



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.11.4.2025

**Pani
Ewa Krancioch-Schynol
Dyrektor
Gminny Ośrodek Zdrowia
w Gogolinie**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 - Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

| | |
|-------------------------------------|---|
| Jednostka kontrolowana | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie ¹ , ul. Szkolna 2, 47-320 Gogolin |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Ewa Krancioch-Schynol, Dyrektor od 26 sierpnia 2025 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Andrzej Mrowiec, Dyrektor Gminnego Ośrodka Zdrowia w Gogolinie, od 1 września 2020 r. do 31 marca 2025 r. Ewa Krancioch-Schynol, p.o. Dyrektora, od 7 maja 2025 r. do 25 sierpnia 2025 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli | 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej |
| Okres objęty kontrolą | Lata 2022-2025 (do czasu zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenia 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 ² |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu |
| Kontrolerzy | 1. Wojciech Jarzyna, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LOP/87/2025 z 30 czerwca 2025 r. 2. Agnieszka Broszczak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LOP/88/2025 z 30 czerwca 2025 r. |

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: GOZ lub Ośrodek.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

GOZ w okresie objętym kontrolą nie sprawował w pełni prawidłowo opieki nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz nad ich dziećmi.

Lekarze prowadzący ciężce pacjentki w GOZ zgodnie z wymogami *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej*⁴, kierowali pacjentki do położnych POZ. Położne GOZ zrealizowały wizyty patronażowe u położnic i noworodków, przestrzegając wymogu przeprowadzenia co najmniej czterech takich wizyt u każdej z pacjentek. W okresie objętym kontrolą, zatrudniony w GOZ personel w zakresie opieki okołoporodowej, spełniał warunki co do poziomu wykształcenia i kwalifikacji. W GOZ przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

W GOZ pomieszczenia, w których udzielano świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej spełniały wymagania wynikające z przepisów prawa. GOZ dysponował sprzętem umożliwiającym przeprowadzenie badań u kobiet w ciąży, o których mowa w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Jednakże część sprzętu używanego w okresie objętym kontrolą w poradni położniczo-ginekologicznej nie była poddawana wymagany przeglądów technicznym. Ponadto, GOZ nie podjął skutecznych działań w celu zawarcia umowy na wykonywanie mammografii w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2023 r.

GOZ przez cały okres objęty kontrolą posiadał nieaktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Dostęp do informacji o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych był utrudniony, poprzez nieupublicznienie na stronie internetowej GOZ tych informacji, jak również przez brak zamieszczenia na ww. stronie Regulaminu organizacyjnego.

Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży w GOZ, nie odpowiadał w całości wymogom wskazanym w *Standardzie opieki okołoporodowej*. W dokumentacji z wizyt patronażowych położnych, przeprowadzonych u położnic oraz noworodków, nie odnotowano przeprowadzenia szeregu świadczeń pielęgnacyjnych i diagnostycznych, do czego położne były zobligowane. W dokumentacji medycznej pacjentek GOZ, nie przechowywano, pomimo takiego obowiązku, kopii kart przebiegu ciąży pacjentek oraz kopii planów opieki przedporodowej i planów porodów. Ponadto stosowany w GOZ wzór karty przebiegu ciąży nie zawierał niektórych elementów wymaganych *Standardem opieki okołoporodowej*.

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

⁴ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. z 2023 r. poz. 1324. Dalej: Standard opieki okołoporodowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1. Kontrolowana jednostka z dniem 23 sierpnia 2005 r. została wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁶, numer księgi rejestrowej 000000019922. Powyższy wpis nie został jednak zaktualizowany, pomimo zmian w organizacji tego podmiotu. Wśród komórek organizacyjnych jednostki kontrolowanej, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, w RPWDL wskazano m.in. Poradnię Położniczo-Ginekologiczną, Poradnię Neonatologiczną, gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Jednostka kontrolowana w okresie objętym kontrolą nie prowadziła jednak poradni neonatologicznej, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Rada Miejska w Gogolinie w dniu 28 kwietnia 2021 r. podjęła uchwałę⁷, na mocy której nadała Statut Gminnemu Ośrodkowi Zdrowia w Gogolinie. W treści Statutu jako organy GOZ wskazano Dyrektora oraz Radę Społeczną⁸, nałożono również na Dyrektora GOZ obowiązek ustalenia Regulaminu Organizacyjnego⁹. GOZ posiadał osobowość prawną, a nadzór nad jednostką kontrolowaną sprawował w okresie objętym kontrolą podmiot tworzący, tj. Gmina Gogolin. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza funkcjonowała według godzin pracy ustalanych w comiesięcznych harmonogramach pracy, w dniach roboczych, od poniedziałku do piątku. Na podstawie próby¹⁰ ustalono, że poradnia ginekologiczno-położnicza była czynna w dniach i godzinach zgodnych z czasem wskazanym w załączniku do umowy z OOW NFZ. W momencie wszczęcia czynności kontrolnych przez NIK¹¹, w GOZ obowiązywał Regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą¹², obowiązujący od dnia 1 lipca 2012 roku. Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym, bezpośredni nadzór merytoryczny nad działalnością pracowników medycznych przypisano Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych. W zapisach Statutu oraz Regulaminu organizacyjnego stwierdzono rozbieżności, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 12-36, 85)

⁵ 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.

⁶ Na dzień rozpoczęcia kontroli NIK w dniu 1 lipca 2025 r. Dalej: RPWDL.

⁷ Uchwała NR XXXVI/395/2021 Rady Miejskiej w Gogolinie z dnia 28 kwietnia 2021 r. w sprawie uchwalenia Statutu Gminnego Ośrodka Zdrowia w Gogolinie.

⁸ § 7 Statutu GOZ.

⁹ § 12 ust. 3.

¹⁰ Na podstawie próby, obejmującej miesiące luty i sierpień lat 2022, 2023, 2024 oraz luty 2025.

¹¹ W dniu 1 lipca 2025 r.

¹² Dalej: Regulamin organizacyjny.

2. Liczba zarejestrowanych w GOZ pacjentek¹³ od 2022 do 2025 r. (I połowa) wyniosła 9 521 kobiet¹⁴. W tym samym okresie w GOZ prowadzono 599 ciąż¹⁵, a 211 pacjentek¹⁶ objęto wizytami patronażowymi przeprowadzonymi przez położne.

(akta kontroli str. 88)

3. Na podstawie próby¹⁷ ustalono że, w okresie objętym kontrolą, zatrudniony w GOZ personel zapewniający opiekę okołoporodową, spełniał warunki co do kwalifikacji, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁸ oraz co do liczby i kwalifikacji określone w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W kontrolowanym okresie w Poradni Ginekologiczno-Położniczej pracowało siedmiu lekarzy i trzy położne (te same co w gabinecie położnej POZ).

(akta kontroli str. 54-55, 211-212)

4. Łączna kwota wydatków poniesionych w GOZ na szkolenia personelu w latach 2022-2025 (I połowa) wyniosła 29 650,00 zł¹⁹. Jednakże w okresie tym nie poniesiono żadnych kosztów na szkolenia personelu poradni ginekologiczno-położniczej oraz na szkolenia położnych. Dyrektor wyjaśniła, że GOZ nie ponosił kosztów szkoleń w zakresie opieki okołoporodowej. Dyrektor wyjaśniła również, że personel Poradni Ginekologiczno-Położniczej oraz położne uczestniczyły w kursach we własnym zakresie²⁰. W trakcie kontroli NIK Dyrektor wydała personelowi GOZ pisemne polecenie zobowiązujące lekarzy ginekologów-położników oraz położne do uczestniczenia w szkoleniach z zakresu *Standardu opieki okołoporodowej*, które będą finansowane przez GOZ

(akta kontroli str. 87, 223-224, 324-338, 390)

5. Ośrodek dysponował sprzętem umożliwiającym przeprowadzenie badań, o których mowa w *Standardzie opieki okołoporodowej* (część II - Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzenia), tj.: do pomiaru wzrostu, ciężaru ciała, ciśnienia, badania cytologicznego, USG i KTG. GOZ nie został wyposażony w sprzęt dostosowany do przeprowadzenia badań u osób z niepełnosprawnością lub otyłych w postaci odpowiedniej wagi (np. najazdowej, krzesłkowej lub łóżkowej).

Dyrektor wyjaśniła, że (...) *W celu dostosowania naszej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i otyłych, informuję że w dniu 20 sierpnia 2025 r.*

¹³ Tj. pacjentek, które w danym roku odbyły minimum jedną wizytę.

¹⁴ W tym: 2 191 w 2022 r., 2 656 w 2023 r., 2 709 w 2024 r., 1 965 w I połowie 2025 r.

¹⁵ W tym: 172 w 2022 r., 192 w 2023 r., 163 w 2024 r., 72 w I połowie 2025 r.

¹⁶ W tym: 80 w 2022 r., 66 w 2023 r., 51 w 2024 r., 14 w I połowie 2025 r.

¹⁷ Obejmującej miesiące luty i sierpień w latach 2022-2024.

¹⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS.

¹⁹ W tym: 7 610,00 zł w 2022 r., 18 020,00 zł w 2023 r., 4 020,00 zł w 2024 r., w I połowie 2025 r. nie poniesiono wydatków na szkolenia.

²⁰ Personel uczestniczył m.in. w symposium „Aktualne Problemy Perinatologii” w 2025 r., w kursie „Próżniociąg położniczy” w 2025 r., w warsztatach praktycznych z zakresu diagnostyki prenatalnej w 2023 r., w kursie „Podstawy Ultrasonografii w Położnictwie i Ginekologii” w 2023 r.

zakupiono i zainstalowano w gabinecie ginekologicznym wagę, która umożliwia pomiar wagi do 250 kg oraz pomiar BMI. Rozwiązanie to zapewni komfort i bezpieczeństwo pacjentkom, które wymagają specjalistycznego sprzętu.

(akta kontroli str. 225, 231, 293-309)

Ośrodek posiadał na wyposażeniu również sprzęt i aparaturę określoną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS (Załącznik nr 1) oraz w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ (załącznik nr 3, część III) oraz sprzęt zadeklarowany w umowach zwartych z NFZ w kontrolowanym okresie.

(akta kontroli str. 293-309)

W wyniku weryfikacji prawidłowości poddawania urządzeń będących w dyspozycji Poradni Ginekologiczno-Położniczej kontrolom stanu technicznego ustalono, że w trzech z dziesięciu przypadków sprzęt ten był poddawany terminowym przeglądom. W czterech przypadkach zaniechano realizacji tego obowiązku, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W odniesieniu do pozostałych trzech urządzeń, tj. aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i detektora tętna płodu Dyrektor wyjaśniła, że (...) *W odniesieniu do sprzętu o niskiej wartości, (...) uprzejmie informuję, że w przypadku stwierdzenia jakiegokolwiek nieprawidłowości w ich działaniu, są one natychmiast wycofywane z użytku i zastępowane nowymi egzemplarzami. Producenci tego typu sprzętu nie dołączyli dokumentacji technicznej, która nakładałaby obowiązek okresowych przeglądów, dlatego w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, przyjęto w placówce procedurę ich wymiany na nowe. (...).*

(akta kontroli str. 253, 255, 276-278, 293-309)

6. W okresie objętym kontrolą w Ośrodku zapewniono dostęp do badań i procedur medycznych ujętych w umowach zawartych z NFZ oraz w *Standardzie opieki okołoporodowej* (część II - Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzenia).

Zapewniono również dostęp do badań w ramach porad specjalistycznych w zakresie położnictwo i ginekologia, zgodnie z wymogiem wynikającym z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS (Załącznik 1), tj. do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, badań USG, RTG, kolposkopii oraz mammografii (od 1 października 2023 r.)²¹, a także do krioterapii i elektrokoagulacji. Brak zapewnienia dostępu do badań mammograficznych w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2023 r. stanowi nieprawidłowość opisaną w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²¹ Umowa 7/Mz/2023 z 26 lipca 2023 r. zawarta z „Centrum Zdrowia w Opolu” Sp. z o.o. z siedzibą w Opolu, przy ul. Kościuszki 2, 45-062 Opole – na wykonywanie badań mammograficznych w terminie od 1 października 2023 r. do 30 czerwca 2028 r.

W zakresie oddalenia od Ośrodka placówki wykonującej badania mammograficzne od 1 października 2023 r.²² Dyrektor wyjaśniła, że (...) *Wybór placówki (...), był podyktowany tym, że jest to najbliższy dostępny ośrodek wykonujący tego typu badania. Gogolin i Opole są bardzo dobrze skomunikowane, co zapewnia optymalny dojazd pacjentkom (węzeł autostrady A4 oraz dworce PKP i PKS).*

(akta kontroli str. 225-228, 231-233, 281-308)

7. W wyniku oględzin ustalono, że pomieszczenia jednostki kontrolowanej, w których udzielano świadczeń opieki okołoporodowej spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²³, tj.:

- a/ ogólnoprzestrzenne, o których mowa w § 14 ust. 1 oraz § 16 rozporządzenia;
- b/ dotyczące instalacji, o których mowa w § 37 ust. 1-2 rozporządzenia;
- c/ określone dla ambulatoriów w Załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia.

Ośrodek spełniał także wymagania lokalowe określone w Załączniku nr 3 (część III) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁴, dotyczące warunków realizacji świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewniono również sprzęt dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych, tj. wózki, a budynek był wyposażony w windę.

(akta kontroli str. 293-309)

W trakcie oględzin gabinetu diagnostyczno-zabiegowego ustalono, że pacjentkom zapewniono poczucie intymności i godności, m.in. poprzez odpowiednie ulokowanie fotela ginekologicznego oraz zabezpieczenie okien w gabinecie przed możliwością wglądu przez osoby postronne. Na drzwiach wejściowych do gabinetu brak było jednak informacji o trwającym badaniu. Dyrektor wyjaśniła, że (...) *W odniesieniu do braku wyposażenia w postaci informacji o trwającym badaniu, uprzejmie informuję, że w trakcie trwania kontroli, gabinet diagnostyczno-zabiegowy został wyposażony w informację o trwającym badaniu. Dotychczas i nadal, dostęp do gabinetu lekarskiego był nadzorowany przez położną, co zapewniało pełną intymność i godność pacjentek. Położna informowała pacjentki o trwającym badaniu.*

(akta kontroli str. 225-228, 231-233, 293-305)

8. W kontrolowanym okresie w Ośrodku przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, co było zgodne z art. 25 ust. 1-2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia²⁵ oraz Standardem opieki okołoporodowej (część XIII pkt 3 ppkt. 10). Powyższe ustalono w wyniku oględzin przeprowadzonych w jednostce kontrolowanej oraz weryfikacji

²² Według wskazań Google Maps placówka oddalona o 24,4 km (32 minuty jazdy samochodem) od Ośrodka.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.

²⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1448.

stosowanych w kontrolowanym okresie formularzy kart ciąży, które nie promowały mleka modyfikowanego.

(akta kontroli str. 293-309)

9. W latach 2022-2025 (I połowa) w GOZ kontrole przeprowadzili pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krapkowicach²⁶. W ich wyniku nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących sprawowanej opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 145-181)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wbrew obowiązkowi wskazanemu w art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁷, GOZ nie wystąpił do organu prowadzącego²⁸ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z wnioskiem o zmianę danych w tym rejestrze, mimo niepodjęcia działalności przez Poradnię Neonatologiczną. Zgodnie z treścią wpisu w RPWDL, do momentu podjęcia czynności kontrolnych przez NIK, w Dziale III Księgi rejestrowej nr 000000019922, jako jedną z komórek organizacyjnych GOZ wskazano tą poradnię.

Dyrektor wyjaśniła, że wpis do RPWDL nie został zaktualizowany z powodu przeoczenia. Od momentu objęcia przeze mnie stanowiska p.o. dyrektora podejmowałam działania zmierzające do uporządkowania zapisów w rejestrach, jednak możliwość dokonania zmian w RPWDL była uzależniona od wcześniejszej aktualizacji wpisu w KRS. W chwili obecnej aktualizacja w KRS została już przeprowadzona i niezwłocznie zostaną podjęte przeze mnie stosowne czynności w zakresie korekty wpisu w RPWDL.

W trakcie trwania kontroli NIK, w GOZ podjęto działania mające na celu aktualizację wpisu do RPWDL, dlatego też NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 37, 39, 84-85, 313, 365-370)

2. Pomiędzy postanowieniami Regulaminu organizacyjnego GOZ i Statutu jednostki stwierdzono rozbieżności, świadczące o braku wymaganej rzetelności w działaniach w obszarze aktualizacji dokumentacji dotyczącej organizacji jednostki. I tak: w Regulaminie organizacyjnym wskazano, że strukturę organizacyjną Ośrodka Zdrowia tworzy Przychodnia, a w jej skład wchodzi 18 komórek organizacyjnych²⁹. W § 12 ust. 1 Statutu z 2021 r. wskazano natomiast, że strukturę organizacyjną Ośrodka Zdrowia³⁰ tworzy Dyrektor, dział

²⁶ Zakres przedmiotowy kontroli dotyczył m.in.: ustalenia sposobu prowadzenia nadzoru nad preparatami szczepionkowymi, wykonawstwa szczepień ochronnych oraz dokumentacji szczepień; ustalenia sposobu przeprowadzania procesów dezynfekcji, mycia i sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego, oceny zgłaszalności podejrzeń/zachorowań na choroby zakaźne, prowadzenia kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się chorób zakaźnych i zakażeń, oceny stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń obiektu, postępowania z bielizną stosowaną w obiekcie, gospodarowania odpadami medycznymi oraz pozostałymi odpadami.

²⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

²⁸ Województwie Opolskiemu.

²⁹ Pkt. IV Regulaminu organizacyjnego.

³⁰ § 12 Statutu.

Administracyjno-Finansowo-Medyczny i stanowiska niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Ośrodka Zdrowia, a także 26 komórek organizacyjnych.

Dyrektor wyjaśniła że *rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu organizacyjnego a Statutem wynikają z faktu, że dokumenty te były nowelizowane w różnych terminach. Obecnie trwają prace nad ich ujednoczeniem i aktualizacją.* Wyjaśniła również, że *różnice w opisie struktury organizacyjnej wynikają z nowelizacji Statutu. Struktura organizacyjna została rozbudowana wraz z rozwojem działalności GOZ, co zostanie odpowiednio ujęte w zaktualizowanym Regulaminie organizacyjnym.*

W trakcie trwania kontroli NIK, w GOZ dokonano ujednoczenia zapisów w Regulaminie organizacyjnym oraz Statucie GOZ.

(akta kontroli str. 12-36, 85, 347-362)

3. Na stronie internetowej GOZ oraz Biuletynu Informacji Publicznej GOZ, nie zamieszczono informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12³¹ oraz art. 23a ust. 1³² ustawy o działalności leczniczej, pomimo takiego obowiązku, wskazanego w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto, pomimo wskazania w treści Regulaminu organizacyjnego³³, że zostanie udostępniony na stronie www.gogolin.pl, do czasu podjęcia czynności kontrolnych przez kontrolerów NIK, na ww. stronie internetowej nie zamieszczono tego dokumentu³⁴.

Dyrektor wyjaśniła, że rzeczywiście ww. informacje nie zostały zamieszczone na stronie internetowej GOZ ani też w Biuletynie Informacji Publicznej GOZ, *gdyż było to spowodowane brakiem wcześniejszej praktyki publikowania dokumentu w internecie, jednakże Regulamin organizacyjny był dostępny do wglądu w rejestracji GOZ na życzenie pacjentów. Obecnie trwają prace nad aktualizacją dokumentu, po czym zostanie on niezwłocznie opublikowany.*

W trakcie trwania kontroli NIK, w Biuletynie Informacji Publicznej GOZ zamieszczono zaktualizowany Regulamin organizacyjny.

(akta kontroli str. 12-31, 85-86, 347-362)

4. Kierownictwo GOZ nie zapewniło rzetelnej realizacji postanowień Regulaminu organizacyjnego GOZ, gdyż pomimo wskazania w treści tego dokumentu³⁵, że umożliwia się - za pośrednictwem adresu internetowego³⁶ - możliwość rejestracji internetowej, funkcjonalność taka nie została zapewniona. Dyrektor wyjaśniła, że *w przeszłości możliwość kontaktu online dotyczyła wyłącznie kontaktu z położną poprzez komunikator Skype. Pełna funkcjonalność rejestracji online nigdy nie była dostępna. Obecnie pacjenci zapisują się na wizyty osobiście lub*

³¹ Tj. aktualnych informacji dotyczących: rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych; wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (...); wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta (...); wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

³² Określenie w Regulaminie organizacyjnym sposobu obserwacji pomieszczeń.

³³ Rozdział IX Postanowienia końcowe, pkt. 3.

³⁴ W Regulaminie organizacyjnym przewidziano też, że dokument ten jest udostępniany, na wniosek pacjenta, w Rejestracji.

³⁵ Rozdział VI Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego, pkt. 3.

³⁶ www.skepporadnia.gin.gogolin.

telefonicznie. Rozważana jest jednak możliwość uruchomienia systemu rejestracji internetowej w przyszłości – po analizie technicznych i organizacyjnych możliwości GOZ.

W trakcie trwania kontroli NIK, dokonano zmiany treści Regulaminu organizacyjnego i został on opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej GOZ, w treści zmienionego Regulaminu organizacyjnego usunięto możliwość rejestracji internetowej.

(akta kontroli str. 12-31, 86, 347-362)

5. W Ośrodku nie zapewniono terminowego przeprowadzania przeglądów technicznych czterech urządzeń (wyrobów medycznych) wykorzystywanych w działalności Poradni Ginekologiczno-Położniczej, tj. a/ aparatu USG Voluson S6³⁷, aparatu do elektrochirurgii (Eltron 200)³⁸, Kardiotokografu³⁹ oraz wideokolposkopu (VC – HD 1000)⁴⁰.

Zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁴¹, podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów, wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej zobowiązani są posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3.

Ponadto, zgodnie z art. 63 ust. 4 ww. ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej muszą mieć dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania wyrobu lub

³⁷ 24 kwietnia 2023 r. wykonano przegląd techniczny i wyznaczono termin następnego przeglądu nie później niż 23 kwietnia 2024 r., natomiast przegląd ten został wykonany dopiero 18 września 2024 r. (opóźnienie wyniosło pięć miesięcy).

³⁸ a/ 29 maja 2020 r. wykonano przegląd techniczny i określono datę ważności przeglądu na 29 maja 2022 r., natomiast przegląd ten został wykonany dopiero 24 kwietnia 2023 r. (opóźnienie wyniosło 11 miesięcy),

b/ 24 kwietnia 2023 r. wykonano przegląd techniczny i wyznaczono datę wykonania następnego przeglądu nie później niż 23 kwietnia 2024 r., natomiast przegląd ten został wykonany dopiero 22 kwietnia 2025 r. (opóźnienie wyniosło 12 miesięcy).

³⁹ Aparat został zakupiony 21 grudnia 2011 r. Nie przedłożono kontrolującemu dokumentacji urządzenia dotyczącej poddawania go przeglądom technicznym w okresie do 21 kwietnia 2025 r. Jedyną informacją, która została zawarta na urządzeniu (naklejka) dotyczyła poddania ww. urządzenia przeglądowi technicznemu w dniu 22 kwietnia 2025 r. (aparat sprawny) i wyznaczenia nowego terminu przeglądu nie później niż 30 kwietnia 2026 r.

⁴⁰ W okresie od 11 października 2021 r. (data zakupu urządzenia) do 23 kwietnia 2023 r. (24 kwietnia 2023 r. pierwsza adnotacja w paszporcie technicznym dotycząca dokonanego przeglądu) nie przeprowadzono żadnego przeglądu. Następnie w związku z przeglądem w dniu 24 kwietnia 2023 r., wyznaczono datę kolejnego nie później niż 23 kwietnia 2024 r., jednak przegląd ten został wykonany dopiero 22 kwietnia 2025 r. (opóźnienie wyniosło 12 miesięcy).

⁴¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620.

zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w ust. 3. Zgodnie z ust. 5, dokumentację, o której mowa w ust. 3 i 4, przechowuje się nie krócej niż przez okres 5 lat od dnia zaprzestania używania wyrobu.

(akta kontroli str. 225-275)

Dyrektor wyjaśniła, że (...) Aparat USG Voluson S6 (...) przegląd z 2024 r., opóźnienie to było wynikiem przeoczenia administracyjnego w harmonogramie przeglądów. W celu uniknięcia podobnych sytuacji, wdrożyliśmy nowy system monitorowania terminów przeglądów, który zapewnia ich terminowe planowanie. (...) Aparat do elektrochirurgii ELTRON 200 – opóźnienie w przeglądach technicznych tego aparatu były spowodowane tym, że urządzenie było w tym okresie nieużywane. Przeglądy nie zostały zlecone, co było wynikiem przeoczenia administracyjnego w harmonogramie przeglądów. (...) W odniesieniu do aparatu KTG Kardiotokograf, uprzejmie informuję, że w wyniku wglądu w dokumentację placówki stwierdzono brak dokumentacji dotyczącej wcześniejszych przeglądów przed datą 22 kwietnia 2025 r. Jednocześnie informuję, że na urządzeniu znajduje się aktualna nalepka potwierdzająca wykonanie przeglądu technicznego w dniu 22 kwietnia 2025 r. oraz wyznaczenie nowego terminu na 30 kwietnia 2026 r. Adnotacja ta świadczy o tym, że w momencie kontroli urządzenie było sprawne, a jego użytkowanie bezpieczne. (...) Potwierdzam, że w okresie od 11 października 2021 r. do 24 kwietnia 2023 r. nie prowadzono przeglądów technicznych wideokolposkopu (VC-HD 1000). Brak ten wynika z przeoczenia administracyjnego, jednak urządzenie to było sprawne i wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych. (...)

(akta kontroli str. 225-234)

6. W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2023 r. w Ośrodku nie zapewniono pacjentkom dostępu do badań mammograficznych. Ośrodek nie dysponował sprzętem pozwalającym na wykonanie takich badań, a stosowna umowa w tym zakresie została podpisana z podmiotem zewnętrznym 26 lipca 2023 r. Umowa ta przewidywała wykonywanie badań mammograficznych w okresie od 1 października 2023 r. do 30 czerwca 2028 r.⁴² Zgodnie z poz. 34 Tabeli ujętej w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS, w ramach udzielania porady specjalistycznej w zakresie położnictwo i ginekologia, podmiot powinien zapewnić dostęp do mammografii.

(akta kontroli str. 281-283, 293-309)

Dyrektor wyjaśniła, że (...) W odniesieniu do braku dostępu do badań mammograficznych w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2023 r., informuję, że w obecnej chwili, z uwagą na brak dokumentacji źródłowej i informacji z tamtego okresu, nie jestem w stanie wskazać dokładnych przyczyn niepodpisania stosownej umowy. Jednocześnie informuję, że w celu zapewnienia dostępu do badań mammograficznych w dniu 26 lipca 2023 r. zawarto stosowną umowę z podmiotem zewnętrznym. Umowa ta obowiązuje od 1 października 2023 r. i zapewnia

⁴² Umowa 7/Mz/2023 z 26 lipca 2023 r. zawarta z „Centrum Zdrowia w Opolu” Sp. z o.o. z siedzibą w Opolu, przy ul. Kościuszki 2, 45-062 Opole – na wykonywanie badań mammograficznych w terminie od 1 października 2023 r. do 30 czerwca 2028 r.

pacjentkom stały dostęp do tych świadczeń. Obecnie placówka spełnia wszystkie wymagania w tym zakresie.

(akta kontroli str. 225-227, 233)

OCENA CZĄSTKOWA

Zatrudniony w GOZ personel, w zakresie opieki okołoporodowej, posiadał wymagane kwalifikacje, a pomieszczenia, w których udzielano takich świadczeń spełniały wymagania wynikające z obowiązujących przepisów. W GOZ przestrzegano zakazu prowadzenia działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Stwierdzono jednak, że Regulamin organizacyjny GOZ nie został opublikowany na stronie internetowej, a pomiędzy zapisami Regulaminu organizacyjnego i Statutu GOZ wystąpiły rozbieżności. Ponadto przez cały okres objęty kontrolą wpis do RPWDL nie został zaktualizowany, pomimo zaistnienia przesłanek do wprowadzenia zmiany dotyczącej Poradni Neonatologicznej. Stwierdzono też przypadki braku poddawania wymaganym przeglądom technicznym sprzętu używanego w Poradni Położniczo-Ginekologicznej.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

1. W okresie objętym kontrolą w GOZ nie prowadzono szkoły rodzenia. W Ośrodku realizowano edukację przedporodową w formie indywidualnych spotkań położnych środowisko-rodzinnych z kobietami ciężarnymi⁴³. Dyrektor wyjaśniła że, *celem takiego podejścia było zapewnienie spersonalizowanego wsparcia i dopasowania treści do indywidualnych potrzeb oraz pytań pacjentki. Zakres omawianych zagadnień obejmował kluczowe aspekty przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem, zapewniając kompleksowe wsparcie merytoryczne.* Na podstawie próby⁴⁴ potwierdzono prowadzenie indywidualnych zajęć z opieki przedporodowej. Dyrektor wyjaśniła że *w przypadku zaistnienia konieczności włączenia w proces edukacji innego specjalisty, np. fizjoterapeuty, dietetyka, neonatologa czy psychologa, wystawiane było stosowne skierowanie. Pragniemy również zaznaczyć, że w ramach GOZ funkcjonuje dział fizjoterapii oraz poradnia zdrowia psychicznego, które w razie potrzeby aktywnie wspomagają proces edukacji przedporodowej.* Jednostka kontrolowania udostępniała kobietom w ciąży *Kompleksowy poradnik dla przyszłych rodziców: przygotuj się na ciążę, poród i pierwsze tygodnie z dzieckiem.* Powyższe opracowanie zostało podzielone na trzy części: I – Ciąża – czas oczekiwania i przygotowań; II – Wielki dzień – poród; III – Pierwsze Tygodnie z Noworodkiem – połów i nowa rola. Indywidualne spotkania położnych z przyszłymi matkami były dokumentowane przez położne, a uczestniczące w nich kobiety swoją obecność na zajęciach potwierdzały podpisem. W okresie objętym kontrolą położne objęły edukacją przedporodową 215 kobiet⁴⁵.

(akta kontroli str. 84, 88, 104, 185-109)

⁴³ Obecne mogły być również osoby towarzyszące ciężarnym kobietom.

⁴⁴ Obejmującej badanie dokumentacji 30 ciężarnych kobiet.

⁴⁵ W tym: 83 w 2022 r., 79 w 2023 r., 43 w 2024 r., 10 w I połowie 2025 r.

2. Na podstawie próby⁴⁶ ustalono, że zakres udokumentowanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży w GOZ, nie odpowiadał wymogom wskazanym w *Standardzie opieki okołoporodowej*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 195-198)

3. Dyrektor wyjaśniła, że pacjentki były informowane o możliwości skorzystania z badań prenatalnych podczas wizyt w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, przez lekarza prowadzącego oraz położne środowiskowe. Otrzymały one również skierowania do placówki Centrum Medyczne Femmina w Opolu⁴⁷. Dyrektor wyjaśniła również, że pacjentki informowano, że mogą wykonać badania prenatalne także w dowolnie wybranym ośrodku posiadającym odpowiedni kontrakt z NFZ.

Na podstawie próby⁴⁸ ustalono, że wszystkim pacjentkom zaproponowano przeprowadzenie badań prenatalnych, z którego to badania skorzystały wszystkie kobiety, których dokumentację medyczną objęto próbą kontrolną. Dyrektor wyjaśniła, że *wszystkie pacjentki były kierowane na badania prenatalne, ponieważ na terenie województwa opolskiego realizowany był program unijny umożliwiający każdej ciężarnej bezpłatne wykonanie badań. Skierowanie nie ograniczało pacjentek do konkretnej placówki – mogły zrealizować badania w ramach programu w innej placówce, a także prywatnie.*

(akta kontroli str. 85, 190, 213-214, 223)

4. Lekarze prowadzący ciążę pacjentek w GOZ zgodnie z wymogami *Standardu opieki okołoporodowej* kierowali pacjentki do położnych POZ. Do dokumentacji medycznej każdej z pacjentek objętych badaniem kontrolnym⁴⁹ dołączono oświadczenie pacjentki, że została skierowana do położnej POZ.

(akta kontroli str. 190)

5. Na podstawie próby⁵⁰ ustalono, że w dokumentacji medycznej pacjentek GOZ, nie przechowywano kopii kart przebiegu ciąży, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Brak powyższych dokumentów uniemożliwia ocenę rzetelności prowadzenia dokumentacji pacjentek w ciąży. W GOZ stosowano jeden wzór karty przebiegu ciąży⁵¹, która stanowiła dokumentację zewnętrzną indywidualną przeznaczoną na potrzeby pacjentki. Wzór karty zawierał wszystkie elementy określone w § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵².

⁴⁶ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁴⁷ Oddalonego do GOZ o 26 km.

⁴⁸ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁴⁹ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁵⁰ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁵¹ Formularz otrzymany od przedstawiciela farmaceutycznego w kształcie składanej książeczki stosowany w całym okresie objętym kontrolą.

⁵² Dz. U. z 2024 poz. 798.

We wzorze tym nie przewidziano jednak miejsca na zawarcie części informacji, o których mowa w *Standardzie opieki okołoporodowej*, co również opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 187, 215, 314-318)

6. Na podstawie próby⁵³ ustalono, że w dokumentacji medycznej pacjentek GOZ, nie przechowywano kopii planów opieki przedporodowej i planów porodów pacjentek, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Brak powyższych dokumentów uniemożliwił ocenę rzetelności prowadzenia dokumentacji pacjentek w ciąży. Do dokumentacji medycznej pacjentek załączono oświadczenia tych kobiet, w których potwierdziły, że otrzymały i zapoznały się z planem porodu oraz planem opieki prenatalnej.

(akta kontroli str. 216, 318)

7. Na podstawie próby⁵⁴ ustalono, że położne GOZ zrealizowały wizyty patronażowe u położnic i noworodków, przestrzegając wymogu przeprowadzenia co najmniej czterech takich wizyt u każdej z pacjentek. W przypadku trzech z 30 pacjentek objętych próbą, pierwsza wizyta patronażowa położnej odbyła się w terminie dłuższym niż 48 godzin po uzyskaniu informacji o wypisaniu położnicy ze szpitala, pomimo takiego obowiązku wskazanego w części XIV pkt. 8 *Standardu opieki okołoporodowej*. Dyrektor wyjaśniła, że *opóźnienia w przeprowadzeniu pierwszych wizyt patronażowych dotyczyły okresu pandemii COVID-19 i wynikały z ograniczeń organizacyjnych oraz epidemiologicznych*. Na podstawie próby ustalono również, że w dokumentacji z wizyt patronażowych położnych nie odnotowano przeprowadzenia szeregu świadczeń pielęgnacyjnych i diagnostycznych, do przeprowadzenia których położne były zobligowane, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 185-194, 223)

8. Wśród najczęściej wskazywanych przez kadrę zarządzającą oraz personel GOZ problemów w sprawowaniu opieki okołoporodowej, znalazły się m.in.: a/ ograniczony czas wizyty patronażowej u noworodka i matki dziecka, co może wpływać na jakość świadczenia i poziom satysfakcji pacjentek; b/ zbyt mocno rozbudowana biurokracja - obowiązek prowadzenia szczegółowej dokumentacji medycznej; c/ zbyt niska wycena świadczeń przez NFZ.

(akta kontroli str. 319-323)

9. W okresie objętym kontrolą do Ośrodka nie wpłynęły skargi dotyczące opieki okołoporodowej.

W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK uzyskano również informację z Narodowego Funduszu Zdrowia Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego w Opolu⁵⁵, z której wynikało, że do NFZ w kontrolowanym okresie nie wpływały skargi dotyczące udzielanych GOZ świadczeń związanych z opieką okołoporodową.

(akta kontroli str. 225-252, 338-339)

⁵³ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁵⁴ Obejmującej wizyty patronażowe u 30 położnic.

⁵⁵ Dalej: NFZ.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wynikający z dokumentacji medycznej zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży w GOZ, nie odpowiadał niektórym wymogom wskazanym w *Standardzie opieki okołoporodowej*. Na podstawie próby⁵⁶ stwierdzono przypadki braku udokumentowania wykonania pełnego zakresu badań/działań edukacyjnych wobec kobiet w ciąży, przewidzianych w części II *Standardu opieki okołoporodowej* – Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. I tak:

a/ w dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek, które do 10 tygodnia ciąży (lub wcześniej) stały się na badanie, nie odnotowano, czy przeprowadzono: badanie gruczołów sutkowych; wyliczenie wskaźnika BMI; propagowanie zdrowego stylu życia; zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek;

b/ w dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek, które między 11 a 14 tygodniem ciąży stały się na badanie, nie odnotowano, czy przeprowadzono: ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji, propagowanie zdrowego stylu życia;

c/ w dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek, które między 15 a 20 tygodniem ciąży stały się na badanie, nie odnotowano, czy przeprowadzono propagowanie zdrowego stylu życia;

d/ w dokumentacji medycznej żadnej z pacjentek, które między 33 a 37 tygodniem ciąży stały się na badanie, nie odnotowano, czy przeprowadzono: ocenę wymiarów miednicy, badanie gruczołów sutkowych;

e/ w przypadku ośmiu pacjentek, które między 38 a 39 tygodniem ciąży stały się na badanie, nie odnotowano zlecenia przeprowadzenia badań ogólnego moczu oraz morfologii krwi.

Dyrektor wyjaśniła, że brak wpisów w dokumentacji *miał charakter formalny i nie oznaczał braku wykonania świadczeń*.

W trakcie kontroli NIK Dyrektor wydała Zastępcy Dyrektora GOZ ds. medycznych pisemne polecenie zobowiązujące wszystkich lekarzy ginekologów-położników, do przestrzegania przekazanego w załączeniu do ww. pisma schematu wizyt ciężarnych pacjentek, zgodnego ze *Standardem opieki okołoporodowej*.

(akta kontroli str. 195-198, 221, 338-346)

W odniesieniu do przywołanych powyżej wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 9 ust. 2 Zarządzenie Nr 79/2022/Dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁵⁷ potwierdzeniem udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Jednocześnie w myśl § 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dokumentację indywidualną wewnętrzną

⁵⁶ Obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek.

⁵⁷ Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ.

stanowią m.in. historia zdrowia i choroby oraz wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, a zgodnie z § 4 wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

2. W dokumentacji medycznej pacjentek⁵⁸, nie znajdowały się kopie kart przebiegu ciąży oraz kopie planów opieki przedporodowej i planów porodów, pomimo że w § 2 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁹ wskazano, że w przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej, załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

Dyrektor wyjaśniła, że ww. dokumenty były wydawane pacjentkom, które pisemnie potwierdzały ich odbiór na osobnym formularzu. W GOZ nie wykonywano kopii ww. dokumentów, stąd brak ich w dokumentacji wewnętrznej.

W trakcie trwania kontroli NIK, Dyrektor wyjaśniła, że zobowiązała pracowników GOZ do przechowywania kopii ww. dokumentów, w efekcie czego NIK odstępuje od sformowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 187, 223, 314-318, 371-372, 390)

3. W dokumentacji medycznej noworodków, objętych próbą⁶⁰, u których położna GOZ przeprowadziła wizyty patronażowe, nie odnotowano, pomimo takiego obowiązku wskazanego w art. XIV ust. 5 *Standardu opieki okołoporodowej*, że położna dokonała:

a/ oceny temperatury ciała⁶¹;

b/ oceny masy ciała⁶²;

c/ oceny poziomu bilirubiny u noworodka w oparciu o topografię żółtaczki według schematu Kramera oraz pobieranie materiału do testów przesiewowych w kierunku wykrycia chorób metabolicznych⁶³;

d/ oceny u noworodka: czynności serca, czynności oddechowej, obecności odruchów noworodkowych;

e/ oceny higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek.

Zgodnie z przywołanym powyżej przepisem, ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej.

Dyrektor wyjaśniła, że położne przeprowadzały ocenę ww. parametrów, jednakże nie odnotowywały przeprowadzenia oceny w dokumentacji medycznej noworodków.

⁵⁸ Dotyczy próby obejmującej badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

⁵⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 798.

⁶⁰ Zbadano dokumentację medyczną 30 noworodków.

⁶¹ Odnotowano jedynie podczas pierwszej wizyty patronażowej, podczas pozostałych wizyt patronażowych brak takiego zapisu.

⁶² Odnotowano jedynie podczas pierwszej wizyty patronażowej, podczas pozostałych brak takiego zapisu.

⁶³ Odnotowano jedynie podczas pierwszej wizyty patronażowej, podczas pozostałych brak takiego zapisu.

W trakcie trwania kontroli NIK, Dyrektor wyjaśniła również, że zobowiązała położne do odnotowywania, w treści ww. dokumentów, potwierdzenia przeprowadzenia wszystkich niezbędnych działań, dlatego też NIK odstępuje od sformowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 191-194, 223, 338, 390)

4. W dokumentacji medycznej wszystkich 30 pacjentek objętych próbą, które urodziły⁶⁴ w okresie objętym kontrolą, a położne GOZ przeprowadziły u tych pacjentek wizyty patronażowe, w żadnym z przypadków nie odnotowano, pomimo takiego obowiązku wskazanego w art. XIV ust. 5 *Standardu opieki okołoporodowej*:

a/ czy opracowano indywidualny plan opieki;

b/ czy pacjentka otrzymała pomoc psychologiczną;

c/ czy poinformowano o: obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne; udzieleniu osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w porożu i przygotowaniu do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy;

d/ czy przeprowadzono ocenę: czynności pęcherza moczowego i jelit, higieny ciała, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka, możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej, jak też czy zwrócono uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny;

e/ czy położna zwróciła uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny oraz czy interweniowała w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości.

W przypadku 15 pacjentek tylko podczas pierwszej wizyty, a nie podczas każdej z wizyt patronażowych, odnotowano w dokumentacji medycznej, czy położna przeprowadziła ocenę stanu gruczołów piersiowych i brodawek.

Zgodnie z przywołanym powyżej przepisem, ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej. Dyrektor wyjaśniła, że *położne w czasie wizyt patronażowych przeprowadzały ocenę stanu położnic oraz przeprowadzały pozostałe czynności. Brak wpisów nie oznacza braku przeprowadzenia czynności.*

Odnosząc się do powyższego wyjaśnienia NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 9 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Jednocześnie w myśl § 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią m.in. historia zdrowia i choroby oraz wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, a zgodnie z § 4 wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Dyrektor wyjaśniła, że indywidualne plany opieki nie były opracowywane przez położne z powodu znacznego obciążenia inną dokumentacją.

⁶⁴ Objętych próbą kontrolną NIK.

Dyrektor wyjaśniła również, że wskazane braki w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej (poza planami opieki okołoporodowej) *dotyczyły głównie niedostatecznego odnotowywania czynności faktycznie wykonywanych podczas wizyt. W odpowiedzi na te uwagi w GOZ wdrożono już odpowiednie rozwiązania organizacyjne – wszystkie elementy wynikające ze Standardu zostały dodane do schematu przeprowadzania wizyt lekarskich i położniczych oraz do wzorów dokumentacji. Od chwili obecnej każde przeprowadzone badanie, ocena czy informacja przekazana pacjentce są systematycznie i w pełnym zakresie odnotowywane w dokumentacji medycznej.*

W trakcie trwania kontroli NIK, Dyrektor wyjaśniła również, że zobowiązała położne do odnotowywania potwierdzenia zrealizowania wszystkich czynności prowadzonych w trakcie wizyt patronażowych, w efekcie czego NIK odstępuje od sformowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 185-190, 222, 224, 338, 390)

5. Jednostka kontrolowana przedstawiła stosowany w okresie objętym kontrolą wzór karty przebiegu ciąży, który nie zawierał pozycji do odnotowywania niektórych z badań i procedur wymaganych *Standardem* do wykonywania podczas ciąży. Dotyczyło to poniższych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia: a/ badania gruczołów sutkowych⁶⁵; b/ propagowania zdrowego stylu życia⁶⁶; c/ zebrania danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i używek⁷; d/ przekazania informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie⁶⁷; e/ oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji⁶; f/ oceny wymiarów miednicy⁶⁸. Dyrektor wyjaśniła że w GOZ przyjęto, że stosowany wzór spełnia wszystkie wymagania, jednakże po stwierdzeniu w trakcie kontroli NIK braków w treści ww. dokumentu, wprowadzono uzupełnienia o brakujące pozycje wzór karty przebiegu ciąży.

W trakcie trwania kontroli NIK, dokonano zmiany i dostosowano treść wzoru karty przebiegu ciąży do wszystkich badań i procedur wymaganych *Standardem*, w efekcie czego NIK odstępuje od sformowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 314-318, 363-364, 371-372)

6. W przypadku jednej pacjentki nie odnotowano zlecenia badania GBS⁶⁹ oraz nie odnotowano w dokumentacji medycznej ewentualnego wyniku tego badania przeprowadzonego w innym ośrodku zdrowia⁷⁰. Również w przypadku tej pacjentki, brak informacji w dokumentacji medycznej brak było informacji, czy lekarz prowadzący ciążę skierował ją do położnej POZ oraz brak było oświadczenia, że otrzymała ona plan porodu i plan opieki prenatalnej.

⁶⁵ 33-37 tydzień ciąży.

⁶⁶ Różne tygodnie ciąży.

⁶⁷ Do 10 tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia.

⁶⁸ 33-37 tydzień ciąży.

⁶⁹ Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących.

⁷⁰ Zgodnie z wymogiem cz. III ust. 2 pkt 14 *Standardu opieki okołoporodowej*.

Dyrektor wyjaśniła, że brak odnotowania zlecenia badania oraz innych informacji w dokumentacji medycznej, *to sprawa o charakterze jednostkowym, i że wyjaśniania jest wewnątrznie.*

(akta kontroli str. 195-198, 221, 338-346)

OCENA CZĄSTKOWA

GOZ zapewnił realizację świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. W Ośrodku prowadzono edukację przedporodową w formie indywidualnych spotkań położnych środowisko-rodzinnych z kobietami ciężarnymi. Lekarze prowadzący ciężę pacjentek, zgodnie z wymogami *Standardu opieki okołoporodowej*, proponowali pacjentkom przeprowadzenie badań prenatalnych oraz kierowali pacjentki do położnych POZ. Wynikający z dokumentacji medycznej zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży w GOZ, nie odpowiadał jednak niektórym wymogom wskazanym w tym standardzie. W dokumentacji medycznej, nie przechowywano również kopii planów opieki przedporodowej i planów porodów pacjentek.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Uwzględniając podjęte w trakcie kontroli działania naprawcze przez jednostkę kontrolowaną, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski 1. Zapewnienie terminowego przeprowadzania przeglądów technicznych urządzeń wykorzystywanych w działalności poradni ginekologiczno-położniczej.
2. Wzmocnienie nadzoru nad dokumentowaniem zakresu świadczeń przewidzianych w *Standardzie opieki okołoporodowej*, które udzielane były pacjentkom w ciąży.

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 w Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

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

Opole, 13 października 2025 r.

Kontrolerzy

Agnieszka Broszczak

główny specjalista kontroli
państwowej

podpisano elektronicznie

Wojciech Jarzyna

główny specjalista kontroli
państwowej

podpisano elektronicznie

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

Dyrektor

Arkadiusz Kuglarz

p. o. Dyrektora

podpisano elektronicznie