



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.02.2020

**Pan**  
**Mariusz Furlepa**  
**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego**  
**Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łukowie**

ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3  
21-400 Łuków

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/20/063 - Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

llu@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie (dalej: SP ZOZ lub Szpital), ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3, 21-400 Łuków
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariusz Furlepa, Dyrektor od 24 października 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Władysław Kobielski, Dyrektor od 1 stycznia 2016 r. do 23 października 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie<sup>1</sup>.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, mających wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Katarzyna Osiak, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/15/2020 z 15 stycznia 2020 r. oraz nr LLU/78/2020 z 16 czerwca 2020 r. (akta kontroli tom I, str. 1-2)

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą SP ZOZ w Łukowie był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu. Zapewnione zostały warunki organizacyjne, kadrowe i sprzętowe dla drugiego poziomu referencyjnego określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>4</sup>. Wdrożono wewnętrzne procedury mające na celu określenie sposobu postępowania w odniesieniu do diagnostyki i terapii pacjentek w zakresie opieki okołoporodowej oraz opracowano zasady szczególne w przypadku dzieci martwo urodzonych. Opieka nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych oparta była na opracowanych w lipcu 2017 r., z inicjatywy Wojewody Lubelskiego, Rekomendacjach postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego – „Niekorzystne zakończenie ciąży”. Pacjentkom zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez psychologów zatrudnionych w Szpitalu. Kobietom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu, przekazywano specjalnie opracowaną w 2020 r. broszurę „Prawa

<sup>1</sup> Należy przez to rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

pacjentek po stracie dziecka”, w której informowano o obowiązującym stanie prawnym wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy w związku z sytuacją, w jakiej się znalazły. Na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Patologii Ciąży wyodrębniono pomieszczenie, w którym pacjentki miały możliwość pożegnania się z dzieckiem. Dokumentacja medyczna pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, jakie świadczenia zlecono pacjentce, które świadczenia zrealizowano i czy pacjentka wyraziła na nie zgodę.

Stwierdzono jednak, że pięciu lekarzom zatrudnionym na podstawie umów o pracę nie zapewniono 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku bezpośrednio po zakończonym dyżurze, czym naruszono przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>5</sup>. Ustalono również, że trzech lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w 84 przypadkach wykonywało czynności zawodowe nieprzerwanie przez okres powyżej 24 godzin, co mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom. Stwierdzono ponadto, że:

- przeglądów aparatury i sprzętu medycznego dokonywano z naruszeniem terminów wynikających z instrukcji używania oraz zaleceń podmiotów wykonujących czynności serwisowe,
- pokoje łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem” były przeznaczone dla czterech matek, podczas, gdy zgodnie z ust. 1 pkt 1 części III załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>6</sup>, mogły być przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka,
- nie aktualizowano na bieżąco danych o potencjale wykonawczym (zatrudnieniu bądź ustaniu zatrudnienia lekarzy udzielających świadczeń), przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>7</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu zadania w zakresie opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło krótko po porodzie były realizowane w Zakładzie Lecznictwa Szpitalnego, na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Patologii Ciąży (dalej: Oddział), drugiego stopnia referencyjności. Na Oddziale wyodrębniono izbę przyjęć, trakt porodowy, odcinek ginekologiczny oraz odcinek położniczy. Pacjentki w sytuacjach szczególnych<sup>8</sup> były hospitalizowane na odcinku ginekologicznym Oddziału. SP ZOZ w ramach odrębnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) świadczył koordynowaną opiekę nad kobietą

<sup>5</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 595, dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań.

<sup>7</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>8</sup> Sytuacje szczególne – rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi; wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756).

w ciąży, podczas porodu i położu na II poziomie opieki perinatalnej (KOC).

(akta kontroli tom I str. 3-16)

Liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wynosiła 904 w 2017 r. (w tym dwa przypadki zgonów do szóstej doby życia), 756 w 2018 r. oraz 636 w 2019 r. (w tym jeden przypadek zgonu do szóstej doby życia). W analogicznym okresie liczba noworodków martwo urodzonych i poronień wynosiła odpowiednio: 163 (w tym trzy przypadki martwych urodzeń), 110 (w tym dwa przypadki martwych urodzeń) oraz 115 (w tym dwa przypadki martwych urodzeń). W stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych, liczba sytuacji szczególnych w 2017 i 2019 r. wynosiła 18%, natomiast w 2018 r. 14,5%. Najczęstszą przyczyną poronień w latach 2017-2019 było obumarcie wewnątrzmaciczne do 16 tygodnia ciąży.

(akta kontroli tom I str. 18-21)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w latach 2017-2020 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zgodnie z przedstawionymi dokumentami, minimalna norma zatrudnienia na Oddziale wynosiła 19 położnych w latach 2017–2018, 41 w 2019 r. oraz 39,5 w 2020 r.<sup>9</sup> W 2020 r. do wyliczenia norm przyjęto 35 łóżek zamiast 38. Według przedłożonych do kontroli dokumentów, SP ZOZ ustalił normy zatrudnienia pielęgniarek odrębnie dla Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Patologii Ciąży oraz dla Oddziału Neonatologicznego. Normy zatrudnienia położnych dla Oddziału położniczo-ginekologicznego drugiego poziomu referencyjnego, wynikające z załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz załącznika nr 3a zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie KOC<sup>10</sup> zostały spełnione.

(akta kontroli tom I str. 22, 36-40)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w związku z tym, że SP ZOZ w Łukowie realizuje świadczenia skoordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II poziomie opieki perinatalnej organizacyjnie musi łączyć opiekę kobiety ciężarnej z opieką noworodka, dlatego też normy pielęgniarek i położnych należy liczyć łącznie w oddziale położniczo-ginekologicznym oraz neonatologicznym. W 2020 r., wymagana przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, liczba etatów pielęgniarek i położnych w obydwu oddziałach szpitalnych wynosiła 46,56, natomiast liczba posiadanych etatów wynosiła 49. Przeprowadzona analiza wykazała, iż SP ZOZ spełniał wymagania zarówno w 2019 r. i w 2020 r. Ponadto w wykazie wyliczenia norm zatrudnienia położnych na 2020 r. zaistniał błąd pisarski.

(akta kontroli tom II str. 205-208, 250-255)

Stan zatrudnienia na Oddziale, w wybranych do próby kontrolnej miesiącach<sup>11</sup>, przedstawiał się następująco:

- w lipcu i październiku 2017 r. zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 30 położnych (w tym pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i jedna w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz sześciu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii),
- w lipcu i październiku 2018 r. zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 30 położnych (w tym pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i jedna w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz pięciu lekarzy

<sup>9</sup> Szpital posiadał w 2019 r. 35 łóżek, 10 łóżeczek w systemie „matka z dzieckiem” oraz 3 łóżka na sali porodowej, w 2020 r. 38 łóżek, 19 łóżeczek w systemie „matka z dzieckiem” oraz 3 łóżka na sali porodowej.

<sup>10</sup> W latach 2019 - 2020 (do dnia zakończenia kontroli) obowiązywały zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia skoordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem": nr 30/2018/DSOZ z 30.03.2018 r., nr 49/2019/DSOZ z dnia 6.05.2019 r. oraz nr 178/2019/DSOZ z dnia 31.12.2019 r.

<sup>11</sup> Do próby kontrolnej wybrano sześć miesięcy: lipiec i październik w latach 2017, 2018 i 2019.

- (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii),
- w lipcu 2019 r. na podstawie umowy o pracę było zatrudnionych 31 położnych<sup>12</sup> (w tym dziewięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, jedna w zakresie pielęgniarstwa położniczego oraz osiem w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego) oraz pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii),
  - w październiku 2019 r. zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 30 położnych<sup>13</sup> (w tym dziewięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, jedna w zakresie pielęgniarstwa położniczego oraz osiem w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego) oraz pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii).

Na Oddziale zatrudniano również lekarzy i położne w ramach umów cywilnoprawnych. W lipcu 2017 r. na podstawie umowy cywilnoprawnej pracę świadczyło sześciu lekarzy (w tym trzech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii), w październiku 2017 r. - pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii). W lipcu 2018 r. na podstawie umowy cywilnoprawnej pracę świadczyło pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii), w październiku 2018 r. - jedna położna i sześciu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii). W lipcu 2019 r. na podstawie umowy cywilnoprawnej pracę świadczyło pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii) i dwie położne, a w październiku 2019 r. sześciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii) i dwie położne. Nie zawierano umów cywilnoprawnych z pracownikami zatrudnionymi w ramach umowy o pracę.

SP ZOZ zapewnił odpowiednią liczbę lekarzy wymaganą dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. We wszystkie dni tygodnia zapewniono dwóch lekarzy oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Lekarze pełniący dyżury mieli wymagane przez NFZ stopnie specjalizacji<sup>14</sup>. Został spełniony warunek obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii<sup>15</sup> w lokalizacji. Zapewniono także odpowiednią liczbę położnych, w tym ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.

(akta kontroli tom I str. 24-35, 47-349)

Świadczenia na Oddziale, objęte przedmiotem umowy z LOW NFZ, były udzielane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. Zmiany w „Harmonogramie - zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy z NFZ, dotyczące personelu medycznego udzielającego świadczeń były jednak zgłaszane nieterminowo. W konsekwencji wystąpiły przypadki udzielania świadczeń na Oddziale przez lekarzy niezgłoszonych do NFZ.

<sup>12</sup> Jedna położna przebywała na urlopie rodzicielskim.

<sup>13</sup> Jedna położna przebywała na urlopie macierzyńskim.

<sup>14</sup> SP ZOZ w Łukowie zapewniał również odpowiednią liczbę lekarzy wymaganą w ramach odrębnej umowy z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, podczas porodu i pólgu na II poziomie opieki perinatalnej (KOC). Lekarze – równoważnik co najmniej siedmiu etatów lekarzy, w tym co najmniej czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wymagania zostały określone w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie KOC. Zarządzenia nr 30/2018/DSOZ z 30.03.2018 r., nr 49/2019/DSOZ z 6.05.2019 r. oraz nr 178/2019/DSOZ z 31.12.2019 r.

<sup>15</sup> SP ZOZ w Łukowie posiada Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy w miesiącach objętych szczegółowym badaniem wykazała, że przestrzegano przepisów art. 93-96 ustawy o działalności leczniczej. Stwierdzono jednak naruszenia art. 97 ust. 1 i 2 ww. ustawy. Pięciu pracownikom (lekarzom) pełniącym dyżur medyczny nie zapewniono 11 godzinnego, nieprzerwanego okresu odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Ponadto w przypadku trzech lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych stwierdzono wielokrotne świadczenie pracy nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny. Listy obecności personelu medycznego nie były zgodne z grafikiem czasu pracy lekarzy i położnych. Stwierdzono przypadki niepotwierdzenia na liście obecności pełnienia dyżuru przez lekarzy oraz omyłkowe podpisanie listy obecności przez położne w dniu zdawania dyżuru.

(akta kontroli tom I str. 47-349)

Dyrektor wyjaśnił, że niezgodność list obecności z grafikiem czasu pracy wynikała z niedopełnienia obowiązku przez pracowników, którzy zostali pouczeni w zakresie potwierdzania przybycia do pracy na liście obecności. Położna oddziałowa przeprowadziła szkolenie z Regulaminu Pracy.

(akta kontroli tom II str. 67-69)

Kontrole inspekcji sanitarnej wykazały, że nie wszystkie pomieszczenia Oddziału odpowiadały wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej. Pokoje łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem” nie były przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka. Zespół porodowy nie posiadał śluzy umywalkowo-fartuchowej. Dnia 16.01.2018 r. Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie (dalej: LPWIS) wydał decyzję, którą nakazał SP ZOZ m.in.: *„zapewnić spełnienie wymogu dla oddziału położnictwa i neonatologii, urządzonego w systemie „matka z dzieckiem”, pokoje łóżkowe maksymalnie dla dwóch matek i dwóch noworodków, z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka”*. W protokole kontroli sprawdzającej z dnia 27.03.2019 r. LPWIS stwierdził wykonanie ww. obowiązku *„w ten sposób, że łóżka służące, jako „dostawki” zgromadzono w wydzielonej sali znajdującej się w obrębie oddziału”*.

Z wykazu sal Oddziału, sporządzonego przez położną oddziałową na potrzeby kontroli NIK, wynika, że Oddział nadal posiadał cztery pokoje w systemie „matka z dzieckiem”, każdy dla czterech pacjentek i noworodków, co było niezgodne z zaleceniami LPWIS. Zostało to potwierdzone w trakcie oględzin NIK przeprowadzonych w dniu 11.03.2020 r.

(akta kontroli tom I str. 40, 353-383, tom II str. 162-186)

Postanowieniem z dnia 13.04.2018 r. LPWIS wydał opinię, że brak śluzy umywalkowo-fartuchowej, przez którą wchodzi personel do zespołu porodowego, ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Jako rozwiązanie zastępcze przy wejściu na trakt porodowy zamontowano dozownik na preparat do higienicznej dezynfekcji rąk, oraz wydzielono część, w której znajdują się szafki z fartuchami, bielizną jednorazową, szafki dla pacjentek, obuwie na zmianę.

(akta kontroli tom I str. 384-414)

Trakt porodowy oraz sala operacyjna do cięć cesarskich wyposażone były w wentylację klimatyczną, posiadającą aktualne przeglądy serwisowe. Oddział wyposażony był w stosowny sprzęt i aparaturę medyczną. Zapewniono: kolposkop, osiem kardiogramów (dalej: ktg), dwa kardiomonitory, ultrasonograf (dalej: USG) oraz w lokalizacji szpitala dwa histeroskopy i laparoskop. W trakcie kontroli NIK sprzęt i aparatura medyczna będąca na wyposażeniu Oddziału

posiadała aktualne przeglądy techniczne. Jednak w okresie objętym kontrolą stwierdzono nieterminowe wykonywanie przeglądów technicznych w przypadku sześciu aparatów ktg, dwóch kardiomonitorów, histeroskopu, laparoskopu oraz elektrokardiografu, detektora tętna płodu, dwóch pomp infuzyjnych i pulsoksymetrów:

a) aparat ktg AVALON FM 20 PHILIPS, nr inwentarzowy T-1068/08 - data przeglądu technicznego w 2017 r. przypadała na dzień 7.07.2017 r., przeglądu dokonano 21.11.2017 r.<sup>16</sup>; termin kolejnego przeglądu wyznaczono na grudzień 2018 r., przegląd wykonano 10.03.2019 r.

b) aparat ktg, typ Agilent Seria 50A, nr inwentarzowy: 399/95 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 25.10.2017 r., przegląd wykonano 09.02.2018 r.<sup>17</sup>; kolejny termin przeglądu wyznaczono na kwiecień 2019 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

c) aparat ktg AVALON FM20, nr inwentarzowy: 1069/08 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 25.10.2017 r., przegląd wykonano 10.01.2018 r., wyznaczono termin następnego przeglądu na styczeń 2019 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

d) aparat ktg Agilent, nr inwentarzowy: 000639 - termin przeglądu w 2018 r. wyznaczono w kwietniu 2018 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

e) aparat ktg, Agilent, nr inwentarzowy: 000640 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 25.10.2017 r., przegląd wykonano 22.02.2018 r., wyznaczono następny termin przeglądu na marzec 2019 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

f) aparat ktg, typ: BFM-10, nr inwentarzowy: T-001234 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 7.07.2017 r., przegląd wykonano 22.01.2018 r., wyznaczono nowy termin przeglądu na styczeń 2019 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

g) dwa kardiomonitor, typ IMEC 7, nr inwentarzowy: 1746 oraz 1747.

Terminy przeglądów obu kardiomonitorów w 2017 r. przypadały na dzień 7.07.2017 r.<sup>18</sup>, przeglądy techniczne wykonano 27.09.2017 r., następne terminy przeglądów wyznaczono na wrzesień 2018 r., przeglądów dokonano 9.01.2019 r. W 2020 r. przeglądy były wykonane w terminie.

h) Histeroskop z oprzyrządowaniem, typ: HOPKINS II, nr inwentarzowy: 000796 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na styczeń 2017 r., przegląd wykonano 17.02.2017 r.

i) laparoskop, nr inwentarzowy: 000492 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na styczeń 2017 r., przegląd wykonano 17.02.2017 r.<sup>19</sup>

j) aparat EKG firmy ASPEL S.A, nr inwentarzowy 1041 - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 7.09.2017 r., przegląd okresowy wykonano 18.09.2017 r.<sup>20</sup>

k) ultradźwiękowy detektor tętna płodu firmy: Contec (nr seryjny SN/11AD040506) - data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 7.07.2017 r.,

<sup>16</sup> Dnia 13.07.2017 r. wykonano obsługę serwisową (naprawa) z uwagi na usterkę, zanikanie obrazu na ekranie. Nie badano wówczas pomiarów bezpieczeństwa oraz wykonano niepełny test funkcjonalny. Dnia 21.11.2017 r. podczas ponownej naprawy ktg wykonano przegląd.

<sup>17</sup> Wyznaczono termin następnego przeglądu na luty 2019 r., po naprawie w dniu 6.04.2018 r. wyznaczono termin przeglądu na kwiecień 2019 r.

<sup>18</sup> Paszport techniczny: 7.07.2016 r. – uruchomienie, testy, szkolenie, rozpoczęcie eksploatacji. Okres wymaganych przeglądów co 12 miesięcy.

<sup>19</sup> W 2020 r. nie wyznaczono kolejnego terminu przeglądu. Na dzień 28.02.2020 r. urządzenie nie nadaje się do użytkowania.

<sup>20</sup> We wrześniu 2017 r. aparat dopuszczono warunkowo do użytku (nieczytelny wydruk). Nowy termin przeglądu wyznaczono na wrzesień 2018 r. Przegląd wykonano 6.09.2018 r. – aparat znowu dopuszczony warunkowo do użytku. Zalecono wymianę drukarki. Nowy termin przeglądu: wrzesień 2019 r. Przegląd wykonano 5.09.2019 r. (aparat sprawny technicznie, bezpieczny w użytkowaniu), następny przegląd: wrzesień 2020 r.

przeгляд wykonano 22.01.2018 r., termin następnego przeglądu wyznaczono na styczeń 2019 r., przegląd wykonano 21.05.2019 r.

l) pompa infuzyjna objętościowa, typ PLUMA, nr inwentarzowy: 1212/11. Wg harmonogramu przeglądów i napraw data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 17.03.2017 r., przegląd wykonano 27.04.2017 r.

ł) pompa infuzyjna, firma Braun, nr fabryczny: 264565, nr inwentarzowy: 1534. Wg harmonogramu przeglądów i napraw data przeglądu w 2018 r. przypadała na styczeń 2018 r., przegląd wykonano 19.04.2018 r., następny termin przeglądu wyznaczono do 30.04.2019 r., przegląd wykonano 07.05.2019 r.

m) pulsoksymetr, model: Oxypleth, nr inwentarzowy: 000477. Wg harmonogramu przeglądów i napraw data przeglądu w 2017 r. przypadała na 25.10.2017 r., przegląd okresowy wykonano dopiero 9.01.2019 r.

n) pulsoksymetr, typ MASIMO, nr inwentarzowy: T 01266. Wg harmonogramu przeglądów i napraw data przeglądu w 2017 r. przypadała na dzień 14.11.2017 r., przegląd wykonano 9.01.2019 r.

(akta kontroli tom I str. 429-528)

W SP ZOZ wdrożone zostały wewnętrzne instrukcje i procedury mające na celu określenie sposobu postępowania w odniesieniu do diagnostyki i terapii pacjentek:

- Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne z pacjentką na Oddziale położniczo-ginekologicznym i patologii ciąży,
- Procedura postępowania z zakresu opieki medycznej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu, porógu oraz opieki nad noworodkiem na trakcie porodowym<sup>21</sup>,
- Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego,
- Sposób postępowania w przypadku procedur medycznych wymagających dodatkowej zgody pacjenta,
- Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta i ze zwłokami osób zmarłych oraz dzieci martwo urodzonych.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 46/2019 z dnia 10.07.2019 r. Dyrektor SPZOZ wprowadził do stosowania standard organizacyjny w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porógu oraz nad noworodkiem, który miał na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych. Zarządzenie, co do szczegółów odwołuje się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli tom I str. 17, 529-633; tom II str. 324-388)

W 2019 r., oprócz kontroli prowadzonych przez LPWIS, na Oddziale przeprowadzone były dwie kontrole. Lubelski Urząd Wojewódzki (dalej: LUW) w dniach 6-24.09.2019 r. przeprowadził kontrolę w zakresie „Organizacji opieki medycznej nad kobietą i noworodkiem ze szczególnym uwzględnieniem opieki okołoporodowej”. W trakcie kontroli stwierdzono m.in., że pokoje łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem” nie są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków (cztery pokoje/czterolóżkowe) oraz brak śluzu umywalkowo-fartuchowej na trakcie porodowym<sup>22</sup>. Wojewódzki Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, z upoważnienia Wojewody Lubelskiego, przeprowadził kontrolę w dniu 17.06.2019 r. w zakresie

<sup>21</sup> Procedura wycofana w 2019 r. z uwagi na zarządzenie wewnętrzne nr 46/2019 z dnia 10.07.2019 r.

<sup>22</sup> Inne nieprawidłowości w zakresie posiadanych pomieszczeń dotyczyły braku w zespole porodowym pomieszczenia dla położnicy po porodzie powikłanym z możliwością obserwacji, braku izolatki z odrębnym węzłem sanitarnym (w razie potrzeby izolacja pacjentki jest możliwa na sali jednorodowej), stwierdzono odpadający tynk na ścianach w pokojach przeznaczonych dla pacjentek po porodach septycznych. W trakcie kontroli NIK sale septyczne były w trakcie remontu, Oddział posiadał salę pooperacyjną z możliwością obserwacji za pomocą kamery.



dostępności do świadczeń zdrowotnych, w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego oraz kontroli wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny i efektywnego wykorzystania w realizacji zadań<sup>23</sup>.

Organizacja opieki medycznej nad kobietą i noworodkiem ze szczególnym uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej została oceniona przez LUW pozytywnie z uchybieniami. Zalecono zwiększenie bieżącego nadzoru nad prawidłową realizacją standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz dostosowanie do dnia 31.12.2021 r. pomieszczeń (w tym pokoi w systemie „matka z dzieckiem”) i urządzenia Oddziału do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(akta kontroli tom II str. 1-30, 191-193)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Zmiany w wykazie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w latach 2017-2020, stanowiącym załącznik do umowy z LOW NFZ nie były dokonywane w terminie określonym w § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>24</sup>, tj. najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie lub też, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Dotyczyło to niżej opisanych zmian zgłoszonych do LOW NFZ za pośrednictwem SZOI<sup>25</sup>:

- dwóch lekarzy, z którymi umowy zawarto od 1.01.2017 r. zgłoszono w dniu 28.03.2017 r. (87 dni po terminie),
- lekarza, z którym umowę zawarto od 4.01.2017 r. zgłoszono 9.01.2017 r. (6 dni po terminie),
- jednego z dwóch lekarzy, z którymi umowy zawarto 1.06.2017 r. zgłoszono w dniu 31.01.2018 r. (245 dni po terminie), a drugiego dopiero 4.01.2019 r. (583 dni po terminie),
- lekarza, z którym umowę zawarto 16.10.2019 r. zgłoszono 24.03.2020 r. (161 dni po terminie).

Opóźnienia te skutkowały udzielaniem świadczeń na Oddziale przez lekarzy niezgłoszonych do NFZ.

Z naruszeniem ww. przepisu zgłoszono do LOW NFZ również zakończenie pracy przez czterech lekarzy. W przypadku dwóch lekarzy umowy obowiązywały do 31.12.2017 r. oraz dwóch do 31.12.2018 r., a fakt ten został zgłoszony w dniu 4.01.2019 r., tj. odpowiednio 369 i cztery dni po terminie.

Dyrektor SP ZOZ w Łukowie wyjaśnił, że powyższa sytuacja miała miejsce z powodu braku płynności przekazywania informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi SP ZOZ, Działem Służb Pracowniczych a Działem Analiz i Rozliczeń, który jest odpowiedzialny za zamieszczanie zmian do umów z NFZ na portalu SZOI.

(akta kontroli tom II str. 64-76, 250-289, 450-510)

<sup>23</sup> Stwierdzono: brak wystarczającej liczby aparatów UDT, KTG oraz łóżek umożliwiających zmianę pozycji np. Trendelenburga i antyTrendelenburga; dokumentacja pielęgniarstwo/położnicza nie uwzględniała specyfiki oddziału ginekologiczno-położniczego, była wspólna dla pielęgniarek i położnych; w regulaminie organizacyjnym szpitala nie został określony sposób realizacji oraz dokumentowanie działań obejmujących ustalenie wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowanie.

<sup>24</sup> Dz.U. z 2020 r., poz. 320, ze zm.

<sup>25</sup> System Zarządzania Obiegiem Informacji, który służy do dwukierunkowej komunikacji LOW NFZ i podmiotami zewnętrznymi.

2. Pięciu lekarzom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, pełniącym dyżur medyczny, nie zapewniono 11 godzinnego, nieprzerwanego okresu odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego, czym naruszono przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. W przypadku jednego lekarza taka sytuacja wystąpiła czterokrotnie (3 i 26.07.2017 r., 6.10.2017 r., 23.10.2018 r.), w przypadku innego lekarza dwukrotnie (9.07.2019 r., 25.10.2019 r.), w przypadku trzech kolejnych lekarzy takie zdarzenie wystąpiło raz (17.07.2017 r., 10.10.2017 r., 5.07.2019 r.).

(akta kontroli tom I str. 68-69, 112, 117, 299, 320, 266, 275, tom II str. 65, 68)

3. We wszystkich miesiącach próby kontrolnej stwierdzono 84 przypadki świadczenia pracy nieprzerwanie przez długi okres<sup>26</sup>, przekraczający 24 godziny, przez trzech lekarzy, zatrudnionych w SP ZOZ w Łukowie na podstawie umów cywilnoprawnych.

Lekarz I, w dniach:

- a) 10-11, 26-27 lipca 2017 r. świadczył pracę po 29 godzin;
- b) 2-3, 18-19, 30-31 października 2017 r. po 29 godzin;
- c) 8-9, 24-25 października 2018 r. po 29 godzin oraz 22-23 października 2018 r. 30 godzin;
- d) 7-8, 14-15, 29-30 lipca 2019 r. po 29 godzin;
- e) 7-8, 13-14, 16-17, 21-22, 27-28 października 2019 r. po 29 godzin;

Lekarz II, w dniach:

- a) 3-4 lipca 2017 r. 27 godzin oraz 5-6, 9-10, 12-13, 17-18, 19-20, 23-24 lipca 2017 r. po 30 godzin;
- b) 1-2, 4-5, 11-12, 16-17, 25-26, 29-30 października 2017 r. po 30 godzin oraz 23-24 października 2017 r. 27 godzin;
- c) 9-10, 11-12, 15-16, 18-19 lipca 2018 r. po 30 godzin;
- d) 3-4, 7-8, 10-11, 14-15, 17-18 października 2018 r. po 30 godzin oraz 29-30 października 2018 r. 27 godzin 30 min.;
- e) 1-2 lipca 2019 r. 27 godzin 30 min. oraz 3-4, 17-18, 21-22, 24-25 lipca 2019 r. po 30 godzin;
- f) 2-3, 6-7, 9-10, 20-21, 23-24, 30-31 października 2019 r. po 30 godzin oraz 14-15 października 2019 r. 27 godzin 30 min.;

Lekarz III, w dniach:

- a) 4-5, 18-19 lipca 2017 r. po 30 godzin 25 min. oraz 6-7, 20-21, 27-28 lipca 2017 r. po 29 godzin 55 min.;
- b) 17-18, 24-25 października 2017 r. po 30 godzin 25 min. oraz 19-20, 26-27 października 2017 r. po 29 godzin 55 min.;
- c) 3-4, 30-31 lipca 2018 r. po 30 godzin 25 min. oraz 5-6, 12-13, 26-27 lipca 2018 r. po 29 godzin 55 min.;
- d) 2-3, 16-17, 23-24, 30-31 października 2018 r. po 30 godzin 25 min. oraz 18-19 października 2018 r. 29 godzin 55 min.;
- e) 2-3, 9-10, 30-31 lipca 2019 r. po 30 godzin 25 min. oraz 11-12, 18-19 lipca 2019 r. po 29 godzin 55 min.;
- f) 3-4 października 2019 r. 29 godzin 55 min., 8-9, 15-16, 22-23, 29-30 października 2019 r. po 30 godzin 25 min. oraz 13-14, 27-28 października 2019 r. po 31 godzin.

W ocenie NIK, mimo że ustawa o działalności leczniczej nie normuje czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, to udzielanie przez

---

<sup>26</sup> W przypadku jednego lekarza przerwy wynosiły 5 minut oraz 30 minut i miały na celu przemieszczenie się lekarza z Oddziału do poradni, bądź z poradni w Łukowie do poradni w Stoczku Łukowskim (obie poradnie znajdują się w strukturze organizacyjnej SP ZOZ w Łukowie).

tych lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez ponad 24 godziny może wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania zwiększać ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(akta kontroli tom I str. 47-49, 67-68, 74-81, 98-103, 117, 129-136, 140-143, 149-150, 158-160, 178-180, 185-186, 222-235, 255-257, 261-263, 266-271, 274-282, 299, 309-319, 343-349)

Dyrektor wyjaśnił, że zdaje sobie sprawę z obowiązku udzielenia 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego po dyżurach, gdyż udzielenie odpoczynku wpływa na bezpieczeństwo pracy. Pracownikom udzielono odpoczynków dobowych. Wymienione braki zejść (z dyżurów) oraz praca lekarzy kontraktowych powyżej powszechnie obowiązujących norm wynikały ze szczególnych okoliczności w Oddziale, niemożliwości pozostawiania pacjentów bez specjalistycznej opieki lekarskiej oraz trudności kadrowych.

(akta kontroli tom II str. 65, 68)

4. Pokoje łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem” były przeznaczone dla czterech matek, podczas gdy zgodnie z ust. 1 pkt 1 części III załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, mogły być przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka.

Podkreślić należy, że nieprawidłowość taką stwierdził również LPWIS (decyzja nr 9012.1.63.2017 z dnia 16.01.2018 r.), jednak podczas kontroli sprawdzającej LPWIS w dniu 19.03.2019 r. nieprawidłowość w tym zakresie została przez Szpital usunięta.

(akta kontroli tom I str. 40, 353-377, tom II 162-186)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że szpital posiada starą kubaturę budynku, która nie jest dostosowana do nowych przepisów. Ponadto duża liczba personelu medycznego generuje znaczne środki utrzymania oddziału, a niewielka liczba porodów małe przychody. W związku z powyższym brak środków finansowych na przebudowę i dostosowanie pokoi w systemie „matka z dzieckiem”, na pokoje dwuosobowe uniemożliwia wykonanie tej czynności w najbliższym czasie. Ponadto przy tak niewielkiej liczbie porodów, a tym samym niewielkim obłożeniu łóżek w systemie „matka z dzieckiem”, możliwe i wystarczające jest wykorzystywanie tylko dwóch łóżek w jednej Sali.

(akta kontroli tom II str. 206)

5. Przeglądy techniczne sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń na Oddziale oraz wykazanego w harmonogramie stanowiącym załącznik do umów z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, dokonywane były z naruszeniem terminów wynikających z instrukcji używania oraz zaleceń podmiotów, które wykonywały czynności serwisowe. Obowiązek przestrzegania instrukcji używania nałożony został na użytkowników urządzeń (wyrobów medycznych) przez art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>27</sup>. Ponadto wg pkt 5.5 procedury „Postępowanie ze sprzętem medycznym i niemedycznym w SP ZOZ w Łukowie” każdy sprzęt medyczny musi mieć wykonywane przeglądy techniczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta. Posiadany przez SP ZOZ sprzęt medyczny wymagał, zgodnie z zapisami w paszportach technicznych, przeglądu co najmniej raz w roku

<sup>27</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 186.

(co 12 miesięcy). Wynikających z ww. dokumentów terminów przeglądów technicznych nie dotrzymano w przypadku<sup>28</sup>:

- sześciu aparatów ktg:
    - a) aparat ktg, nr inwentarzowy: T-1068/08, zwłoka wynosiła 137 i 69 dni,
    - b) aparat ktg, nr inwentarzowy: 399/95, zwłoka wynosiła 107 i 21 dni,
    - c) aparat ktg, nr inwentarzowy: 1069/08 zwłoka wynosiła 77 i 110 dni,
    - d) aparat ktg, nr inwentarzowy: 000639 zwłoka wynosiła 386 dni,
    - e) aparat ktg, nr inwentarzowy: 000640 zwłoka wynosiła 120 i 50 dni,
    - f) aparat ktg, nr inwentarzowy: T-001234 zwłoka wynosiła 199 i 110 dni;
  - dwóch kardiomonitorów (zwłoka wynosiła 82 i 100 dni);
  - histeroskopu, nr inwentarzowy: 000796 (zwłoka wynosiła 17 dni);
  - laparoskopu, nr inwentarzowy: 000492 (zwłoka wynosiła 17 dni);
  - aparatu EKG, nr inwentarzowy: 1041 (zwłoka wynosiła 11 dni);
  - ultradźwiękowego detektora tętna płodu, nr seryjny: SN/11AD040506 (zwłoka wynosiła 199 i 110 dni);
  - dwóch pomp infuzyjnych:
    - a) pompa infuzyjna, nr inwentarzowy: 1212/11 (zwłoka wynosiła 41 dni);
    - b) pompa infuzyjna, nr inwentarzowy: 1534 (zwłoka wynosiła 78 i 7 dni);
  - dwóch pulsoksymetrów:
    - a) pulsoksymetr, nr inwentarzowy: 000477 (zwłoka wynosiła 441 dni);
    - b) pulsoksymetr, nr inwentarzowy: T 01266 (zwłoka wynosiła 421 dni).
- (akta kontroli tom I str. 350-352, 451-528, 634-647, tom II str. 194-198)

Dyrektor wyjaśnił, że w drugiej połowie 2018 r. doszło do zmiany kadry zajmującej się nadzorem nad wykonywaniem przeglądów technicznych oraz wyłoniono nowych wykonawców do wykonywania ww. czynności, co miało wpływ na płynność wykonywania przeglądów. Jednak przeglądy wskazywały na poprawność działania urządzeń i aktualnie wszystkie urządzenia mają aktualne przeglądy.

(akta kontroli tom II str. 69)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami, które doświadczyły sytuacji szczególnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego poziomu referencyjnego oraz umowami zawartymi z NFZ. Na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach. Jednakże, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny mogło zwiększać ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale. Stwierdzono przypadki nieterminowego zgłaszania na portalu SZOI zmian w harmonogramie udzielania świadczeń przez lekarzy. Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jednak stwierdzono przypadki nieprzestrzegania terminów jego okresowych przeglądów technicznych.

<sup>28</sup> Badanie paszportów technicznych nie obejmuje okresu po 31.03.2020 r. (data zawieszenia kontroli z uwagi na epidemię COVID-19).

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

Opis stanu faktycznego

Zarządzeniem wewnętrznym nr 67/2019 z dnia 4.11.2019 r. (dalej: Zarządzenie 67/2019) Dyrektor wprowadził obowiązek monitorowania na Oddziale, nie rzadziej niż raz w roku, wskaźników opieki okołoporodowej. Zarządzeniem wewnętrznym nr 72/2019 z dnia 10.12.2019 r. (dalej: Zarządzenie 72/2019) zmieniono w tym zakresie Regulamin organizacyjny. Ustalono 13 wskaźników, przy czym tylko jeden z przyjętych wskaźników (odsetek martwych urodzeń) był związany z opieką nad pacjentkami, które urodziły martwe dziecko, żaden nie dotyczył poronień. Obowiązek ustalania i monitorowania tych wskaźników, zgodnie z ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wprowadzony został z dniem 1.01.2019 r. Ustalenie wskaźników nastąpiło z opóźnieniem ponad 10 miesięcy, gdyż zostały wprowadzone na Oddziale 4.11.2019 r. Zarządzeniem 67/2019, a następnie Zarządzeniem 72/2019 dopiero 10.12.2019 r. zmieniony został Regulamin organizacyjny Szpitala w tym zakresie.

Na podstawie zarządzenia nr 1/2018 Dyrektora SP ZOZ w Łukowie z dnia 2.01.2018 r. przeprowadzane były ankiety badania satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń. W ankiecie znajdowały się pytania dotyczące udzielonej pomocy w Izbie przyjęć, zapoznania się z prawami pacjenta, poziomu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, stanu higieny i czystości Oddziału, jakości żywienia, ewentualnych uwag pacjentki. Corocznie sporządzany był raport z analizy ankiet badania satysfakcji. Większość pacjentek dobrze lub bardzo dobrze oceniła udzieloną pomoc na izbie przyjęć Oddziału oraz opiekę pielęgniarską i lekarską, gorzej oceniono żywienie.

(akta kontroli tom II str. 31-57, 209-211)

Na Oddziale nie zostały opracowane i wdrożone wewnętrzne procedury dla personelu medycznego dotyczące opieki nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych. Pielęgniarka Oddziałowa złożyła oświadczenie, że w sytuacji niekorzystnego zakończenia ciąży postępowanie pracowników oparte jest na opracowanych w lipcu 2017 r., z inicjatywy Wojewody Lubelskiego, Rekomendacjach postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego – „Niekorzystne zakończenie ciąży”. Personel medyczny został zapoznany z ww. rekomendacjami<sup>29</sup>. W ww. dokumencie zawarto wskazówki dla personelu medycznego dotyczące: sposobu kontaktu z pacjentką, kierowania pacjentki do sal gdzie nie przebywają pacjentki ciężarne bądź w położu, warunków pożegnania z martwo urodzonym dzieckiem, ustalenia płci dziecka, etapów żałoby, skierowania pacjentki do psychologa. Ponadto dokument zawierał wykaz poradni oferujących psychoterapię w ramach NFZ w Lublinie oraz inne istotne dla pacjentki i jej bliskich informacje.

(akta kontroli tom II str. 58-63)

W latach 2017-2019 personel medyczny Oddziału brał udział w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych, kursach oraz konferencjach naukowych, których zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej. Personel lekarski w 2017 r. uczestniczył w szkoleniach zewnętrznych: „Niekorzystne zakończenie ciąży” (jeden lekarz) oraz „Rekomendacje postępowania z pacjentkami

<sup>29</sup> W lipcu i sierpniu 2017 r. zapoznano 30 położnych oraz ośmiu lekarzy.

dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych” (jeden lekarz), a w 2018 r. „10 kroków udanego karmienia piersią” (jeden lekarz). Położne w 2017 r. uczestniczyły w szkoleniach zewnętrznych: „Nowe perspektywy sprawowania opieki przez położną nad kobietą w ciąży i nowo narodzonym dzieckiem” (cztery położne), „Razem wspieramy karmienie piersią” (jedna położna), „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji” (jedna położna), w 2018 r. w konferencji naukowej „Karmienie piersią fundamentem życia” (dziesięć położnych), „Resuscytacja krążeniowo oddechowa” (jedna położna) oraz „Karmienie piersią standard w opiece okołoporodowej” (14 położnych), w 2019 r. w konferencji naukowej „Wzmacniamy Rodziców” (dwie położne), w „Szkoleniu specjalistycznym z zakresu pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego” (dwie położne) oraz „Szkoła rodzenia na medal” (jedna położna). W ww. okresie zorganizowano również 20 szkoleń wewnętrznych dla położnych o tematyce opieki okołoporodowej. Do najważniejszych należy zaliczyć: w 2017 r. „Poronienia – utrata dziecka, przyczyny i skutki”, „Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa”, „Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje Wojewody Lubelskiego”, w 2018 r. „Standard opieki okołoporodowej”, w 2019 r. „Nowe standardy opieki okołoporodowej”, „Depresja poporodowa”, „Wsparcie rodziców po utracie dziecka” i „Prawa pacjenta na Oddziale położniczo-ginekologicznym”. W ww. szkoleniach wewnętrznych brało udział od 16 do 31 położnych pracujących na Oddziale.

Zgodnie z przedstawionymi planami szkoleń zewnętrznych, dla personelu Oddziału w zakresie opieki okołoporodowej, w 2017 r. zaplanowano dla położnych jedno szkolenie „Prowadzenie porodu w wodzie”<sup>30</sup>, które nie odbyło się. W 2018 r. nie zaplanowano żadnych szkoleń o ww. tematyce, natomiast w 2019 r. zaplanowano dwa szkolenia „Promocja karmienia piersią” i „Aktywne prowadzenie porodu – pozycje wertykalne”<sup>31</sup>, które również nie odbyły się. Personel Oddziału w 2019 r. zgłosił propozycje czterech szkoleń wewnętrznych, z czego przeprowadził trzy we własnym zakresie<sup>32</sup>. Na rok 2020 zaplanowano dwa szkolenia zewnętrzne dla lekarzy i położnych<sup>33</sup>. Nie ujęto w planie szkolenia zgłoszonego przez personel Oddziału „Jak stworzyć oddział położniczy zgodny ze standardem opieki okołoporodowej?”. Łączna kwota wydatków na szkolenia dla personelu Oddziału, dotyczące standardów opieki okołoporodowej wynosiła w 2017 r. 400 zł, w 2018 r. 3.650 zł, w 2019 r. 700 zł, co stanowiło odpowiednio 24,3%, 82,4%, 22,7% łącznej kwoty wydatków poniesionych na szkolenia na Oddziale oraz 0,42%, 6,4%, 1,5% łącznej kwoty wydatków poniesionych na szkolenia w SP ZOZ w Łukowie.

(akta kontroli tom II str. 77-111)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pracownicy delegowani są na szkolenia z inicjatywy swoich przełożonych, po przedłożeniu propozycji organizatorów szkoleń, ceny oraz terminu szkolenia. Plan szkoleń jest propozycją, w przypadku szkoleń niezbędnych do realizacji zadań w obrębie komórki organizacyjnej zawsze wyrażał zgodę na uczestnictwo w szkoleniu. Zaplanowane szkolenia w 2017 r. i 2019 r. nie odbyły się z następujących powodów: inne szkolenia pracownicze<sup>34</sup>, absencje pracowników,

<sup>30</sup> Personel Oddziału zgłaszał zapotrzebowanie na to szkolenie.

<sup>31</sup> Personel Oddziału zgłaszał zapotrzebowanie na te szkolenia.

<sup>32</sup> Zrealizowane zaplanowane szkolenia wewnętrzne w 2019 r.: „Depresja poporodowa”, „Nadciśnienie ciążowe” i „Prawa pacjenta na Oddziale położniczo-ginekologicznym”. Nie przeprowadzono szkolenia „Łagodzenie bólu porodowego”.

<sup>33</sup> „Komunikacja i kontakt w sytuacjach trudnych” – lekarze i położne, „Aktywne prowadzenie porodu – pozycje wertykalne” – położne z sali porodowej.

<sup>34</sup> Kursy specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego oraz ginekologiczno-położniczego, w których uczestniczyło 10 położnych trwały od marca 2017 r. do czerwca 2019 r. W kursie „Ordynowania leków” w 2017 r. brały udział trzy położne. Kurs „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” odbył się w terminie marzec-czerwiec 2017 r. i brało w nim udział sześć położnych. W szkoleniu z zasad krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Lublinie uczestniczyło pięć położnych.

zaległe i bieżące urlopy. Dodatkowy kurs, a z nim związane urlopy szkoleniowe zaburzyłyby funkcjonowanie oddziału. W 2019 r. dwie położne uczestniczyły w szkoleniu „Wzmacniamy rodziców – umożliwiamy karmienie piersią” w zamian za „Promocja karmienia piersią”. Kurs „Aktywne prowadzenie porodu – pozycje wertykalne” z 2019 r. został przeniesiony na rok 2020, natomiast szkolenie „Jak stworzyć oddział położniczy zgodny ze standardem opieki okołoporodowej” zaplanowano na rok 2020.

Dyrektor wyjaśnił ponadto, że mechanizm weryfikacji właściwego przygotowania personelu medycznego do pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego odbywa się za pomocą szkoleń wewnętrznych.

(akta kontroli tom II str. 205-208, 251-255)

Według personelu medycznego zatrudnionego w SP ZOZ w Łukowie<sup>35</sup> formy doskonalenia zawodowego oraz wsparcie w radzeniu sobie ze stresem realizowane przez SP ZOZ były właściwe i wystarczające, na Oddziale dla pracowników dostępny był psycholog. Jednocześnie żaden pracownik nie zgłaszał przełożonemu potrzeby skorzystania ze wsparcia w radzeniu sobie ze stresem i nie korzystał z takiego wsparcia. Wszyscy natomiast zauważali potrzebę doskonalenia zawodowego w związku z pracą z takimi pacjentkami, najczęściej wskazując na szkolenia prowadzone przez psychologów. Jako najczęstsze trudności w pracy z pacjentkami wymieniono<sup>36</sup>: problem w nawiązaniu komunikacji (pacjentki są zamknięte, płaczące), negatywne emocje i stres u pacjentki. Ordynator Oddziału wskazał, że pacjentki często wymagają wsparcia psychologa.

(akta kontroli tom II str. 112-159)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w Zakładzie zatrudnionych było dziewięciu psychologów, ze wsparcia których mógł korzystać personel medyczny wykonujący swój zawód w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w sytuacjach szczególnych. Z pomocy mogli korzystać pracownicy w razie potrzeby w każdym czasie. Dotychczas nie odnotowano żadnego zgłoszenia potrzeby wsparcia wśród personelu medycznego w SP ZOZ w Łukowie. W opinii Dyrektora wszelkie zapewnione przez SP ZOZ formy wsparcia zarówno dla personelu medycznego, jak i dla kobiet w sytuacjach szczególnych były właściwe. Podejmowano wszelkie starania, aby realizowane formy wsparcia były wystarczające.

(akta kontroli tom II str. 205-208)

Na potrzeby Oddziału w 2020 r. została opracowana broszura „Prawa pacjentek po stracie dziecka”, w której zawarte były informacje dotyczące praw pacjentek po poronieniu<sup>37</sup> oraz adresy poradni na terenie województwa lubelskiego, w których można uzyskać pomoc psychologiczną bądź skontaktować się z grupą wsparcia dla rodziców po stracie dziecka. Dodatkowo w celu pomocy pacjentkom doświadczającym straty dziecka na Oddziale nawiązano współpracę z grupą Tęczowy kocyk, w ramach której pacjentki otrzymywały nieodpłatnie ubranka do otulania dzieci oraz pamiętki. Pacjentkom udostępniane były również materiały edukacyjne „Poroniłam.pl”, w których zawarte były ogólne<sup>38</sup> informacje o przysługujących prawach do rejestracji dziecka w USC, pochówku dziecka, zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego, badaniach genetycznych dziecka

<sup>35</sup> Wyjaśnień udzieliło trzech lekarzy i dziewięć położnych (12 osób) zajmujących się opieką nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych.

<sup>36</sup> Cztery położne nie wskazały żadnych trudności w pracy z pacjentkami.

<sup>37</sup> Prawo do skorzystania z obecności bliskiej osoby, zobaczenia i pożegnania się z dzieckiem; Prawo do skorzystania z pomocy psychologicznej; Prawo do rejestracji urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego (USC); Prawo do pochówku dziecka bez względu na tydzień zakończenia ciąży; Prawo do urlopu i zasiłku macierzyńskiego; Prawo do zasiłku pogrzebowego.

<sup>38</sup> Na ulotce zaznaczono, że szczegółowe informacje zawarte są na stronie Poroniłam.pl.

i wsparciu psychologicznym<sup>39</sup>. W korytarzu, na tablicy ogłoszeń (w odcinku ginekologicznym i położniczym) umieszczona była informacja o możliwości skorzystania przez pacjentki z opieki psychologa<sup>40</sup> oraz przeprowadzenia badań genetycznych po poronieniu. Na Oddziale znajdowała się sala pobytu dziennego, gdzie pacjentkom i ich bliskim umożliwiano pożegnanie ze zmarłym dzieckiem.

(akta kontroli tom II str. 212-249)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w ramach współpracy z portalem internetowym [www.poroniam.pl](http://www.poroniam.pl), oprócz materiałów edukacyjnych dla pacjentek, pozyskiwane są poradniki dla personelu medycznego, które wskazują, jak traktować rodziców, którzy stracili dziecko i jak im pomóc w tych trudnych dla nich chwilach. Ponadto w ramach bezpłatnej współpracy uzgodniono specjalistyczne szkolenia (na terenie SP ZOZ w Łukowie) dla personelu medycznego: pielęgniarek i położnych, dzięki którym zyskują wiedzę, jak pomóc rodzicom po stracie dziecka oraz jak odpowiednio zabezpieczyć materiał do badań genetycznych w celu ustalenia płci dziecka oraz poznania przyczyn poronienia. Wszelkie informacje dotyczące wsparcia psychologicznego notowane są w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom II str. 207-208)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Zarządzeniu 72/2019 nie ustalono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej. Wskaźniki te nie zostały również zdefiniowane szczegółowo.

(akta kontroli tom I str. 6-15, tom II str. 201, 209-211)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że wskaźniki opieki okołoporodowej w Oddziale monitorowane są zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 67/2019 Dyrektora SP ZOZ w Łukowie z dnia 4.11.2019 r. Sprawozdania MZ 29 zgodnie z wytycznymi wysyłane są w formie elektronicznej do Urzędu Wojewódzkiego oraz do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego województwa lubelskiego na początku roku za rok poprzedni. Raporty, co miesiąc zgodnie z wymogami wysyłane są do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Ginekologii oraz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Perinatologii. W regulaminie organizacyjnym SP ZOZ w Łukowie określono sposób realizacji i dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej wprowadzone Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 72/2019 Dyrektora SP ZOZ w Łukowie z dnia 10.12.2019 r. Każda pacjentka może anonimowo i dobrowolnie wypełnić ankietę satysfakcji pacjenta, którą wrzuca do ogólnodostępnej skrzynki oznakowanej „Ankieta badanie satysfakcji pacjenta” umieszczonej na Oddziale.

(akta kontroli tom II str. 201-202, 205-211)

NIK nie podziela argumentacji wyrażonej w przywołanym wyjaśnieniu. Analiza zapisów zarządzeń 67/2019 i 72/2019 wskazuje, że wymieniono wyłącznie nazwy wskaźników, które będą podlegały monitorowaniu. Ponadto Dyrektor nie wyjaśnił, jakie dane są zawarte we wskaźniku „Odsetek martwych urodzeń” oraz czy opracowano już jakikolwiek raport z monitorowania ustalonych wskaźników. Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego MZ-29 wynika z obowiązku przekazywania danych statystycznych<sup>41</sup> oraz nie zawiera informacji o wskaźnikach okołoporodowych wymienionych w zarządzeniu 67/2019.

(akta kontroli tom II str. 201-211)

<sup>39</sup> Podano numer telefonu zaufania.

<sup>40</sup> Dyżury pełnią psychologowie z oddziału psychiatrycznego.

<sup>41</sup> Art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 443).



## OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentki, które poroniły albo urodziły martwe dziecko, miały umożliwiającą przez SP ZOZ pomoc psychologiczną, były też informowane przez personel m.in. o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, o przysługujących im prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły oraz o możliwości pochówku dziecka. Opieka nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych oparta była na opracowanych w lipcu 2017 r., z inicjatywy Wojewody Lubelskiego, Rekomendacjach postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego – „Niekorzystne zakończenie ciąży” oraz opracowanej w 2020 r. broszurze „Prawa pacjentek po stracie dziecka”. Personel medyczny uczestniczył w szkoleniach zewnętrznych, kursach oraz konferencjach naukowych dotyczących standardów opieki okołoporodowej. Pozytywnie należy ocenić fakt zorganizowania na Oddziale 20 szkoleń wewnętrznych dla położnych o tematyce opieki okołoporodowej w sytuacjach szczególnych dla kobiet. Opracowano wskaźniki opieki okołoporodowej, ale sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących monitorowania ustalonych wskaźników opieki okołoporodowej nie został określony w Regulaminie Organizacyjnym.

## OBSZAR

Opis stanu  
faktycznego

### 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

W trakcie przeprowadzonych oględzin pomieszczeń Oddziału stwierdzono, że nie wszystkie łóżka w pokojach łóżkowych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Na odcinku położniczym znajdowało się pięć takich łóżek, na odcinku ginekologicznym trzy. W sali pooperacyjnej, znajdowały się trzy łóżka, między którymi odstęp uniemożliwiał swobodny dostęp do pacjentek. W dniu oględzin w sali tej nie były hospitalizowane pacjentki. Położna oddziałowa wyjaśniła, że sala pooperacyjna jest dwułóżkowa, z dostępem z trzech stron, trzecie łóżko jest dostawiane, jeśli zachodzi taka potrzeba.

Wszystkie pokoje łóżkowe:

- były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- miały szerokość umożliwiającą wyprowadzenie łóżka,
- wyposażone były w meble, które umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję,
- miały bezpośredni dostęp do światła dziennego.

Pomieszczenia, w których wykonywane były badania i zabiegi wyposażono, w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Gabinety zabiegowe w odcinku ginekologicznym nad drzwiami od strony korytarza posiadały informację świetlną „nie wchodzić”. Gabinet zabiegowy, w którym znajdował się fotel ginekologiczny dodatkowo wyposażono w zlew z baterią. Ulokowanie foteli ginekologicznych zapewniało badanej pacjentce intymność, okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych.

Izba przyjęć, pomieszczenie gdzie wykonywane były badania i zabiegi, niezależnie od umywalki nie była wyposażona w zlew z baterią. Przy wejściu do izby przyjęć nie było informacji o trwającym badaniu, czy zakazie wstępu osobom nieuprawnionym. Na wprost wejścia, w miejscu widocznym dla osoby wchodzącej, znajdował się aparat USG i kozetka gdzie wykonywane były badania. W pomieszczeniu izby przyjęć znajdował się ruchomy parawan, który umożliwiał zapewnienie intymności pacjentce. W trakcie oględzin położna oddziałowa wyjaśniła, że badania USG wykonywane są w izbie przyjęć tymczasowo (na czas remontu gabinetu do badań USG).

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w Izbie Przyjęć na Oddziale podczas przyjęcia pacjentki wykonywane były wyłącznie badania przy użyciu sprzętu jednorazowego. Zabiegi przy użyciu wielorazowego sprzętu wykonywane były w gabinecie zabiegowym wyposażonym w szafę do przechowywania sprzętu wielorazowego oraz zlew z baterią do wstępnej dezynfekcji narzędzi, który znajdował się w odcinku ginekologicznym Oddziału. Narzędzia transportowane były do Centralnej Sterylizatorni. Przed wejściem do Izby Przyjęć obecnie instalowany jest plafon świetlny informujący o trwającym badaniu, czy zakazie wstępu osobom nieuprawnionym.

(akta kontroli tom II str. 162-190, 251-255)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażono, co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Oddział posiadał salę pobytu dziennego, która służyła do spotkań pacjentek z bliskimi oraz pożegnania się ze zmarłym dzieckiem. Na korytarzu Oddziału, na tablicy informacyjnej zamieszczono informację o możliwości skorzystania z pomocy psychologa oraz przeprowadzenia badań genetycznych po poronieniu.

Zespół porodowy składał się z jednej sali jednostanowiskowej przeznaczonej dla porodów rodzinnych, sali porodowej dwustanowiskowej (stanowiska są od siebie oddzielone ścianą), sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim. Stanowisko resuscytacji noworodka znajdowało się w wydzielonej części sali porodowej dwustanowiskowej. Trakt porodowy nie był wyposażony w służbę umywalkowo-fartuchową. W programie dostosowania podmiotu do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań (przyjętym przez LPWIS), przewidziano termin realizacji śluzu do 31.12.2020 r. W korytarzu przy samym wejściu wydzielono część, w której znajdowały się szafki z fartuchami, bielizną jednorazową, szafki dla pacjentek, obuwie na zmianę. Jako działanie zastępcze zamontowano dozownik z płynem dezynfekcyjnym.

(akta kontroli tom I str. 378-428, tom II str. 162-190)

Stosownie do § 40 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy były dokumentowane. Ustalono, że ostatnie przeglądy i czyszczenie miały miejsce w sierpniu i wrześniu 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 429-450)

W okresie objętym kontrolą SP ZOZ w Łukowie spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego stopnia referencyjności w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego personelu medycznego, co do wykształcenia i liczby lekarzy oraz wykształcenia położnych,
- zapewnienia organizacji udzielania świadczeń (opieka lekarska dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia, stała obecność w miejscu udzielania świadczeń lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, stała obecność w lokalizacji lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, możliwość wykonania znieczulenia śródporodowego, wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń),
- zapewnienia wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono kolposkop, aparat ktg, kardiomonitor, aparat USG oraz w lokalizacji laparoskop i histeroskop diagnostyczno-operacyjny<sup>42</sup>),

<sup>42</sup> W trakcie kontroli NIK aparatura medyczna posiadała ważne przeglądy techniczne.

- zapewnienia realizacji badań: ciągle badanie ktg przed i w trakcie porodu, laboratoryjnych w lokalizacji, oraz dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych,
  - pozostałych wymagań (prowadzono pantogram, stosowano standardy w łagodzeniu bólu porodowego, wyodrębniono salę cięć cesarskich, blok operacyjny w szpitalu oraz oddział neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności).
- (akta kontroli tom I str. 24-352, tom II str. 162-190)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły szczególnych sytuacji, hospitalizowanych w latach 2017-2019, wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
- stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>43</sup>, do historii choroby w każdym przypadku dołączono karty indywidualnej opieki położniczej, karty przebiegu znieczulenia (w przypadku podania znieczulenia), karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, karty informacyjne oraz wypis,
- w dokumentacji czterech pacjentek (spośród 55), u których przeprowadzono zabieg abrazji, nie było zgody na dokonanie zabiegu, czterem pacjentkom nie podano znieczulenia<sup>44</sup>. Pozostałe pacjentki wyraziły zgodę na piśmie i otrzymały znieczulenie ogólne. Wszystkie pacjentki, u których dokonano cięcia cesarskiego wyraziły zgodę na zabieg i otrzymały znieczulenie.

(akta kontroli tom II str. 294-321)

Dyrektor SP ZOZ w Łukowie wyjaśnił, że brak osobnej zgody na zabieg wyłyżeczkowania wynikał z faktu nagłości sytuacji, najczęściej było to wzmożone obfite krwawienie z macicy. W takiej sytuacji występuje presja czasu, krwawienie bowiem może zagrażać życiu pacjentki. Przyjmowano wtedy zgodę na postępowanie, którą pacjentka podpisała przy przyjęciu na pierwszej stronie historii choroby. W przypadku pacjentek, którym nie podano znieczulenia, Dyrektor wyjaśnił, że zabiegi były wykonywane bezpośrednio po porodzie na skutek wzmożonego krwawienia i pozostawiania resztek poporodowych w jamie macicy. Takie postępowanie nie zawsze wymaga znieczulenia ogólnego.

(akta kontroli tom II str. 251-255)

Dokumentacja medyczna pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, jakie świadczenia zlecono pacjentce, które świadczenia zrealizowano i czy pacjentka wyraziła na nie zgodę.

W 16 przypadkach hospitalizowania kobiet z powodu ciąży obumarłej, które zostały poddane na Oddziale procedurze indukcji porodu, w dokumentacji medycznej nie było informacji, co stało się z martwo urodzonym dzieckiem (płodem).

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że ww. pacjentki przechodziły procedurę indukcji poronienia wczesnej ciąży. Były to nieprawidłowo rozwijające się ciąże w różnym stadium zaawansowania. Podczas trwania procedury występowało obfite krwawienie ze skrzepami i nie była możliwa identyfikacja i oddzielenie tkanek płodu od trofoblastu. Niezwykle rzadko udaje się wyodrębnić tkanki zarodka. Całość materiału zabezpieczonego w wyniku poronienia rutynowo przesyłana była do

<sup>43</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm., akt uchylony z dniem 15 kwietnia 2020 r.

<sup>44</sup> Spośród czterech pacjentek, w przypadku których brak w dokumentacji zgody na zabieg abrazji, trzem nie podano znieczulenia.

badania histopatologicznego, a na życzenie pacjentki istniała możliwość zabezpieczenia materiału do badań genetycznych i po uzyskaniu kariotypu, wystawienia karty urodzenia dziecka (miało to miejsce w przypadku jednej pacjentki).

W przypadkach, w których możliwe było wyodrębnienie płodu wydalonego w wyniku poronienia, każdorazowo ciało dziecka było zabezpieczone. Zwłoki dziecka przechowywane były z godnością w chłodni szpitalnej, a pacjentki otrzymały stosowne dokumenty umożliwiające pochówek.

(akta kontroli tom II str. 251-255)

W dokumentacji medycznej 26 pacjentek (ośmiu, które urodziły martwe dziecko<sup>45</sup> oraz 18, które poroniły<sup>46</sup>) odnotowano fakt udzielenia wsparcia psychologicznego przez trzech psychologów zatrudnionych w SP ZOZ. Odmowa konsultacji psychologicznej odnotowana była w dokumentacji tylko jednej pacjentki (poronienie). Pacjentka nie wyraziła zgody na poradę psychologiczną, mimo że personel Szpitala trzykrotnie proponował taką pomoc. W dokumentacji tej pacjentki odnotowany był również fakt wydania przy wypisie skierowania do poradni psychologicznej. W przypadku 33 pacjentek, które poroniły brak było informacji o konsultacji psychologicznej.

Stwierdzono jeden przypadek, w którym nie wydano pacjentce przy wypisie skierowania do poradni psychologicznej, pomimo propozycji szpitalnego psychologa objęcia pacjentki po hospitalizacji opieką psychologiczną w warunkach ambulatoryjnych. W czterech przypadkach w karcie obserwacji położnych widnieje informacja o udzielonej pomocy psychologicznej, jednak dokumentacja medyczna pacjentek nie zawiera wyniku konsultacji psychologa.

(akta kontroli tom II str. 310-319)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że najprawdopodobniej ww. pacjentki nie potrzebowały wsparcia psychologicznego. Wskazał, że w Zakładzie zatrudnionych było dziewięciu psychologów ze wsparcia, których mogły korzystać kobiety doświadczające niepowodzenia położniczego. W szpitalu prowadzone były dyżury psychologów, również w soboty i niedziele, którzy dostępni byli w razie potrzeby zarówno dla kobiet w ciąży, jak i dla kobiet doświadczających niepowodzenia położniczego w Oddziale. Ponadto specjalnie dla kobiet potrzebujących wsparcia psychologa został utworzony dyżur psychologa jeden raz w tygodniu w Poradni Położniczo-Ginekologicznej.

(akta kontroli tom II str. 251-255)

Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych najczęściej umieszczano w salach trzyłóżkowych, w odcinku ginekologicznym. Pacjentki nie przebywały na jednej sali z kobietami, które oczekiwały na urodzenie bądź urodziły zdrowe dziecko. Informacja o numerze sali, w której przebywała pacjentka znajdowała się w dokumentacji medycznej, tj. w karcie gorączkowej oraz karcie zleceń lekarskich. W przedmiotowej dokumentacji personel medyczny nie odnotowywał przypadków przeniesienia pacjentki do innej sali.

(akta kontroli tom II str. 294-300)

Na Oddziale znajduje się Sala pobytu dziennego, w której pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych mają możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich. Nie jest to pomieszczenie specjalnie do tego przeznaczone. W trakcie oględzin okazano ubranka, różki i pamiątki, które są nieopłatnie przekazywane pacjentkom po poronieniu. Ubranka i różki są różnych

<sup>45</sup> Wszystkich objętych badaniem pacjentek, które w okresie objętym kontrolą doświadczyły martwego urodzenia.

<sup>46</sup> Spośród 51 pacjentek, które doświadczyły poronienia.

rozmiarów, dostosowane do martwo urodzonych dzieci w każdym tygodniu ciąży. SP ZOZ w Łukowie współpracuje w tym zakresie ze stowarzyszeniem „Tęczowy kocyk”.

(akta kontroli tom II str. 162-186)

Z wyjaśnień Dyrektora SP ZOZ wynika, że informacja o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem była przekazywana pacjentkom ustnie w trakcie trwającej procedury poronienia.

(akta kontroli tom II str. 254)

W SP ZOZ w okresie objętym kontrolą obowiązywała wewnętrzna procedura „Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta i ze zwłokami osób zmarłych oraz dzieci martwo urodzonych” (dalej: Procedura). W dokumencie tym, opracowano „Zasady szczególne w przypadku dzieci martwo urodzonych<sup>47</sup> w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Patologii Ciąży”. Wg procedury lekarz przyjmujący poród wystawiał kartę zgonu dziecka martwo urodzonego oraz uzupełniał dokumentację medyczną matki. Położna (pielęgniarka) zabezpieczała zwłoki przed uszkodzeniem, oznaczała je danymi dziecka oraz wypełniała Kartę martwego urodzenia.

W przypadku, kiedy nie można było określić płci dziecka rodzice mieli możliwość przeprowadzenia na swój koszt badania genetycznego. Karta zgonu dziecka wystawiana była wówczas niezwłocznie po otrzymaniu wyniku badania. W przypadku braku możliwości ustalenia płci dziecka, na wniosek osoby uprawnionej do pochowania sporządzano Kartę zgonu w celu przedstawienia administracji cmentarza, nie wypełniano wówczas Karty martwego urodzenia. Położna wypełniała również kartę skierowania zwłok do chłodni, które były przekazywane pracownikowi Anatomii Patologicznej<sup>48</sup>. Osoby uprawnione do pochowania dziecka martwo urodzonego otrzymywały informację o zakresie usług wykonywanych bezpłatnie w Anatomii Patologicznej oraz zaświadczenie do chłodni (prosektorium). Informowano matkę dziecka (w miarę możliwości oboje rodziców) o konieczności odebrania zwłok dziecka celem pochówku, jak również o zasadach postępowania szpitala w przypadku ich nieodebrania. Jeżeli rodzice nie wyrazili woli odebrania zwłok, położna przedstawiała do podpisania stosowne oświadczenie<sup>49</sup>. Oświadczenia zawierały informację o możliwości rejestracji urodzenia i pochówku dziecka martwo urodzonego, wykonania badań genetycznych oraz możliwości pochówku na koszt Miasta. W przypadku zrzeczenia się przez rodziców odbioru zwłok zawiadamiano Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (dalej: MOPS) i przekazywano ww. dokumenty upoważnionemu pracownikowi.

W przypadku martwego urodzenia w czasie transportu do szpitala lub wezwania do porodu, wskutek którego poza szpitalem nastąpiło martwe urodzenie, zwłoki przekazywano do Oddziału, gdzie wykonywano czynności lekarskie i pielęgniarskie. Procedura nie określała sposobu pożegnań pacjentek z martwo urodzonym dzieckiem, a w dokumentacji medycznej nie odnotowywano informacji, czy i kiedy pacjentki skorzystały z przysługującego im prawa do pożegnania się z dzieckiem. Ponadto nie dokumentowano faktu informowania o przysługujących prawach do rejestracji dziecka w USC, pochówku dziecka, zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego, badaniach genetycznych dziecka i wsparciu psychologicznym pacjentek, poprzez przekazywanie materiałów edukacyjnych „Poroniłam.pl” oraz wewnętrznej broszury „Prawa pacjentek po stracie dziecka”. W dokumentacji

<sup>47</sup> Bez względu na czas trwania ciąży.

<sup>48</sup> Jednostka Zakładu Lecznictwa Szpitalnego SP ZOZ w Łukowie.

<sup>49</sup> „Oświadczenie matki lub osoby uprawnionej do pochowania dziecka martwo urodzonego” lub „Oświadczenie matki, ojca lub innej osoby uprawnionej do pochówku szczątków ludzkich”.

medycznej pacjentek odnotowywano fakt wydania karty zgonu oraz zaświadczenia do prosektorium, który był potwierdzany podpisem pacjentki lub jej osoby bliskiej.

(akta kontroli tom II str. 324-388)

W okresie objętym kontrolą SP ZOZ w Łukowie miał zawarte umowy cywilnoprawne z dwoma podmiotami na wykonywanie usług, związanych ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu<sup>50</sup>, m.in: transport zwłok z oddziałów szpitalnych do chłodni zlokalizowanej w budynku Anatomii Patologicznej oraz wydawanie zwłok z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej. Zarządca Anatomii Patologicznej miał obowiązek prowadzić księgę przyjęć i odbioru zwłok (dalej: księga).

Badania histopatologiczne realizowane były na podstawie umowy zawartej z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Zakładem Patomorfologii w Zamościu, przy czym w umowie tej nie określono sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i poronionych.

(akta kontroli tom II str. 389-438)

W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko ustalono, że w przypadku czterech pacjentek w materiale poporodowym nie stwierdzono struktur zarodka (płodu), a 15 pacjentek skorzystało z prawa do pochówku dziecka i odebrało zwłoki dziecka z prosektorium. W przypadku jednej pacjentki w księdze przyjęć i wydania zwłok (prowadzonej przez podmiot zewnętrzny, zarządzający Anatomią Patologii), dokonano wpisu, że zwłoki dziecka wydano pracownikowi MOPS w Łukowie. Z dokumentacji SP ZOZ wynika, że ojciec dziecka w tym samym dniu odebrał dokumenty celem odebrania ciała dziecka z prosektorium. SP ZOZ w Łukowie nie zwracał się w tym przypadku do MOPS z wnioskiem o odebranie zwłok dziecka w celu pochówku. Nie stwierdzono przypadków przekazywania ciała dziecka do badania histopatologicznego.

(akta kontroli tom II str. 439-443, 526-529)

W latach 2017-2019 MOPS w Łukowie organizował pochówek dzieci martwo urodzonych na wniosek SP ZOZ w Łukowie, do którego dołączone było oświadczenie matki o zrzeczeniu się odbioru zwłok dziecka. Ciała te nie podlegały kremacji, zostały pochowane na miejscowym cmentarzu w zbiorowej mogile przeznaczonej dla takiego pochówku. Liczba ciał/szczątków dzieci martwo urodzonych przekazanych do pochówku kształtowała się następująco: w 2017 r. dwa, w 2018 r. dwa i w 2019 r. jedno martwo urodzone dziecko. Kwota wydatków poniesionych przez Miasto wynosiła odpowiednio: 1.000 zł, 1.000 zł, 500 zł.

Urząd Miasta w Łukowie nie nawiązał współpracy ze stowarzyszeniami ani organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tą problematyką. Również żadne organizacje ani stowarzyszenia nie zgłaszały się do MOPS w Łukowie w sprawie pochówków dzieci martwo urodzonych.

(akta kontroli tom II str. 444-446)

W okresie objętym kontrolą do SP ZOZ w Łukowie oraz do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału.

(akta kontroli tom II str. 511-515)

Do 20 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia, urodzenia martwego dziecka lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie wysłano ankiety w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. Na ankiety odpowiedziały cztery pacjentki. Tylko jedna pacjentka oceniła otrzymaną opiekę, jako bardzo dobrą, pozostałe trzy – jako nieodpowiednią. Personel

---

<sup>50</sup> Jeden wykonawca zarządzał Anatomią Patologii w okresie od 1.01.2017 r. do 31.03.2020 r., drugi od 1.04.2020 r.

medyczny wg trzech pacjentek nie traktował ich życzliwie i ze zrozumieniem sytuacji. Dwie respondentki stwierdziły, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa, przy czym jedna w uwagach wskazała, że personel zapewniał ją, iż psycholog pojawi się następnego dnia. Pacjentka ta swój pobyt w szpitalu określiła, jako „traumatyczne przeżycie”, z uwagi na przykre komentarze personelu medycznego. Aż trzy ankietowane kobiety nie wiedziały, że miały możliwość pożegnania zmarłego dziecka. Tylko jedna odpowiedziała, że nikt nie pytał jej o zgodę na wykonywanie zabiegów. Ponadto jedna pacjentka w uwagach poinformowała, że nie otrzymała od lekarzy informacji, w jakim stanie się znajduje, słyszała przykre komentarze, położne nie zachowywały higieny, w łazience, toalecie i na sali brakowało mydła.

(akta kontroli tom II str. 516-525)

W związku z negatywnymi opiniami pacjentek, NIK zwrócił się do Dyrektora o złożenie wyjaśnień jakie działania podejmował, w celu zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentkom na Oddziale i dlaczego nie były one skuteczne.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że:

„1. Wszystkie pacjentki w trakcie pobytu w Oddziale są informowane o konieczności wykonywanych badań diagnostycznych oraz leczenia. Zgodnie z procedurą przed wykonaniem zabiegu wszystkie pacjentki są o nim informowane oraz podpisują pisemną zgodę.

2. Opieką psychologiczną są objęte wszystkie pacjentki z niepowodzeniami rozrodu. Każdej kobiecie proponowana jest konsultacja psychologiczna. Nie wszystkie pacjentki wyrażają na nią zgodę. W widocznym miejscu na tablicy ogłoszeń wywieszona jest informacja o możliwości skorzystania z porady psychologicznej w trakcie pobytu w oddziale.

3. Personel medyczny Oddziału stara się traktować pacjentki z empatią i ze zrozumieniem, jednak czasami odbiór takiego zachowania może być odmienny od oczekiwanego z uwagi na rozchwiany stan emocjonalny pacjentki w sytuacji w jakiej się znajduje.

4. Pożegnanie ciała płodu jest możliwe w Oddziale jeśli w resztkach pochodzących z poronienia są obecne tkanki płodu, a pacjentka wyraża taką potrzebę. W przypadku gdy nie można wyodrębnić tkanek płodu trudno jest proponować pożegnanie z ciałem dziecka, którego nie ma.

5. W Oddziale proces higieny odbywa się zgodnie z Procedurą Higieny Szpitalnej (tj. 2 razy dziennie i w miarę potrzeby).

W Oddziale dla pacjentek jest dostępna toaleta z dwiema miskami sedesowymi i łazienka z dwiema kabinami prysznicowymi. Nie jest możliwe sprzątnięcie łazienki i toalety po skorzystaniu przez każdą pacjentkę. W trakcie pobytu pacjentki nie zgłaszały problemów z higieną Oddziału.

Personel został poinformowany o uwagach pacjentek w ankietach, na które zwrócił szczególną uwagę, aby w przyszłości je wyeliminować. Rozważana jest zmiana procedury, która by uszczegółowiła postępowanie z pacjentkami, u których ciężce kończą się niepowodzeniem”.

(akta kontroli tom II str. 530-532)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

1. Niektóre pokoje łóżkowe na Oddziale nie spełniały wymagań wynikających z § 18 ust. 1 rozporządzenia z 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, tj. w odcinku położniczym w pokojach łóżkowych<sup>51</sup> numer 1, 2 i 6 oraz w odcinku ginekologicznym

<sup>51</sup> Pokoje, w których w trakcie kontroli NIK przeprowadzono oględziny.

w pokoju łóżkowym nr 2 osiem łóżek dla pacjentek (spośród 38) ustawionych było w taki sposób, że nie zapewniono dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w trakcie oględzin nie wszystkie łóżka miały dostęp z trzech stron, ponieważ sale mają niewielką powierzchnię. Kiedy łóżko nie jest zajmowane przez pacjentkę, wówczas zostaje podsunięte do ściany w celu ułatwienia zachowania czystości. Jednocześnie wraz z zajęciem łóżka przez pacjentkę zgodnie z wymaganiami zachowany jest dostęp z trzech stron poprzez odsunięcie od ściany łóżka. Zdarza się również, że pacjentki same podsuwają łóżko do ściany.

(akta kontroli tom II str. 162-186, 201, 206)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Pokoje łóżkowe, gabinety zabiegowe oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne zostały urządzone w sposób zapewniający pacjentkom poczucie intymności i godności. Jedynie przy wejściu do izby przyjęć nie było informacji o trwającym badaniu. Osiem łóżek dla pacjentek ustawionych było w taki sposób, że nie zapewniono do nich dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Dokumentacja medyczna prowadzona była rzetelnie. Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych były informowane o możliwości skorzystania z pomocy psychologa, zapewniono im również pobyt w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo. SP ZOZ posiadał procedury dotyczące postępowania w przypadku śmierci pacjenta i postępowania ze zwłokami osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych.

## IV. 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. Dokonywanie terminowej aktualizacji zgłoszonych do LOW NFZ danych o personelu medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie pracownikom nieprzerwanego 11 godzinnego wypoczynku po zakończeniu dyżuru oraz wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych przez okres przekraczający 24 godziny.
3. Dostosowanie pokoi łóżkowych w systemie „matka z dzieckiem” do obowiązujących przepisów prawa.
4. Dostosowanie pokoi łóżkowych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Patologii Ciąży do wymagań § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.
5. Terminowe wykonywanie przeglądów technicznych sprzętu medycznego.
6. Określenie w Regulaminie organizacyjnym sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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



Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie. 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.

Lublin, 11 września 2020 r.

Kontroler  
Katarzyna Osiak  
Inspektor kontroli państwowej

Dyrektor  
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli  
w Lublinie  
Edward Lis

.....  
*Podpis*

.....  
*Podpis*