, których dokumentacja poddana została analizie, 19 w Szpitalu podano mieszankę mleczną początkową, w tym: czterokrotnie wynikało to z decyzji matki oraz zaleceń lekarza, osiem razy podano mieszankę mleczną początkową na prośbę matki, pięć razy wynikało to z zaleceń lekarza. W jednej dokumentacji wskazano, że dokarmianie prowadzone ze względu na niski poziom glukozy we krwi oraz w jednym ze względu na niewystarczającą ilość pokarmu u matki. Każdorazowo podanie mieszanki mlecznej początkowej poprzedzone było uzyskaniem świadomej zgody matki. 11 noworodków karmionych było wyłącznie piersią lub mlekiem odciągany.

(akta kontroli str. 854-864)

Szpital nawiązał współpracę z bankiem mleka kobiecego (dalej: bank)¹²⁸. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie korzystano z mleka uzyskanego z banku.

(akta kontroli str. 613-644, 854-864, 1826-1842)

2.8. W wyniku analizy dokumentacji medycznej 10 pacjentek, które w latach 2022-2024, doświadczyły sytuacji szczególnych wymienionych w części XV ust. 1 Standardu opieki okołoporodowej¹²⁹ (dalej: sytuacja szczególna) ustalono, że:

- wszystkim pacjentkom, które wyraziły zgodę na rozmowę z psychologiem, w Szpitalu zapewniono taką pomoc; w jednym przypadku pomoc psychologiczna została udzielona w trzeciej dobie po urodzeniu martwego dziecka. Dyrektor wyjaśnił: (...) *Szpital nie zapewniał 24 godzinnego dostępu do psychologa (czego nie wymaga kontrakt z NFZ). Pacjentka urodziła w piątek i w pierwszym możliwym dniu roboczym był dostępny psycholog. Nadmieniam, iż podmiot leczniczy chce zachować wysokie standardy swoich usług w związku z czym od 01 sierpnia 2025 roku zapewnia 24-godzinną pomoc psychologa dla wszystkich pacjentów szpitala.;*
- każdorazowo pacjentka, po zaistnieniu sytuacji szczególnej, w PZOZ przebywała w podkomórce ginekologii Oddziału Poł.-Gin. Położny Oddziałowy oświadczył: (...) *Podczas pobytu zawsze zapewniana była intymność, a pacjentki w sytuacji szczególnej nie były umieszczane w salach z innymi pacjentkami w okresie ciąży, porożu, u których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Ponadto personel umieszcza takie pacjentki*

¹²⁸ Umowa Nr 20/MS/2024 zawarta w dniu 16 kwietnia 2024 r. w Lublinie na udostępnianie pasteryzowanego mleka kobiecego z Banku Mleka Kobiecego działającego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

¹²⁹ Dotyczy urodzenia martwego dziecka lub poronienia. W próbie uwzględniono ciążę od 12 tygodni.

w salach jednoosobowych, dodatkowo umożliwiając przebywanie osoby bliskiej przez całą dobę celem wsparcia emocjonalnego. W sytuacji braku dostępności do sali jednoosobowej, pacjentka w sytuacji szczególnej umieszczana była w sali wieloosobowej sama lub z inną pacjentką w takiej samej sytuacji.;

- w jednej dokumentacji wskazano informacje o poronieniu we wczesnym etapie ciąży oraz o przekazaniu ciała do badań histopatologicznych, a w dokumentacji pięciu – nie było danych o pożegnaniu oraz o informowaniu o możliwości pożegnania z dzieckiem. Dyrektor wyjaśnił: (...) *każdorazowo personel umożliwiał pacjentkom pożegnanie się z dzieckiem, jednak ten fakt nie był odnotowywany w dokumentacji medycznej. Powyższe wynikało z niedopatrzenia personelu.*;
- wszystkie ciała odebrane zostały z Prosektorium Szpitala przez firmy pogrzebowe, w tym jedno na zlecenie Centrum Usług Społecznych;
- czterem pacjentkom przekazano informację o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, jednej pacjentce sformułowano zalecenie terapii dla rodziców przechodzących żałobę po stracie dziecka, w dokumentacji jednej pacjentki odnotowano informację o konieczności konsultacji psychiatrycznej przy dłuższej utrzymujących się zaburzeniach emocjonalnych oraz w przypadku jednej pacjentki, która doznała sytuacji szczególnej we wczesnym etapie ciąży zawarto informację o braku konieczności wsparcia psychicznego. W przypadku pozostałych trzech pacjentek, w dokumentacji medycznej brak było informacji o przekazaniu takich informacji. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: (...) *pacjentki zostały poinformowane o możliwości otrzymania pomocy psychologa, jednak jako czynności pozamedyczne nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej.*;
- wszystkie pacjentki informowane były o możliwości pochówku utraconego dziecka; dokumentacja medyczna jednej pacjentki nie zawierała oświadczenia o sposobie pochówku zwłok noworodka martwo urodzonego lub płodu. Dyrektor wyjaśnił: *Każda pacjentka zgodnie z procedurą PM-29, otrzymuje komplet dokumentów do wypełnienia, w tym również „oświadczenie o sposobie pochówku zwłok noworodka martwo urodzonego lub płodu”. O fakcie, że procedura została włączona świadczą inne dokumenty z tej samej procedury zawarte w dokumentacji. Nie jest możliwe zakończenie procedury bez posiadania przez personel tego dokumentu (w zależności od decyzji należy poinformować CUS lub pochówek w zakresie rodziców), jego brak wynika prawdopodobnie z jego zagubienia, niedołączenia do kompletu dokumentacji lub niezyskania zwrotu od pacjentki.*

(akta kontroli str. 502-511, 645-648, 841-842, 1825, 1843)

W kwestii informowania pacjentek o przysługujących prawach wynikających z szczególnej sytuacji, Dyrektor wyjaśnił: *Każda pacjentka doświadczająca sytuacji szczególnej zgodnie z procedurą PM-OGP-04 otrzymuje załącznik nr 2 do tej procedury „informacja dla pacjentki i rodziców”, w której jest kompletna informacja*

o przysługujących prawach wynikających z sytuacji szczególnych oraz informacja dotycząca grup wsparcia dla kobiet.

(akta kontroli str. 842)

W Szpitalu nie prowadzono Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium, a w prowadzonym Protokole wydania/odbioru zwłok z Prosektorium PZOZ Starachowice, nie odnotowywano części danych, co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 645-648)

2.9. W sprawie najistotniejszych problemów jakie napotkano w Szpitalu w sprawowaniu opieki okołoporodowej Dyrektor wyjaśnił: *Najistotniejsze problemy w sprawowaniu opieki okołoporodowej to bardzo wysokie wymagania NFZ. Ponadto nadkładane przez różne instytucje obowiązki statystyczne i sprawozdawcze oraz konieczność ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług przy jednoczesnym braku środków na ww. zadania. (...)*

Kierownik Oddziału Neonatologicznego wskazała, że najczęstszy problem stanowią oczekiwania matki co do karmienia noworodka.

Zdaniem Kierownik Oddziału Poł.-Gin. (...) *najbardziej nurtującymi problemami w Szpitalu w sprawowaniu opieki okołoporodowej są: nieprawidłowe prace w poradniach ginekologicznych w terenie skąd pacjentki trafiające do szpitala wymagają szeregu badań i konsultacji, które wcześniej powinny być wykonywane przy pacjentkach zgodnie z rekomendacjami NFZ, niewystarczające, a wręcz rażąco zbyt niskie finansowanie procedur szpitalnych (...) problemy z niejednorodnym systemem informatycznym w procedurach NFZ, skąd wynika konieczność powielania niektórych badań (...), kolejny problem to problemy kadrowe, wynikający z „dziury pokoleniowej” w kształceniu kadr medycznych wysoko wykwalifikowanych. Wynika też z tego częsta zmiana osób pracujących, które są zatrudnione w wielu placówkach medycznych celem dopełnienia grafików pracy.*

Zdaniem Położnego Oddziałowego (...) *jest zbyt małe przeszkolenie w zakresie rozmów z rodzicami w sytuacjach szczególnych takich jak poronienia, martwe urodzenie itp. (...) Kolejnym problemem jest bardzo słabe przygotowanie pacjentek przedporodowe pod kątem edukacji do macierzyństwa co przekłada się na problemy laktacyjne oraz częste problemy psychologiczne związane z nową rolą rodzica.*

Położna Oddziałowa wskazała na problemy związane z edukacją przedporodową z zakresu laktacji oraz na znaczenie żywienia noworodka.

Cztery z pięciu położnych wyjaśniło, że nie napotkały istotnych problemów związanych ze sprawowaniem opieki okołoporodowej. Jedna położna wskazała, że do najważniejszych należą w szczególności: [1] braki w przygotowaniu pacjentek do porodu i połogu; [2] niski poziom świadomości prozdrowotnej; [3] problemy socjalne i psychologiczne; [4] bariery językowe i kulturowe, które mają charakter zewnętrzny względem organizacji pracy oddziału i wynikają z indywidualnej sytuacji pacjentek.

(akta kontroli str. 755, 770-773, 777-779, 801, 838, 843)

Ponadto Dyrektor wyjaśnił: *Wśród zidentyfikowanych problemów występujących w Szpitalu podczas sprawowania opieki okołoporodowej nie wystąpiły problemy*

dotyczące konieczności ponoszenia przez Szpital pełnej odpłatności za zakup szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla kobiet przebywających w PZOZ z uwagi na zagrożenie ciąży pomiędzy 32 a 36 tygodniem. Natomiast istnieje problem braku środków finansowych na wymianę łóżek szpitalnych (w Oddziałach Położniczo-Ginekologicznym z Salą Porodową i Neonatologicznym). Ponadto nadmieniam, że zarówno Fundusz Medyczny jak i KPO nie przewidują środków z przeznaczeniem na finansowanie potrzeb przedmiotowych komórek organizacyjnych. (...)

(akta kontroli str. 838-839)

W kwestii pozostawiania noworodka przez matkę w PZOZ Dyrektor wyjaśnił: W latach 2022-2025 I półrocze wystąpiły przypadki pozostawiania noworodka przez matkę w szpitalu. Statystyki w tym zakresie mi są prowadzone zarówno w zakresie ilości jaki i dni. W takiej sytuacji podmiot leczniczy zgłasza zgodnie z przepisami prawa do odpowiednich organów w tym Sądu, Ośrodka Pomocy Społecznej, które to dalej procedują sprawę. Podmiot leczniczy posiada niezbędne warunki do zapewnienia opieki nad dzieckiem. Rozliczenie takich świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia następuje zgodnie z JGP.

(akta kontroli str. 840)

2.10. W latach 2022-2025 (I półrocze) do Szpitala wpłynęły cztery skargi dotyczące Oddziału Poł.-Gin. i Oddziału Neonatologicznego, z których trzy dotyczyły opieki okołoporodowej. Problematyka poruszana w skargach obejmowała zagadnienia dotyczące: nieodpowiedniego zachowania personelu medycznego (niestosowne komentarze, brak empatii, nienależyte wykonywanie obowiązków) oraz sposobu odbioru wyników badań medycznych. Dyrekcja Szpitala każdorazowo po otrzymaniu skargi podejmowała czynności wyjaśniające, w tym uzyskiwała stosowne wyjaśnienia od personelu medycznego. Wszystkie skargi zostały rozpoznane w terminie określonym w art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹³⁰ tj. nie później niż w ciągu miesiąca.

(akta kontroli str. 1628-1681)

W latach 2022-2025 (I półrocze) do Świętokrzyskiego Oddziału NFZ nie wpłynęła żadna skarga dotycząca świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, udzielanych przez PZOZ.

(akta kontroli str. 1626)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 11 z 30 dokumentacji medycznych poddanych analizie brak było zgód pacjentek na realizację określonych procedur medycznych, pomimo że zgody takie były w Szpitalu uzyskiwane, co było działaniem nierzetelnym. Powyższe dotyczyło:
 - w jednym przypadku nie uzyskano zgody na podanie Entonoxu;
 - w sześciu na nacięcie krocza;
 - po dwa przypadki: przeprowadzenia amniotomii i podanie oxytocyny.

¹³⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 572, ze zm.

Ponadto w jednym przypadku nie uzyskano zgody pacjentki na operacyjne rozwiązanie ciąży w drodze cesarskiego cięcia, co stanowiło naruszenie wytycznych określonych w Procedurze Systemu Zarządzania Jakością PM-15 *Zasady uzyskiwania zgody na świadczenia zdrowotne wykonywane w PZOZ w Starachowicach*, w której zabieg operacyjny stanowił procedurę medyczną wymagającą świadomej, pisemnej zgody pacjenta lub innej osoby uprawnionej do wyrażenia zgody.

(akta kontroli str. 662, 670-671, 679-680, 688-689, 694, 947-954)

Dyrektor wyjaśnił: (...) *zgoda na wskazane w przedmiotowym piśmie zastosowania nie jest wymagana przepisami prawa, ani obowiązującymi w podmiocie leczniczym procedurami. Co do zasady są to jednak zgody ustne lub domniemane (zgody z planu porodu) z zastrzeżeniem, że w przypadku cięcia cesarskiego brak zgody wynika z niedopatrzenia lekarza prowadzącego.*

(akta kontroli str. 996)

NIK zauważa, że brak konsekwencji w zakresie pozyskiwania i dokumentowania uzyskiwania zgód pacjentek na realizację procedur medycznych, może być podstawą do roszczeń odszkodowawczych w przypadku m.in. powikłań powstałych w wyniku zastosowania tych procedur.

2. Dokumentacja medyczna pacjentek Oddziału Poł.-Gin. nie była ponumerowana. Powyższe stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej zgodnie z którym strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

(akta kontroli str. 947-954, 991)

Kierownik ds. Kontraktowania wyjaśnił: (...) *brak numerowania dokumentacji medycznej pacjentów wynikał z problemów organizacyjnych, kompetencyjnych oraz kadrowych. Historie na w/w oddziałach były numerowane do 2021 roku przez pracowników ruchu chorych (podległej mi komórki). Po zmniejszeniu obsady osobowej komórki z 3 do 2 osób (przejście pracownika na emeryturę), zaprzestano numerowania stron w tych historiach co było spowodowane zwiększonym zakresem obowiązków pozostałych pracowników komórki. (...)*

(akta kontroli str. 1004)

3. Spośród 21 kart obserwacji porodu, które objęto analizą, 12 wypełniono nierzetelnie, gdyż nie zawarto części wymaganych informacji, tj.:

- w jednym przypadku – daty i godziny bóli partych, informacji o rozwarciu;
- w dwóch przypadkach – wymiarów miednicy, daty i godziny pierwszych skurczy porodowych, godziny odpływu wód, informacji o krwawieniu, ciśnieniu krwi, ciepłoty ciała, daty i godziny porodu, napięciu miednicy, odczuwaniu bólu, części przodującej;
- w trzech przypadkach – podpisu kontrolującego, tętnie rodzącej, położeniu płodu;
- w czterech przypadkach – informacji dotyczącej pęcherza płodowego, czasie trwania porodu;

- w pięciu przypadkach – informacji o tętnie płodu;
- w dziewięciu przypadkach – ustawieniu płodu, ułożeniu główki.

(akta kontroli str. 947-954, 1068)

Dyrektor wyjaśnił, że brak podpisu kontrolującego wynika z niedopatrzenia lekarza prowadzącego poród.

(akta kontroli str. 1818)

Położne Oddziału Poł.-Gin. wyjaśniły, że przyczynami braku odnotowania kompletnych informacji w karcie obserwacji porodu było, m.in: [1] niedopatrzenie i przeoczenie w trakcie wypełniania; [2] zwiększone obciążenie w czasie porodu; [3] duże ilości obowiązków w trakcie dyżuru; [4] konieczność ścisłego nadzoru nad pacjentką celem zapewnienia bezpieczeństwa rodzącej i dziecku; [5] dynamika porodu. Trzy położne wyjaśniły, że nie pamiętają przyczyn braku informacji w kartach obserwacji porodu.

(akta kontroli str. 1000, 1005-1007, 1068-1067)

4. Dokumentacja medyczna sześciu z 21 pacjentek, które urodziły siłami natury, nie zawierała rzetelnych informacji dotyczących kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”, ponieważ:

- w czterech przypadkach pomimo zamieszczonej informacji o kontakcie noworodka z matką „skóra do skóry”, nie wskazano informacji o czasie trwania tego kontaktu;
- w dwóch przypadkach w dokumentacji medycznej wpisu o zapewnieniu dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” dokonano przed jego faktyczną realizacją, odpowiednio: po 37 minutach oraz 1 godzinie i 54 minutach od urodzenia dzieci.

(akta kontroli str. 854-864)

Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Fakt odnotowania w dokumentacji pacjentów kontaktu „skóra do skóry” i brak zapisu o zaistnieniu sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki i noworodka świadczy o tym, iż kontakt „skóra do skóry” trwał dwie godziny. (...) Ponieważ czas pobytu pacjentek o wymienionych ID jest odległy, ciężko ustalić przyczynę przytoczonych zapisów. Personel błędnie dokonał odnotowania czasu trwania kontaktu dziecka „skóra do skóry” trwający dwie godziny przed upływem dwóch godzin.*

(akta kontroli str. 1069)

5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie prowadzono *Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium*, co stanowiło naruszenie punktu 8.11 Procedury Systemu Zarządzania Jakością PM-29 *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta*. Zgodnie z ww. punktem pracownicy prosektorium do prowadzonego *Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium* wpisują dane zmarłego i pozostałe informacje.

(akta kontroli str. 456, 462, 468, 478, 484, 494, 762, 780)

Odpowiedzialność za niedopełnienie obowiązków prowadzenia ww. Rejestru ponosi Koordynator ds. prosektoryjnych Zakładu Patomorfologii Szpitala¹³¹, który wyjaśnił: *W latach 2022-2025 Rejestr przyjęcia/wydania zwłok do/z prosektorium nie był prowadzony, wynikało to ze złego zrozumienia, błędnego zapoznania się z procedurą PM29. Wszystkie niezbędne dane dotyczące osób zmarłych w szpitalu (imię nazwisko i pozostałe informacje) prowadzono w Protokole wydania/odbioru zwłok z Prosektorium.*

(akta kontroli str. 802)

Dyrektor wyjaśnił: *Rejestr przyjęcia/odbioru zwłok do/z prosektorium nie był prowadzony gdyż wszystkie niezbędne w nim informacje zawierał protokół wydania/odbioru zwłok z prosektorium będący załącznikiem do procedury PM-29. Przedmiotowy rejestr nie stanowił kluczowego dokumentu w procesie uwiarygodniania przyjęcia zwłok i dlatego nie był stosowany oraz wymagany do stosowania od pracownika prosektorium. Praktyka zweryfikowała brak zasadności wypełniania tego formularza w związku z tym przy najbliższej aktualizacji procedury PM-29 zostanie on wycofany.*

(akta kontroli str. 840)

Wyjaśnienia Dyrektora nie zasługują na uwzględnienie ponieważ wymóg prowadzenia *Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium* jednoznacznie wynika z Procedury Systemu Zarządzania Jakością PM-29 *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta*.

(akta kontroli str. 456, 462, 468, 478, 484, 494)

6. W dziewięciu z 10 przypadków odbioru zwłok dziecka z Prosektorium Szpitala w *Protokole wydania/odbioru zwłok z Prosektorium PZOZ Starachowice*, nie odnotowano danych personalnych (imię i nazwisko) osoby odbierającej oraz we wszystkich 10 nie odnotowano nr dowodu tożsamości tej osoby, co było działaniem nierzetelnym. We wzorze *Protokołu wydania/odbioru zwłok z Prosektorium PZOZ Starachowice* wyszczególniono takie dane do wprowadzania. Ponadto zgodnie z punktem 8.17 Procedury Systemu Zarządzania Jakością PM-29 *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta*, fakt odebrania zwłok z Prosektorium osoba odbierająca ciało zmarłego potwierdza własnoręcznym, czytelnym podpisem w tym dokumencie, co stanowiło naruszenie tych wytycznych.

(akta kontroli str. 456, 463, 470, 478, 485, 492, 502-511)

Dyrektor wyjaśnił: *Przedmiotowe braki wynikają z niedopatrzenia pracownika. (...)*

(akta kontroli str. 802)

Koordynator wyjaśnił: *W protokole wydania odbioru zwłok z Prosektorium nie umieszczono danych personalnych osób odbierających ponieważ odbiór jest prowadzony cyklicznie przez te same osoby, które są znane a istotną informacją jest nazwa firmy pogrzebowej, która zgłasza się po odbiór.*

(akta kontroli str. 802)

¹³¹ Dalej: Koordynator.

7. Do dokumentacji medycznej 10¹³² z 30 pacjentek nie załączono oświadczenia o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz nie odnotowano informacji o uzyskaniu ustnej zgody pacjentki.

(akta kontroli str. 947, 952-954)

Dyrektor wyjaśnił: (...) *personel medyczny zawsze odbiera zgody od pacjentów w formie ustnej oraz potwierdzone w dokumentacji medycznej, jednak w tym przypadkach ww. wymagało interwencji serwisu, który zrobił aktualizację systemu w maju 2023 roku. (...)*

Ponadto Dyrektor wyjaśnił: (...) *w ww. przypadkach każdorazowo była odbierana od pacjentek ustna zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Natomiast nie była ona odnotowana w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 996, 1825)

NIK nie neguje zasadności uzyskiwania ustnych zgód pacjentek, jednakże zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oświadczenie pacjenta złożone w inny sposób niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³³, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

W związku z tym, że w latach 2023-2024, w Szpitalu uzyskiwano pisemne oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 947-954, 996)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przyjmowanie pacjentek do porodu odbywało się zgodnie ze Standardami opieki okołoporodowej. W PZOZ pacjentkom zapewniano różne formy łagodzenia bólu porodowego, a po porodzie przekazywano informacje o korzyściach wynikających z naturalnego karmienia oraz udzielano instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Pacjentkom w sytuacjach szczególnych zapewniano właściwą opiekę, zgodnie z obowiązującymi Standardami. W Szpitalu nie zawsze jednak dokumentowano uzyskiwanie zgód pacjentek na realizację niektórych procedur medycznych i na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Ponadto nierzetelnie prowadzono dokumentację medyczną pacjentek i noworodków, w szczególności w zakresie odnotowywania informacji o kontakcie „skóra do skóry”, karty obserwacji porodu nie zawierały części wymaganych informacji, zaś dokumentacja medyczna pacjentek nie była numerowana. Ponadto w Szpitalu nie dopełniono obowiązku prowadzenia Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium, a Protokół wydania/odbioru zwłok z Prosektorium PZOZ Starachowice prowadzony był nierzetelnie.

¹³² Dotyczy dokumentacji medycznych pacjentek, które urodziły w 2022 r.

¹³³ Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm.

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. Zapoznanie personelu medycznego Oddziałów Neonatologicznego, Poł.-Gin. i Anestezjologii z procedurami dotyczącymi opieki okołoporodowej.
 2. Opracowanie trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego w sposób w pełni zgodny z wymogami określonymi w Standardzie opieki okołoporodowej.
 3. Wprowadzenie przez Szpital mechanizmów zapewniających systematyczną aktualizację przekazywanych do NFZ danych dotyczących osób udzielających świadczeń i sprzętu.
 4. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez zbyt długi okres świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych.
 5. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków wykonywania przeglądów okresowych sprzętu medycznego po upływie terminu następnego badania.
 6. Podjęcie działań w celu dostosowania co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych na Oddziale Poł.-Gin. dla potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
 7. Wprowadzenie skutecznych mechanizmów organizacyjnych gwarantujących uzyskiwanie zgód pacjentek na realizację procedur medycznych.
 8. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających prowadzenie obowiązku numerowania dokumentacji medycznej oraz uzupełnienie numeracji stron w dotychczasowej dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału Poł.-Gin.
 9. Wprowadzenie skutecznych mechanizmów zapewniających rzetelne prowadzenie kart obserwacji porodu.
 10. Rzetelne odnotowywanie w dokumentacji medycznej przebiegu kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”.
 11. Prowadzenie Rejestru przyjęcia/odbioru zwłok do/z Prosektorium zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.
 12. Odnotowanie w dokumentacji wewnętrznej Szpitala kompletnych danych personalnych osób odbierających zwłoki.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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, 13 października 2025 r.

Mariusz Jedynek
Specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

/podpisano elektronicznie/