



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.15.1.2025

Pan  
Michał Burczy  
Prezes Zarządu  
**Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o.**  
**w Grójcu**  
ul. Piotra Skargi 10  
05-600 Grójec

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Warszawie  
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa  
tel. 48224445772, lwa@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o. <sup>1</sup> ul. Piotra Skargi 10,05-600 Grójec
Kierownik jednostki kontrolowanej	Michał Burczy, Prezes Zarządu, od 1 października 2025 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Joanna Czarnecka, Prezes Zarządu, od 27 listopada 2018 r. do 1 października 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 <sup>2</sup> ), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Ilona Kacperek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr: LWA/86/2025 z 7 lipca 2025 r. i LWA/128/2025 z 16 października 2025 r.

(akta kontroli tom I str. 1-26)

---

<sup>1</sup> Dalej: Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu, PCMG lub Centrum.

<sup>2</sup> Kontrolę zakończono 5 listopada 2025 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu, realizując opiekę okołoporodową, zapewniło odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego oraz wymaganą liczbę i rodzaje sprzętu medycznego i pomocniczego, który podlegał przeglądom stosownie do zaleceń producentów. Pacjentkom zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał im poczucie intymności i godności. Nie wszystkie wymogi dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów realizujących opiekę okołoporodową zostały spełnione. Opracowano instrukcję łagodzenia bólu porodowego uwzględniającą wytyczne określone w Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej<sup>5</sup>. Personel medyczny podnosił kwalifikacje uczestnicząc w szkoleniach obejmujących zagadnienia związane z opieką okołoporodową.

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala. Na ogół zapewniono im opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. Stosowano dostępne metody znieczulenia – głównie nefarmakologiczne. Matki otrzymały odpowiednie wsparcie w laktacji i odżywianiu noworodka. Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia.

Pacjentkom doświadczającym sytuacji szczególnych, tj. urodzenie martwego dziecka i poronienie, zapewniono prawidłową opiekę, w szczególności monitorowano ich stan emocjonalny, umożliwiono im pożegnanie się z dzieckiem, odizolowano od pozostałych pacjentek w ciąży lub połogu. Jednak obowiązujące w PCMG procedury i rozwiązania organizacyjne wprowadzały w błąd pacjentki i ich rodziny co do postępowania z martwo urodzonymi (poronionymi) dziećmi oraz nie gwarantowały prawidłowego postępowania z nimi w sytuacji rezygnacji rodziców z pochówku, wskutek czego w siedmiu przypadkach (na 10 zbadanych) płody zostały przekazane do utylizacji.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- nieokreślenia w regulaminie organizacyjnym oraz niemonitorowania w latach 2022-2023 wskaźników opieki okołoporodowej,
- niezapoznania wszystkich osób wykonujących świadczenia w zakresie opieki okołoporodowej z procedurą łagodzenia bólu porodowego,
- niezgłaszania lub nieterminowego zgłaszania do Narodowego Funduszu Zdrowia zmian w harmonogramach dotyczących zatrudnienia personelu medycznego,
- niezapewnienia dwojgu lekarzom zatrudnionym na umowę o pracę prawa do przerw w pracy w wymiarze określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>6</sup>,
- pełnienia przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej dyżurów nieprzerwanie powyżej 24 godzin, co w ocenie NIK może budzić wątpliwości co do jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentek,
- braku wyposażenia sali intensywnej opieki noworodka w służbę umywalkowo-fartuchową,
- niezapewnienia na oddziałach pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach,

---

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

<sup>5</sup> Obowiązujący od 1 stycznia 2019 r. Standard określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756). Dalej: Standard.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 450, dalej także: udl.

- braku w dokumentacji medycznej pacjentek, którym wykonano niestandardowe zabiegi, tj. epizjotomia lub amniotomia, informacji o przyczynach ich wykonania oraz uzyskaniu od nich odrębnych zgód,
- stosowania karty obserwacji porodu niezgodnej z aktualnie obowiązującym wzorem,
- nieprzestrzegania wymogów dotyczących zapewnienia nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry”,
- dokarmiania noworodków w sposób niezgodny ze Standardem,
- niezapewnienia pacjentkom doznającym szczególnych sytuacji pomocy psychologicznej.

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

**OBSZAR**

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

Opis stanu faktycznego

1. Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu jest podmiotem leczniczym, działającym w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Sto procent udziałów w Spółce posiada powiat grójecki. W okresie objętym kontrolą Centrum posiadało aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W strukturze organizacyjnej PCMG wyodrębniono pion medyczny, nadzorowany przez Dyrektora ds. Medycznych w zakresie leczenia oraz Pielęgniarkę Naczelną – w zakresie pielęgniarstwa, podlegających bezpośrednio Prezesowi Zarządu. Zadania z zakresu opieki okołoporodowej w Centrum realizowały: oddział położniczo-ginekologiczny, oddział neonatologiczny (działające w ramach Szpitala specjalistycznego<sup>8</sup>), poradnia położniczo-ginekologiczna oraz szkoła rodzenia<sup>9</sup>.

Oddziały położniczo-ginekologiczny i neonatologiczny zostały zakwalifikowane do krajowej sieci szpitali I poziomu referencyjności. Najbliższe oddziały II stopnia referencyjności w Radomiu<sup>10</sup> oddalone były o około 60 km, a III stopnia w Warszawie (9 ośrodków) – od 45 do 60 km. Liczba mieszkańców powiatu grójeckiego w 2024 r. wyniosła 96 662 osób, w tym 21 022 kobiet w wieku rozrodczym<sup>11</sup>.

W kontrolowanym okresie liczba miejsc na oddziałach zmniejszyła się z 22 do 15 łóżek na oddziale położniczo-ginekologicznym oraz z siedmiu do czterech łóżek na oddziale neonatologicznym<sup>12</sup>.

(akta kontroli tom I str. 5, 6, 27-37, 45-154, 248-252)

2. W okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wyniosła 895, w tym 362 w 2022 r., 249 w 2023 r., 200 w 2024 r. oraz 84 w I pierwszym półroczu 2025 r. W latach tych liczba poronień<sup>13</sup> i martwych

<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> Dalej: Szpital.

<sup>9</sup> Poradnia i szkoła (jako komórka pomocnicza) działające w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych i ratownictwa Medycznego.

<sup>10</sup> Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego.

<sup>11</sup> Źródło danych: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat>.

<sup>12</sup> Zmniejszenie liczby łóżek od kwietnia 2025 r. z powodu zmniejszonej liczby porodów o ponad 20% w stosunku do lat poprzednich.

<sup>13</sup> W kontrolowanym okresie 259 poronień, w tym 63 w 2022 r., 77 w 2023 r., 77 w 2024 r. i 42 w I półroczu 2025 r.

urodzeń<sup>14</sup> wyniosła odpowiednio 63, 80, 78 i 43, co stanowiło w stosunku do ogólnej liczby noworodków urodzonych w Szpitalu: 17,4 % w 2022 r., 31,7 % w 2023 r., 38,8% w 2024 r. oraz 50,6% w I półroczu 2025 r. Wystąpił jeden przypadek zgonu noworodka do 6 doby życia.

Liczba porodów w latach 2022-2025 (I półrocze) wyniosła 896, i corocznie spadała z 360 w 2022 r., 251 w 2023 r. do 200 w 2024 r. W pierwszym półroczu 2025 r. odbyło się 85 porodów. Zdecydowana większość porodów (61,8%) odbywała się w drodze cesarskiego cięcia, tj.:

- w 2022 r.: 201 w drodze cesarskiego cięcia, 158 siłami natury i jeden poród zabiegowy z wykorzystaniem próżnościagu;
- w 2023 r.: 162 w drodze cesarskiego cięcia, 89 siłami natury;
- w 2024 r.: 133 w drodze cesarskiego cięcia, 67 siłami natury;
- w I półroczu 2025 r.: 58 w drodze cesarskiego cięcia, 27 siłami natury.

(akta kontroli tom I str. 155, 156)

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że przyczyny spadku liczby porodów są wieloczynnikowe i odzwierciedlają szersze zmiany demograficzne, społeczne oraz sytuację epidemiologiczną w kraju. Pandemia COVID-19 spowodowała znaczne zmniejszenie liczby porodów w skali kraju w latach 2020-2022, co związane było z ograniczeniami w dostępie do usług medycznych oraz zmianami w dostępności opieki medycznej. Chociaż od 2023 r. sytuacja uległa poprawie, skutki pandemii mogą jeszcze odczuwalnie wpływać na decyzje rodzinne i zgłaszalność do placówek medycznych. Ponadto przez ostatnie trzy lata oddział położniczo-ginekologiczny wykorzystywał w części swoją przestrzeń, w związku z remontami innych oddziałów (wewnętrznego i neurochirurgicznego), które w tym czasie wykorzystywały jego powierzchnię. Dodatkowo stan techniczny oddziału pozostaje niezadowolający – nie przeszedł on od momentu powstania generalnego remontu, co powoduje, że nie jest on dostosowany do obecnych standardów i oczekiwań pacjentek. W ramach prowadzonych zajęć w szkole rodzenia przeprowadzana jest wizytacja traktu porodowego i oddziału, co skutkuje tym, że znaczna część kursantek po takiej wizytacji rezygnuje z hospitalizacji i rozważa rozwiązanie ciąży w innej placówce. Odnośnie do wysokiego odsetka porodów wykonywanych drogą cięcia cesarskiego wyjaśnił m.in., że wynika on z rosnącej liczby ciąż wysokiego ryzyka, powikłań w porodach poprzednich, ciąż bliźniaczych<sup>15</sup>. Ponadto zwrócił uwagę na zmieniające się praktyki kliniczne, obawy lekarzy związane z odpowiedzialnością prawną oraz obawy pacjentek często wynikające z lęku lub traumatycznych doświadczeń – co wpływa na decyzję o wyborze tej metody porodu i wystawianiem przez lekarzy prowadzących ciążę skierowania do planowego zakończenia ciąży drogą cesarskiego cięcia.

(akta kontroli tom I str. 157, 158)

W kontrolowanym okresie wykonano 13 zabiegów amniotomii<sup>16</sup>, co stanowiło 1,5% wszystkich porodów i 3,8% porodów siłami natury, oraz 113 zabiegów epizjotomii<sup>17</sup>, co stanowiło 33,1% porodów naturalnych.

We wskazanym okresie w przypadku piętnastu porodów zastosowano analgezję regionalną i miejscową, w siedmiu - analgezję wziewną, w trzech – przezskórną symulację TENS.

(akta kontroli tom I str. 156)

---

<sup>14</sup> Pięć przypadków, w tym trzy w 2023 r. oraz po jednym w 2024 r. i w I półroczu 2025 r.

<sup>15</sup> Przyczyny te stanowią wskazania do cesarskiego cięcia.

<sup>16</sup> W tym trzy w 2022 r., osiem w 2023 r. i po jednym w 2024 r. oraz I półroczu 2025 r.

<sup>17</sup> W tym 51 w 2022 r., 31 w 2023 r., 19 w 2024 r. i 12 w I półroczu 2025 r.

W latach 2022-2025 (I półrocze) na oddziale położniczo-ginekologicznym hospitalizowanych było łącznie 1617 pacjentek, w tym 572 w 2022 r., 451 w 2023 r., 427 w 2024 r. i 167 w I półroczu 2025 r. Głównymi przyczynami hospitalizacji (903 przypadki) były porody<sup>18</sup>, następnie poronienia zagrażające (219 przypadków), poronienia (216 przypadków), porody fałszywe (215 przypadków). Pozostałe przyczyny to nieprawidłowe jajo płodowe (43 przypadki) i ciąża jajowodowa (21 przypadków). Ze szkoły rodzenia skorzystało łącznie 36 kobiet w ciąży. Na oddziale neonatologicznym hospitalizowano łącznie 915 dzieci, w tym 895 urodzonych w PCMG.

(akta kontroli tom I str. 159)

3. W PCMG obowiązywały m.in. następujące procedury i instrukcje dotyczące opieki okołoporodowej:

- a. na oddziale położniczo-ginekologicznym: procedura operacyjna opieki nad pacjentką po porodzie fizjologicznym, procedura operacyjna opieki nad pacjentką po cięciu cesarskim, instrukcja postępowania w przypadku poronienia w oddziale położniczo-ginekologicznym, instrukcja postępowania w profilaktyce śródporodowej, instrukcja postępowania w przypadku wystąpienia dystocji barkowej, procedura postępowania w przypadku wystąpienia krwotoku położniczego, procedura podawania immunoglobuliny anti-G w przypadku konfliktu serologicznego między matką a płodem,
- b. na oddziale neonatologicznym: instrukcja postępowania ze zdrowym noworodkiem z porodu fizjologicznego, instrukcja postępowania ze zdrowym noworodkiem z cięcia cesarskiego, procedura wykonywania przesiewowych badań noworodków w kierunku chorób wrodzonych, procedura wykonania przesiewowego badania słuchu u noworodków, instrukcja: profilaktyka krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K, instrukcja postępowania w przypadku stwierdzenia hiperbilirubinemii wraz z opisem czynników ryzyka oraz tabelą fototerapii, instrukcja postępowania z noworodkiem w przypadku stwierdzenia zakażenia matki HIV, instrukcja postępowania z noworodkiem z zaburzeniami oddychania, instrukcja postępowania z wcześniakiem z zaburzeniami oddychania, instrukcja postępowania z noworodkiem z infekcją wrodzoną bez zaburzeń oddychania, instrukcja resuscytacji noworodka oraz instrukcja dot. transportu noworodka do innej placówki medycznej.

W procedurach i instrukcjach zawarto odpowiednie wytyczne w zakresie m.in. wsparcia psychicznego pacjentek, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentek należących do grup ryzyka, wsparcia matek w zakresie karmienia piersią, uzyskiwania zgody lub dokumentowania odmowy na wykonywanie procedur medycznych wobec noworodka.

(akta kontroli tom I str. 160-180, 188-213)

W Centrum opracowano również: programy edukacyjne dla pacjentek: „Zasady prawidłowej pielęgnacji poporodowej, zalecenia laktacyjne oraz fizjoterapeutyczne” i „Karmienie piersią” oraz formularze planu porodu<sup>19</sup>, które uwzględniały preferencje pacjentek w zakresie m.in.: obecności osób towarzyszących i ich roli, metod łagodzenia bólu (farmakologicznych i niefarmakologicznych), podejścia do interwencji medycznych (np. przebicie

---

<sup>18</sup> W tym 342 – porody samoistne pojedyncze, 315 – porody przez cesarskie cięcie z wyboru, 239 – porody przez cesarskie cięcie ze wskazań nagłych i 7 porodów poza szpitalem.

<sup>19</sup> Formularz PS/F/21.2 obowiązujący do 9 maja 2024 r. zastąpiony formularzem F/ZG/23 z 10 maja 2024 r.

pęcherza płodowego, nacięcie krocza, cesarskie cięcie, podanie oksytocyny), opieki nad noworodkiem.

(akta kontroli tom I str. 181-187, 214-224)

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła, że w Centrum nie została opracowana kompleksowa procedura dotycząca standardów opieki okołoporodowej. Funkcjonujące instrukcje i procedury odnoszą się do Standardu. Aby zapewnić najwyższy poziom bezpieczeństwa placówka podejmuje działania mające na celu dalszą integrację i ujednoczenie procedur w zakresie opieki okołoporodowej.

(akta kontroli tom I str. 160)

4. W PCMG, począwszy od stycznia 2024 r. wprowadzono i monitorowano następujące wskaźniki opieki okołoporodowej:

- wskaźnik częstości wykonywania cięcia cesarskiego (udział liczby porodów drogą cięcia cesarskiego w ogólnej liczbie porodów),
- wskaźnik nacięć krocza (udział liczby porodów drogami natury z nacięciem krocza w ogólnej liczbie porodów drogami natury),
- wskaźnik częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych (udział liczby porodów z zastosowaniem tego znieczulenia w łącznej liczbie porodów drogami natury) oraz
- wskaźnik karmienia (udział liczby noworodków karmionych sztucznie w ogólnej liczbie noworodków).

W latach 2022-2023 nie wprowadzono i nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej, a wprowadzone od 2024 r. wskaźniki, sposób ich realizacji i monitorowania nie zostały określone w regulaminie organizacyjnym Centrum, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 45-133; tom II str. 1-10)

Odnosnie do wyboru wskaźników, Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że kierowano się możliwością ich praktycznego monitorowania w warunkach PCMG. Analizowano obszary potencjalnie problematyczne takie jak bezpieczeństwo pacjentki, dostępność świadczeń, satysfakcja pacjentek oraz wskaźniki interwencji medycznych. Rzeczywiste i pożądane poziomy wskaźników przyjęto na podstawie dostępnych danych sprawozdawczych, wewnętrznych analiz jakościowych oraz obowiązujących norm krajowych. Działania w tym zakresie są systematycznie prowadzone i dokumentowane zgodnie z rozporządzeniem.

(akta kontroli tom II str. 13-14)

W latach 2024-2025 (do sierpnia) dwa wskaźniki osiągnęły poziomy niepożądane, tj.:

- wysoki wskaźnik częstości wykonywania cięcia cesarskiego (wskaźnik ten za 2024 r. wyniósł 66,2% ogólnej liczby porodów, a w 2025 r. 72,3%, tj. znacznie powyżej preferowanego poziomu ustalonego poniżej 40% oraz powyżej poziomu umiarkowanego ustalonego od 40,01% do 60%),

- niski wskaźnik częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych (za 2024 r. wyniósł 1,5%, a w 2025 r. 3,2%, tj. znacznie poniżej minimalnego pożądanego progu, który ustalono na poziomie 40% ogólnej liczby porodów drogami natury). We wskazanym okresie wskaźnik nacięć krocza osiągnął poziom umiarkowany tj. 27,9% w 2024 r. i 40% w 2025 r. (przy zakładanym poziomie pożądanym poniżej 20% porodów fizjologicznych i poziomie niepożądanym – powyżej 40%), natomiast wskaźnik karmienia utrzymywał się na poziomie pożądanym i wyniósł 30,4% w 2024 r. i 37,8% w 2025 r. (przy zakładanym poziomie pożądanym poniżej 40%)

Wskaźniki były raportowane przez Kierownika ds. położnictwa comiesięcznie Pełnomocnikowi ds. Jakości (Naczelnej Pielęgniarsce).

Wskaźniki podlegały szczegółowej analizie za 2024 r. i I półrocze 2025 r. Analizowano m.in. przyczyny osiągnięcia poziomów niepożądanych oraz zalecono podjęcie działań naprawczych, np. edukacyjnych pacjentek w zakresie metod łagodzenia bólu porodowego<sup>20</sup> oraz personelu w zakresie aktualnych rekomendacji dotyczących epizjotomii<sup>21</sup>.

(akta kontroli tom II str. 2-10, 13, 14, 16-50)

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że dotychczas nie wdrożono działań korygujących, jednak podjęto decyzję o ich przygotowaniu i realizacji. W najbliższym czasie planowane jest zwiększenie nadzoru nad zasadnością podejmowania decyzji o cięciu cesarskim, wprowadzenie dodatkowych konsultacji medycznych, a także działania edukacyjne dotyczące prowadzenia porodu naturalnego. W zakresie znieczuleń przewiduje się poprawę organizacji pracy zespołu anestezjologicznego, optymalizację grafików dyżurowych oraz intensyfikację działań informacyjnych dla pacjentek.

(akta kontroli tom II str. 13, 14)

5. 18 sierpnia 2020 r. w PCMG wprowadzono Instrukcję łagodzenia bólu porodowego<sup>22</sup>, w której uwzględniono regulacje określone w części VII Standardu. W szczególności ustalono osoby odpowiedzialne w zakresie stosowania niefarmakologicznych<sup>23</sup> i farmakologicznych<sup>24</sup> metod łagodzenia bólu porodowego. Przyjęto zasadę wdrażania metod farmakologicznych w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich stosowania oraz zasady uzyskania zgody pacjentki, przygotowania, ciągłego nadzoru medycznego w tym indywidualny dobór metody i dawki środka znieczulającego. Instrukcja obowiązywała w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziale położniczo-ginekologicznym. Badanie szczegółowe dokumentacji dotyczącej zapoznania się personelu medycznego oddziałów: położniczo-ginekologicznego, neonatologicznego oraz anestezjologii i intensywnej terapii z instrukcją wykazało, że spośród 95 osób personelu zatrudnionego na dzień 30 września 2025 r. z instrukcją zapoznanych zostało 29 osób<sup>25</sup>, pozostałe osoby wykonujące świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową nie zostały zapoznane z instrukcją, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 225-246)

6. W kontrolowanym okresie w PCMG minimalne normy zatrudnienia położnych i pielęgniarek uzależnione były od liczby łóżek na oddziałach i, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>26</sup>, wynosiły:

<sup>20</sup> Opracowano dla pacjentek broszurę informacyjną „Metody łagodzenia bólu porodowego”

<sup>21</sup> W styczniu 2025 r. przeprowadzono szkolenie wewnątrzoddziałowe nt. porodu z ochroną krocza – przygotowanie krocza do porodu.

<sup>22</sup> Uchwała nr 26/2020 Prezesa Zarządu Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu z 18 sierpnia 2020 r. Instrukcja opracowana przez Ordynatora oddziału AiIT, sprawdzona przez dyrektora ds. medycznych i zatwierdzona przez Prezesa Zarządu.

<sup>23</sup> Techniki oddechowe, ćwiczenia relaksacyjne, utrzymanie aktywności fizycznej lub przyjmowanie pozycji zmniejszającej odczucia bólowe z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, przezskórna stymulację nerwów TENS, ciepłe lub zimne okłady w miejscach odczuwania bólu

<sup>24</sup> Analgezja wziewna w postaci podtlenku azotu, analgezja regionalna, podawanie leków rozkurczowych, dożylnie lub domięśniowe podanie opioidów.

<sup>25</sup> W tym 19 osób z oddziału położniczo-ginekologicznego i 10 osób z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>26</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych. Normy określone w załączniku 3. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Część I. Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji

w okresie od 2022 r. do 31 marca 2025 r. 15,4 etatu na oddziale położniczo-ginekologicznym i 5,6 etatu na oddziale neonatologicznym<sup>27</sup>, a od 1 kwietnia 2025 r. odpowiednio 10,5 i 4,3 etatu<sup>28</sup>.

(akta kontroli tom I str. 248-269)

Analiza dokumentacji dotyczącej zatrudnienia personelu medycznego na tych oddziałach za miesiące luty i sierpień w latach 2022-2024 oraz z sierpnia 2025 r. wykazała, że zatrudnienie położnych i pielęgniarek przekraczało minimalne normy zatrudnienia.

Ponadto badanie szczegółowe zatrudnienia w sierpniu 2025 r. wykazało, że na oddziałach zapewniono pielęgniarki i położne o wymaganych specjalnościach powyżej minimum określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>29</sup>. W szczególności:

- na oddziale położniczo-ginekologicznym zatrudniano: dwie położne specjalistki pielęgniarstwa położniczego, dwie położne specjalistki pielęgniarstwa ginekologicznego oraz pięć położnych specjalistek pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego;
- na oddziale neonatologicznym zatrudniano dwie położne specjalistki pielęgniarstwa neonatologicznego, jedną położną specjalistkę pielęgniarstwa położniczego oraz jedną położną specjalistkę pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.

(akta kontroli tom I str. 254-274)

Badanie szczegółowe dokumentacji dotyczącej zatrudnienia lekarzy na oddziałach w sierpniu 2025 r. wykazało, że zapewniono dostępność lekarzy o specjalności powyżej wymogu minimalnego, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>30</sup>: W szczególności:

- na oddziale położniczo-ginekologicznym zatrudnionych było ośmiu lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii,
- na oddziale neonatologicznym zatrudnionych było: dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii i neonatologii oraz pięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii.

(akta kontroli tom I str. 248-290)

Analiza dokumentacji 32 osób personelu medycznego wykonującego świadczenia medyczne na oddziałach położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym w latach 2022-2025 (I półrocze) oraz danych Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ (SZOI) wykazała, że PCMG wywiązało się z obowiązku niezwłocznego zgłaszania do NFZ zmian w harmonogramie dotyczących zatrudnienia personelu medycznego wykonującego świadczenia zdrowotne w odniesieniu do 13 osób. W pozostałych 19 przypadkach nie dokonano lub dokonano zgłoszenia ze zwłoką, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 291-295; tom II str. 11)

Badanie szczegółowe dokumentacji dotyczącej czasu pracy 10 lekarzy wykonujących świadczenia zdrowotne na oddziałach położniczo-ginekologicznym (siedmiu lekarzy) i neonatologicznym (trzech lekarzy)

---

i hospitalizacji planowej) wynosiły: 0,7 etatu na 1 łóżko dla oddziału położniczo-ginekologicznego i 0,8 etatu na 1 łóżko dla oddziału neonatologicznego.

<sup>27</sup> Dla 22 łóżek na oddziale położniczo-ginekologicznym i 7 łóżek na oddziale neonatologicznym.

<sup>28</sup> Dla 15 łóżek na oddziale położniczo-ginekologicznym i 4 łóżek na oddziale neonatologicznym.

<sup>29</sup> Dla obydwu oddziałów minimalne zatrudnienie określono na poziomie 2 etatów – tj. 75 godzin i 50 minut tygodniowo.

<sup>30</sup> Tj. na oddziale położniczo-ginekologicznym minimalne zatrudnienie lekarzy specjalistów określono na poziomie 2 etatów (75 godzin 50 minut tygodniowo), na oddziale neonatologicznym – w wymiarze jednego etatu (37 godzin i 55 minut tygodniowo).

w miesiącach luty i sierpień w latach 2022-2024 wykazało m.in., że sześciu lekarzy było zatrudnionych na umowę o pracę w wymiarze całego etatu (trzech lekarzy), pół etatu (dwóch lekarzy) lub 1/5 etatu (jeden lekarz). Jeden z lekarzy zatrudniony na umowę o pracę do 28 lipca 2023 r., z dniem 1 sierpnia 2023 r. rozpoczął wykonywanie usług medycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej. Pozostałych czterech lekarzy udzielało świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Czterem lekarzom spośród sześciu zatrudnionych na umowę o pracę, zapewniono prawo do odpoczynku w wymiarze określonym w art. 97 udl, natomiast dwóm lekarzom takiego prawa nie zapewniono, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W odniesieniu do pięciu lekarzy świadczących usługi medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych stwierdzono, że czterech udzielało świadczeń zdrowotnych (pełniło dyżury) w czasie nie przekraczającym 24 godzin, natomiast jeden lekarz świadczył usługi nieprzerwanie powyżej 24 godzin, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 275-290, 296-301)

W kontrolowanym okresie w Centrum zatrudnionych było dwóch psychologów posiadających specjalizację w psychologii klinicznej. Psycholodzy byli zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy na oddziałach: neurologii z pododdziałem udarowym i rehabilitacji neurologicznej. Zgodnie z zakresami obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień, do ich zadań należało udzielanie porad psychologicznych pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego w czasie nieprzekraczającym 24 godziny od momentu zgłoszenia takiej potrzeby<sup>31</sup>.

(akta kontroli tom I str. 308-318, 320-325)

PCMG nie posiadało informacji o liczbie konsultacji psychologicznych udzielonych pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego w kontrolowanym okresie.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że psycholodzy, w razie zgłoszenia przez personel medyczny lub pacjentki, kierowani są do oddziału w celu udzielenia wsparcia psychologicznego. Taka forma współpracy zapewnia dostęp do specjalistycznej pomocy psychologicznej w sytuacjach wymagających interwencji, szczególnie w przypadkach trudnych porodów, poronień, czy innych zdarzeń obciążających emocjonalnie. Ani oddział jak i psycholodzy nie prowadzili odrębnej ewidencji porad psychologicznych. Począwszy od 1 września 2025 r. został zaprowadzony rejestr porad psychologicznych na oddziale. Kierowniczka wyjaśniła ponadto, że wsparcie psychologiczne dla pacjentek było również realizowane poprzez konsultacje psychiatryczne. W latach 2022-2024 była możliwa interwencja lekarza psychiatry, który w razie potrzeby zgłoszonej przez personel medyczny udzielał specjalistycznej pomocy. Od 2025 r. dodatkowo można korzystać z konsultacji psychiatry, zatrudnionego w poradni zdrowia psychicznego.

(akta kontroli tom I str. 318, 319)

W kontrolowanym okresie pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego udzielonych zostało dziewięć porad psychiatrycznych, w tym trzy w 2023 r. i sześć w 2024 r.

(akta kontroli tom I str. 319)

W kontrolowanym okresie nie stwierdzono udzielania porad psychologicznych personelowi medycznemu.

---

<sup>31</sup> Zadanie wpisane do zakresów z dniem 30 grudnia 2024 r. W trakcie kontroli, 11 lipca 2025 r. psycholodzy zostali zgłoszeni w SZOI NFZ w harmonogramie oddziału położniczo-ginekologicznego w łącznym wymiarze 6 godzin średniotygodniowo.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że psychologowie są dostępni dla personelu medycznego. W ramach organizacji pracy istnieje możliwość skorzystania z konsultacji psychologicznych przez pracowników, szczególnie w sytuacjach stresowych, kryzysowych. W okresie objętym kontrolą nie odnotowano jednak żadnych zgłoszeń ze strony personelu medycznego w zakresie potrzeby skorzystania z takiego wsparcia.

(akta kontroli tom I str. 318, 319)

W Szpitalu zapewniono obecność lekarza anestezjologa. W 2025 r. na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionych było 14 anestezjologów, w tym pięciu na umowę o pracę i dziewięciu na umowy cywilnoprawne (kontrakty lub umowa zlecenia).

Zgodnie z instrukcją łagodzenia bólu porodowego oraz procedurą zgłaszania zabiegów do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, ustalono zespół anestezjologiczny dedykowany na potrzeby oddziału położniczo-ginekologicznego. W godzinach dyżuru medycznego dostępny był dyżurny zespół anestezjologiczny<sup>32</sup>.

(akta kontroli tom I str. 45, 49, 74, 78, 225-240)

Wsparciem laktacyjnym pacjentek w okresie okołoporodowym zajmowało się dziesięć położnych/pielęgniarek oddziału neonatologicznego oraz cztery położne oddziału położniczo-ginekologicznego. Sześć z nich ukończyło kurs specjalistyczny w zakresie „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”<sup>33</sup>. Cztery z nich odbyły szkolenia lub kursy e-learningowe w zakresie laktacji i karmienia piersią<sup>34</sup>. Żadna z położnych lub pielęgniarek nie legitymowała się certyfikatem IBCL (Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny) lub CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny).

(akta kontroli tom I str. 326, 327)

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że wsparcie laktacyjne realizowane jest przez położne i pielęgniarki, które posiadają podstawowe przygotowanie w zakresie edukacji i wsparcia kobiet karmiących piersią, wynikające z programu kształcenia zawodowego oraz szkoleń wewnętrznych organizowanych przez placówkę. W ramach swojej codziennej pracy personel udziela pacjentkom informacji dotyczących technik karmienia piersią, sposobów przystawiania dziecka, rozpoznawania sygnałów głodu u noworodka, a także radzenia sobie z typowymi trudnościami laktacyjnymi. Pomimo nieposiadania certyfikatów, kompetencje personelu w zakresie podstawowego doradztwa laktacyjnego są zgodne z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej. Brak certyfikowanych doradców laktacyjnych wynika również ze specyfiki działalności szpitala – liczba porodów przyjmowanych w ciągu roku jest stosunkowo niewielka, a koszty związane z zatrudnieniem specjalistów posiadających powyższe certyfikaty są znaczące.

(akta kontroli tom I str. 326, 327)

W celu wsparcia pacjentek w zakresie laktacji, Uchwałą nr 13 Prezesa Zarządu z 9 marca 2023 r. wprowadzono program edukacyjny „Karmienie piersią”, który był udostępniany pacjentkom w położu. W programie opisano m.in. korzyści płynące z karmienia piersią, przedstawiono pozycje do karmienia, praktyczne porady w zakresie pozycji noworodka po karmieniu, zasady odżywiania kobiety podczas karmienia, rodzaje trudności podczas karmienia piersią wraz

---

<sup>32</sup> Lekarze byli dostępni pod wyznaczonym numerem kodowanym dostępnym z każdego stacjonarnego telefonu PCMG.

<sup>33</sup> Cztery kursy odbyte w 2024 r. i jeden – w 2016 r.

<sup>34</sup> Jedna – szkolenie w 2023 r. „Edukacja i wsparcie matki w okresie laktacji”, dwie – kurs e-learningowy w 2027 r. „O karmieniu piersią – szkolenie dla personelu medycznego”, jedna – szkolenie w 2018 r. „Standard organizacyjny opieki okołoporodowej w kontekście wspierania karmienia piersią”.

z zasadami postępowania w związku z ich identyfikacją, a także zasady odciągania i przechowywania mleka.

(akta kontroli tom I str. 214-224)

7. W okresie objętym kontrolą personel oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego podnosił swoje kwalifikacje przede wszystkim podczas szkoleń wewnętrznych dla pielęgniarek i położnych, które były prowadzone 10 razy w roku przez zatrudnione na oddziałach położne. Szkolenia obejmowały m.in.: *Opieka nad pacjentką po porodzie fizjologicznym i po cięciu cesarskim, Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, Niekorzystne zakończenie ciąży, Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji, monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka, Postępowanie w przypadku zaburzeń oddychania u noworodka, Wentylacja Infant Flow – postępowanie pielęgnacyjne, Kontakt noworodka „skóra do skóry”, Pierwsze szczepienia ochronne noworodka, 10 kroków do udanego karmienia piersią, Opieka nad noworodkiem urodzonym poza szpitalem.*

Położne i pielęgniarki, realizując obowiązek podnoszenia kwalifikacji, w latach 2022-2025 aktualizowały wiedzę i umiejętności we własnym zakresie uczestnicząc m.in. w kursach i szkoleniach organizowanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych. Były to m.in.: *Szkolenie dla położnych – przepisy, praktyka, rozwiązania, które Cię chronią, Kurs specjalistyczny – szczepienia ochronne, Kurs specjalistyczny – Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, Kurs specjalistyczny – resuscytacja krążeniowo-oddechowa, Szkolenie w zakresie przesiewowych badań słuchu.*

(akta kontroli tom I str. 331-341)

Lekarze oddziału położniczo-ginekologicznego podnosili kwalifikacje uczestnicząc w szkoleniach dotyczących m.in. wykonywania badań USG w położnictwie i ginekologii, badań prenatalnych, immunologii rozrodu itp.

(akta kontroli tom I str. 342-360)

W kontrolowanym okresie CPMG sfinansowało organizację jednego kursu specjalistycznego związanego z opieką okołoporodową. W zorganizowanym w 2022 r. kursie w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii wzięło udział 14 położnych z oddziału położniczo-ginekologicznego. Koszt kursu wyniósł 49,0 tys. zł, co stanowiło 82,3% kosztów szkoleń w oddziale położniczo-ginekologicznym<sup>35</sup> i 34,9% ogólnej kwoty kosztów poniesionych na szkolenia w latach 2022-2025 (I półrocze)<sup>36</sup>.

(akta kontroli tom I str. 328-330)

8. W Centrum nie opracowano wewnętrznych regulacji/procedur dotyczących możliwości sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami oddziału położniczo-ginekologicznego. Obowiązujący cennik usług medycznych<sup>37</sup> nie przewidywał opłat za tego typu usługi.

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że organizacja pracy oddziału, w tym odpowiednia liczba personelu (adekwatna do liczby ciąż i porodów) zapewnia kompleksową opiekę nad pacjentkami. W kontrolowanym okresie nie odnotowano wniosków dotyczących dodatkowej opieki położniczej oraz nie wystąpiły przypadki zawierania umów pomiędzy pacjentkami a położnymi/szpitałem w tym zakresie. Na przestrzeni lat nie stwierdzono zainteresowania pacjentek dodatkową płatną opieką, w związku z tym nie

<sup>35</sup> 59,5 tys. zł, w tym 56, 4 tys. zł w 2022 r., 2,6 tys. zł w 2024 r., i 0,5 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>36</sup> 140,6 tys. zł, w tym 71,2 tys. zł w 2022 r., 18,3 tys. zł w 2023 r., 46,9 tys. zł w 2024 r. i 4,2 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>37</sup> Udostępniony na stronie <https://www.pcmg.pl/uslugi-platne/cennik-uslug-medycznych>.

wprowadzono do cennika takich usług. Podkreśliła, że opieka położnych jest świadczeniem gwarantowanym przez NFZ.

(akta kontroli tom I str.160, 161, 361-363)

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym (§ 23) Szpital zapewnia odwiedzającym możliwość przebywania w oddziałach szpitalnych. Osoby odwiedzające lub sprawujące nad nimi dodatkową opiekę pielęgnacyjną powinny poświęcać choremu czas i dbać o bezpieczeństwo. Zgodnie z regulaminem odwiedzin pacjentów<sup>38</sup> rodzina pacjenta może uczestniczyć samodzielnie lub pod nadzorem pielęgniarki w procesie pielęgnacji w zakresie ustalonym przez lekarza i pielęgniarkę. Pielęgniarka przeprowadza edukację rodziny z zakresu pielęgnacji.

(akta kontroli tom I str. 55, 84, 364-373)

9. W kontrolowanym okresie opieka okołoporodowa nie była przedmiotem kontroli zewnętrznych prowadzonych w PCMG. Przeprowadzone 27 sierpnia 2024 r. i 24 lipca 2025 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Grójcu na oddziale neonatologicznym kontrole w zakresie oceny prawidłowego nadzoru nad przechowywaniem preparatów szczepionkowych nie wykazały nieprawidłowości.

W 2023 r. przeprowadzono audit wewnętrzny na oddziale położniczo-ginekologicznym, którego przedmiotem była m.in. znajomość zasad profilaktyki antybiotykowej stosowanej przed zabiegiem operacyjnym. W raporcie nie stwierdzono nieprawidłowości, wskazano, że położne potrafią określić zasady profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

(akta kontroli tom I str. 374-387)

10. Oględziny pomieszczeń oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego oraz poradni położniczo-ginekologicznej<sup>39</sup> wykazały, że na oddziałach i trakcie porodowym oraz w poradni znajdowały się wszystkie urządzenia przypisane do oddziałów i poradni, wskazane w załączniku do umowy z NFZ. W szczególności:

- oddział położniczo-ginekologiczny wyposażony był w: jeden kolposkop, trzy aparaty KTG i siedem kardiomonitorów,
- oddział neonatologiczny posiadał: jeden zestaw reanimacyjny, jeden zestaw do wspomagania oddechu (CPAP), pięć pulsoksymetrów, jedno urządzenie ssące, 12 inkubatorów<sup>40</sup>, pięć lamp do fototerapii oraz sześć pomp infuzyjnych jednotorowych, źródło tlenu<sup>41</sup>, sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego.

Wyposażenie spełniało wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla I stopnia referencyjności, z wyjątkiem niewyodrębnienia na oddziale neonatologicznym oddzielnego stanowiska do odciągania pokarmu. Na oddziale znajdował się elektryczny laktator przenośny.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła, że przenośny laktator jest udostępniany każdorazowo matce potrzebującej. Matki odciągają pokarm w pokojach łóżkowych.

(akta kontroli tom II str. 51-54, 79-89)

W budynku szpitala zainstalowano dwie windy o maksymalnym udźwigu 1500 kg, bez progów, z szerokimi drzwiami oraz przestrzenią umożliwiającą

---

<sup>38</sup> Regulamin wprowadzony uchwałą nr 4d/2024 z 15 kwietnia 2024 r.

<sup>39</sup> Oględziny wykonane w dniach 9 i 10 października 2025 r.

<sup>40</sup> Sześć - zamkniętych i sześć – otwartych.

<sup>41</sup> Źródła tlenu były zainstalowane w sali intensywnego nadzoru noworodka oraz w pomieszczeniach diagnostycznych, na trakcie porodowym, w sali do cięć cesarskich.

swobodny obrót wózków inwalidzkich. Maksymalny udźwig stołu operacyjnego na sali do cięć cesarskich oraz foteli ginekologicznych wynosił 200 kg, a łóżek transportowych – 170 kg. Na oddziale jak i w poradni dysponowano wagami do 200 kg.

(akta kontroli tom II str. 51, 54, 78)

Analiza dotycząca przeglądów i konserwacji sprzętu<sup>42</sup> znajdującego się na wyposażeniu oddziałów, wykazała, że sprzęt i aparatura medyczna miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>43</sup>. Centrum zapewniło sprawne działanie sprzętu poprzez dokonywanie napraw.

(akta kontroli tom II str. 91, 92)

11. Zgodnie z załącznikiem nr 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego zapewniono zakres badań stosowny dla I poziomu referencyjności, tj. ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

Na wyposażeniu oddziału pozostawały trzy aparaty KTG, w tym dwa na trakcie porodowym. Badania histopatologiczne śródoperacyjne były wykonywane przez podmiot zewnętrzny na podstawie umowy<sup>44</sup>.

(akta kontroli tom I str. 51, 53, 80, 93-133)

12. Na podstawie oględzin pomieszczeń oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego ustalono, że oddziały znajdowały się w jednej części Szpitala (na 3 piętrze budynku głównego) i nie były lokalizacyjnie wyodrębnione.

Jedno ze skrzydeł było wyłączone z użytkowania. Użytkowano skrzydło prawe, gdzie znajdowały się sale łóżkowe, sale obserwacyjne, gabinety zabiegowe i diagnostyczne obydwu oddziałów oraz trakt porodowy.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła, że w lewym skrzydle (pierwotnie przeznaczonym dla oddziału ginekologicznego) w okresie od czerwca 2022 r. do maja 2025 r. były zorganizowane inne oddziały na czas przeprowadzonych remontów – najpierw oddział internistyczny, potem – neurologiczny. Z uwagi na małą liczbę pacjentek i noworodków na oddziale ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym zdecydowano o takiej organizacji oddziałów na czas remontów.

(akta kontroli tom II str. 51)

Oględzinom poddano pięć sal położniczych, w tym dwie jednoosobowe i trzy dwuosobowe. Wszystkie sale były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozowniki płynu do mycia rąk i dezynfekcyjnego, ręczniki papierowe oraz kosze na zużyte ręczniki. Łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstęp między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość pokoi umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Wielkość pokoi dwuosobowych umożliwiała wstawienie dodatkowego łóżka. Pokoje

---

<sup>42</sup> Analizą objęto 15 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości tego sprzętu.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2025r. poz.400, ze zm.

<sup>44</sup> Umowa DZP.272.3.2025 z 16 czerwca 2025 r. na usługi w zakresie m.in. udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej zawarta na okres 36 miesięcy. Wraz z umową na usługi zawarto umowy dzierżawy pomieszczeń na I piętrze budynku głównego PCMG w celu wykonywania badań laboratoryjnych oraz umowę najmu pomieszczeń magazynowych w celu przechowywania odpadów medycznych. Poprzednio badania histopatologiczne były zlecane do wykonania podmiotowi zewnętrznemu na podstawie umowy PCMG/K-9/1/2029 z 26 kwietnia 2019 r. aneksowanej w dniu 6 maja 2019 r.

zorganizowane w systemie rooming-in wyposażono w przewijak do pielęgnacji noworodka.

(akta kontroli tom II str. 51, 52)

Gabinety zabiegowe i diagnostyczne na oddziałach i w poradni położniczo-ginekologicznej wyposażono w umywalki z dozownikami płynów do mycia i dezynfekcji, pojemnikami na papierowe ręczniki oraz zużyte ręczniki. Sposób urządzenia gabinetów zapewniał poczucie intymności dla badanych pacjentek. Na drzwiach gabinetów umieszczono informacje o trwającym badaniu i konieczności czekania na wezwanie lekarza.

(akta kontroli tom II str. 51-54)

Sala intensywnej opieki noworodka wyposażona w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka, nie posiadała śluzy umywalkowo-fartuchowej, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 52)

Na oddziałach znajdowały się następujące pomieszczenia sanitarno-higieniczne:

- łazienka składająca się z pięciu kabin prysznicowych (dwie zostały wyłączone z użytkowania) z wysokimi brodzikami wyposażonych w poręcze, do dyspozycji mobilne siedzisko dla osoby niepełnosprawnej,
- ubikacja dla pacjentek składająca się z 5 kabin toaletowych bez progów, każda wyposażona w drzwi o szerokości 75 cm, w każdej zainstalowane poręcze,
- dwie łazienki przy salach indywidualnych (nr 330 i 331) wyposażone były w miski klozetowe, kabiny prysznicowe bez brodzika (bez progów). Szerokość wejścia do kabiny prysznicowej wynosiła 67 cm. Brak odpowiednich poręczy dla osób niepełnosprawnych. W łazienkach ustawiono stołki (taborety).

Żadne z ww. czterech pomieszczeń higieniczno-sanitarnych na oddziałach nie było w pełni dostosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 51, 54)

Trakt porodowy był skomunikowany z oddziałami ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym. Składał się z pomieszczenia głównego, w ramach którego wyodrębniono trzy stanowiska porodowe, oddzielone przepierzeniami wyposażonymi w harmonijkowe drzwi. Do każdego stanowiska zapewniono odrębne wejście z korytarza. Jedno stanowisko porodowe było wyłączone z użytkowania.

Sala do porodów rodzinnych zorganizowana obok pomieszczenia głównego i stanowisk porodowych, wyposażona była w kanapę, piłki, pufy, fotel oraz mały stoliczek kawowy, przeznaczony co przebywania rodzącej z asystującymi im osobami bliskimi w pierwszej fazie porodu.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła, że przy obecnej małej liczbie porodów dwa stanowiska porodowe są wystarczające. Porody rodzinne odbywają się na stanowiskach porodowych na trakcie, a prowadzące do nich drzwi z korytarza umożliwiają bezpośrednie wejście osób bliskich do rodzącej i zapewnienie intymności innej ewentualnie rodzącej na stanowisku obok.

(akta kontroli tom II str. 51, 53)

Trakt był wyposażony w trzy umywalki z dozownikami płynów do mycia i dezynfekcji, zasobnikiem ręczników papierowych i pojemnikiem na zużyte ręczniki. Znajdowało się w nim stanowisko do resuscytacji noworodka, posiadające wbudowane elementy, stosownie do wymogów określonych w Standardzie (część XIII, ust. 1 pkt I) tj.: promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonитор, waga, kardiomonитор oraz mobilne łóżeczko dla noworodka. Dwa użytkowane

stanowiska posiadały łóżka porodowe oraz aparaty KTG, stoliki i lampy zabiegowe, pompy infuzyjne, źródło tlenu w ścianie.

W zespole porodowym wyodrębniono pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, znajdujące się po drugiej stronie korytarza naprzeciwko traktu porodowego – sala niewyposażona w kamery do obserwacji położnicy i noworodka.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła, że sala ta jest rzadko wykorzystywana, tym bardziej, że oddział nie jest wyposażony w kamery z funkcją autostartu, w szczególności do obserwacji twarzy. Najczęściej (również po porodach powikłanych) bezpośrednio po porodzie, pacjentka wraz z noworodkiem pozostają na stanowisku porodowym. Jest to praktyczne rozwiązanie, które umożliwia położnym bezpośredni kontakt i prowadzenie bieżącej obserwacji matki i dziecka. Przy tak małej liczbie porodów (z reguły odbywa się jeden poród, rzadko zdarzają się dwa porody w tym samym przedziale czasowym) jest to rozwiązanie optymalne.

Przy trakcie porodowym zlokalizowano salę do cięć cesarskich, do której wejście prowadziło przez służbę umywalkowo-fartuchową, wyposażoną w trzy stanowiska umywalkowe z dozownikami płynów do mycia i dezynfekcji. Sala do cięć cesarskich wyposażona została w stół operacyjny, stanowisko znieczulenia ogólnego, stanowisko do resuscytacji noworodka. Ponadto znajdowały się w niej diatermia i ssak.

(akta kontroli tom II str. 53)

Pomieszczenia Poradni znajdowały się na pierwszym piętrze budynku głównego CPMG. Dostęp do Poradni dla pacjentek w ciąży nie był utrudniony, istniała możliwość wjazdu windą. Sposób urządzenia pomieszczeń Poradni zapewniał intymność dla pacjentek. Pomieszczenia były wyposażone w umywalkę oraz dozowniki z płynami do mycia i dezynfekcji rąk, ręczniki papierowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki. W poradni znajdowało się m.in. stanowisko do wykonywania kardiologii (KTG), aparat USG i fotel ginekologiczny. Pomieszczenia przeznaczone były tylko dla poradni położniczo-ginekologicznej.

(akta kontroli tom II str. 53)

13. W trakcie oględzin poradni położniczo-ginekologicznej, oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego oraz pomieszczeń szkoły rodzenia nie stwierdzono w żadnym z pomieszczeń (tj. salach położniczych, gabinetach diagnostycznych i zabiegowych, na korytarzach) występowania plakatów, broszur i innych materiałów reklamowych i promocyjnych wskazujących producentów preparatów do początkowego żywienia niemowląt. W stosowanych na oddziale neonatologicznym książeczkach zdrowia dziecka oraz wyprawkach dla niemowląt, wydawanych przy wypisie, nie stwierdzono materiałów reklamowych promujących te preparaty.

(akta kontroli tom I str. 54, 55)

Preparaty do początkowego żywienia niemowląt przechowywane były na oddziale w butelkach o pojemności 90 ml, na których znajdowały się oznaczenia producenta i nazwa handlowa produktu<sup>45</sup>.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że mleko sztuczne podawane jest przez położne w obecności matki przy użyciu strzykawek, cewników do karmienia, czy kieliszków. Położna odmierza odpowiednią ilość preparatu w pomieszczeniu przygotowawczym, tak więc matka nie wie jakiego producenta preparat jest podawany dziecku.

(akta kontroli tom II str. 54)

---

<sup>45</sup> Na oddziale w chwili oględzin znajdowały się produkty jednego producenta.

Badanie szczegółowe dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w latach 2022-2025 (I półrocze) wykazało, że w dwóch przypadkach w epikryzach przekazanych matkom przy wypisie dzieci ze szpitala podano informacje zawierające nazwy konkretnych marek preparatów do początkowego żywienia, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 164-168, 178)

W kontrolowanym okresie koszty zakupu preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyniosły 1,7 tys. zł<sup>46</sup>. Zakupiono łącznie 576 butelek o pojemności 70 ml, 408 butelek o pojemności 90 ml i 21 opakowań po 400 g.

W dniu 18 września 2024 r. Centrum zawarło umowę darowizny z producentem preparatów do początkowego żywienia niemowląt, na podstawie której otrzymało w latach 2024-2025 (I półrocze) łącznie 1440 butelek preparatu o pojemności 90 ml. Przychody w tego tytułu wyniosły łącznie 3,6 tys. zł, w tym 0,9 tys. zł w 2024 r. i 2,7 tys. zł w 2025 r.

Zakupione jak i otrzymane w formie darowizny preparaty zostały wykorzystane na oddziałach neonatologicznym i pediatrycznym.

(akta kontroli tom I str. 388-394)

14. W latach 2022-2025 (I półrocze) koszty funkcjonowania oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego wyniosły 34 092,9 tys. zł (tj. 11,0% ogólnych kosztów PCMG<sup>47</sup>), w tym: 28 056,5 tys. zł – koszty oddziału położniczo-ginekologicznego<sup>48</sup> i 6036,4 tys. zł – koszty oddziału neonatologicznego<sup>49</sup>. Największy udział w kosztach obydwu oddziałów (61,5%) miały wynagrodzenia pracowników<sup>50</sup> wraz z pochodnymi w kwocie 20 966,5 tys. zł. Kolejną grupą najwyższych kosztów stanowiły koszty pracowni lub zakładów diagnostycznych i zabiegowych oraz sal operacyjnych (koszty pośrednie), które wyniosły 4610,7 tys. zł (13,5%). Badania diagnostyczne wyniosły 8812,0 tys. zł (2,6%), a zakup leków: 798,4 tys. zł (2,3%).

W latach 2022-2025 (I półrocze) CPMG otrzymało z NFZ łącznie 250 408,9 tys. zł<sup>51</sup>, w tym: 15 813,7 tys. zł na oddział położniczo-ginekologiczny<sup>52</sup> i 3461,9 tys. zł na oddział neonatologiczny<sup>53</sup>.

(akta kontroli tom I str. 395, 396)

W kontrolowanym okresie przychody z tytułu opłat za udzielane świadczenia zdrowotne wyniosły 2,9 tys. zł<sup>54</sup> i dotyczyły wyłącznie opłat za udział w kursach Szkoły rodzenia. PCMG nie pobierało opłat za dodatkowe usługi związane z opieką okołoporodową, tj. poród rodzinny, dodatkowa opieka położnej itp.

(akta kontroli tom I str. 397)

15. Szkoła rodzenia funkcjonowała w ramach Zespołu poradni specjalistycznych i ratownictwa medycznego jako komórka pomocnicza. Na stronie internetowej

---

<sup>46</sup> W tym: 1,6 tys. zł w 2024 r. i 0,1 tys. zł.

<sup>47</sup> W latach 2022-2025 (I półrocze) koszty ogólne (działalności Centrum) wyniosły 309 783,9 tys. zł, w tym: 64 659,4 tys. zł w 2022 r., 82 966,8 tys. zł w 2023 r., 105 291,6 tys. zł w 2024 r. i 56 866,1 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>48</sup> W tym: 6793,7 tys. zł w 2022 r., 7591,2 tys. zł w 2023 r., 9022,4 tys. zł w 2024 r. i 4649,2 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>49</sup> W tym: 1432,5 tys. zł w 2022 r., 1761,6 tys. zł w 2023 r., 1993,2 tys. zł w 2024 r. i 849,1 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>50</sup> Zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych.

<sup>51</sup> W tym: 54 618,9 tys. zł w 2022 r., 68 825,7 tys. zł w 2023 r., 82 772,9 tys. zł w 2024 r. i 44 191,5 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>52</sup> W tym: 44631 tys. zł w 2022 r., 4048,3 tys. zł w 2023 r., 4730,5 tys. zł w 2024 r. i 2571,7 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>53</sup> W tym: 963,2 tys. zł w 2022 r., 1149,1 tys. zł w 2023 r., 923,6 tys. zł w 2024 r. i 426,0 tys. zł w I półroczu 2025 r.

<sup>54</sup> W tym: 1,2 tys. zł w 2023 r., 1,0 tys. zł w 2024 r. i 0,7 tys. zł w I półroczu 2025 r.

PCMG<sup>55</sup> zamieszczono informacje dotyczące prowadzenia zajęć, zasad przyjmowania zgłoszeń oraz wnoszenia opłaty za kurs w wysokości 300 zł, zgodnie z cennikiem.

(akta kontroli tom I str. 56, 57, 62, 85, 86, 92, 398, 399)

W kontrolowanym okresie przeprowadzono łącznie 15 kursów (siedem w 2022 r., cztery w 2023 r. i po trzy w 2024 i I półroczu 2025 r.), w których udział wzięło 35 kobiet w ciąży (po 11 w latach 2022-2023, dziewięć w 2024 r. i pięć w I półroczu 2025 r.). W kursach brało udział od jednej do czterech kobiet ciężarnych. Zajęcia prowadziło pięć położnych dyplomowanych, w tym cztery z oddziału położniczo-ginekologicznego i jedna z oddziału neonatologicznego.

(akta kontroli tom I str. 417, 418)

Program zajęć edukacyjnych w szkole, opracowany przez Kierowniczkę ds. położnictwa, przyjęty Uchwałą nr 4d/2025 Prezesa Zarządu z 29 kwietnia 2025 r. przewidywał cztery spotkania<sup>56</sup>, na których omawiano takie zagadnienia jak: okresy porodu i połogu, sposoby łagodzenia bólu porodowego, pielęgnacja noworodka i karmienie piersią. Na zakończenie programu uczestniczki otrzymywały dyplom ukończenia szkoły rodzenia „Być bliżej”.

(akta kontroli tom I str. 400-416)

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że położne dostosowują treści programowe do potrzeb ciężarnych. W wielu przypadkach uczestniczki zgłaszały ograniczenia czasowe, zdrowotne lub logistyczne, z uwagi na co kursy były realizowane w trakcie mniejszej liczby spotkań przy zachowaniu merytorycznej treści programu, które były łączone w ramach dłuższych, bardziej intensywnych spotkań. W ramach każdego kursu dużo czasu poświęca się na indywidualne potrzeby uczestniczek, w tym rozmowy o bieżących trudnościach i rozterkach związanych z ciążą, porodem i okresem okołoporodowym oraz wsparcie psychiczne i praktyczne.

(akta kontroli tom I str. 419)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W latach 2022-2023, nie ustalono i nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej, pomimo że w myśl cz. I ust. 2 Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej *podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką*. Natomiast po ustaleniu i rozpoczęciu w 2024 r. monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, w regulaminie organizacyjnym PCMG nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ich ustalania i monitorowania, pomimo że taki obowiązek wynika z cz. I ust. 2 i 3 Standardu.

(akta kontroli tom I str. 74-133; tom II str. 1-10)

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że w latach 2022-2023 działania w zakresie ustalania i monitorowania wskaźników nie były realizowane z powodu braku szczegółowych wytycznych co do sposobu ich definiowania i raportowania oraz ograniczonych narzędzi technicznych. W regulaminie nie określono szczegółowego sposobu realizacji ani dokumentowania działań w zakresie monitorowania wskaźników ponieważ regulamin pełni rolę dokumentu ogólnego, ramowego, którego celem jest opis struktury organizacyjnej

<sup>55</sup> <https://www.pcmg.pl/uslugi-platne/szkola-rodzenia/>

<sup>56</sup> Poprzednio obowiązujący program przyjęty w 2011 r. przewidywał sześć spotkań.

i podstawowych zasad funkcjonowania podmiotu. Kwestie szczegółowe takie jak monitorowanie wskaźników były traktowane jako element procedur wewnętrznych i praktyki bieżącej, a nie zapisów regulaminowych. Od 2024 r. Centrum prowadzi bieżące monitorowanie wskaźników, a obecnie trwają prace nad uzupełnieniem regulaminu o stosowne zapisy porządkujące te działania.

(akta kontroli tom II str. 13, 14)

2. Z instrukcją łagodzenia bólu porodowego PO/SOP/2.1 z dnia 18 sierpnia 2020 r. nie zapoznano 66 spośród 95 osób personelu medycznego wykonującego świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową<sup>57</sup>, zatrudnionego na dzień 30 września 2025 r., co było niezgodne ze Standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej (cz. VII ust 6), w myśl którego *lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.*

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że prawdopodobną przyczyną niezapoznania się personelu z instrukcją była niedostateczna komunikacja wewnętrzna. Instrukcja mogła nie zostać odpowiednio rozpowszechniona wśród wszystkich grup zawodowych. Informacja o obowiązku zapoznania się z dokumentem nie dotarła do pielęgniarek i położnych, szczególnie na oddziałach neonatologicznym i anestezjologii. Błędnie uznano, że instrukcja dotyczy wyłącznie lekarzy pracujących bezpośrednio przy porodach. Wskazuje na to fakt, że zapoznano 10 z 14 lekarzy oddziału anestezjologii, ale żadnej pielęgniarki. Inną przyczyną jest rotacja kadry, urlopy, zwolnienia lekarskie lub inne nieobecności, które pośrednio wpłynęły na brak podpisów.

W trakcie kontroli przedstawiono listy z oświadczeniami aktualnie zatrudnionych pracowników trzech oddziałów o zapoznaniu się z instrukcją.

(akta kontroli tom I str. 243-247, 420-426)

3. PCMG nie dokonało lub dokonało ze zwłoką zgłoszenia zmian w harmonogramie w zakresie zatrudnienia personelu medycznego, co było niezgodne z § 6 ust. 2 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który stanowi, że *zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.* Analiza szczegółowa dokumentacji 32 osób z personelu medycznego wykonującego świadczenia medyczne na oddziałach położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym w latach 2022-2025 (I półrocze) oraz danych Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ (SZOI) wykazała, że:
  - w przypadku 13 osób Szpital dokonywał za pośrednictwem SZOI zgłoszeń zmian w harmonogramie dotyczących rozpoczęcia lub ustania ich zatrudnienia z opóźnieniem wynoszącym od 13 dni do 197 dni od wygaśnięcia umowy,

---

<sup>57</sup> W tym: 18 z 37 osób oddziału położniczo- ginekologicznego, 30 z 40 osób z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz 18 tj. całego personelu z oddziału neonatologicznego.

- w dwóch przypadkach Szpital nie dokonał w ogóle zgłoszenia lekarzy, którzy w trakcie roku zostali zatrudnieni na krótkie okresy na podstawie umów cywilnoprawnych (jeden lekarz zatrudniony na okres od 15 lipca do 30 września 2022 r., drugi – na okres od 21 sierpnia do 30 września 2023 r.),
- w przypadku trzech lekarzy pediatrów (wykazanych w harmonogramie w zasobach oddziału pediatrii), pomimo że wykonywali oni w latach 2022-2025 świadczenia zdrowotne na oddziale neonatologii, dokonano zgłoszenia do harmonogramu tego oddziału dopiero na rok 2025 tylko dwóch lekarzy (w dniach 8 maja i 11 lipca 2025 r.), a jeden lekarz nie został w ogóle zgłoszony do zasobów oddziału neonatologii,
- jeden lekarz oddziału ginekologiczno-położniczego, który zaprzestał wykonywać świadczeń w lutym 2022 r. (ostatnia faktura wystawiona 31 stycznia 2022 r.), został wykazany w harmonogramie na 2023 r., a zgłoszenia ustania zatrudnienia dokonano w dniu 23 października 2023 r., tj. po upływie 630 dni od faktycznego zaprzestania wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz 265 dni od upływu terminu, na jaki została zawarta umowa (kontrakt zawarty na okres od 1 lutego 2021 r. do 31 stycznia 2023 r. nie został formalnie rozwiązany).

(akta kontroli tom I str. 291-295; tom II str. 11)

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że przyczyną niedokonywania zgłoszeń w wymaganym terminie były trudności organizacyjne i nagłe zmiany w dostępności personelu, które następowały w bardzo krótkim czasie. Priorytetem była każdorazowo ciągłość opieki nad pacjentkami, co powodowało, że zgłoszenie zmian w systemie następowało ze zwłoką. PCMG jest świadome obowiązku wynikającego z rozporządzenia i planuje podjęcie działań usprawniających procedury zgłaszania zmian, aby w przyszłości były one realizowane zgodnie z wymogami.

(akta kontroli tom II str. 11, 14)

4. PCMG nie zapewniło dwojgu lekarzom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę (spośród sześciu poddanych badaniu szczegółowemu) prawa do odpoczynku w wymiarze określonym w art. 97 ust. 1 udl, który stanowi, że *pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.*

Stwierdzono dziesięć przypadków wystąpienia nieprzerwanego wypoczynku w każdej dobie krótszego niż 11 godzin. Dotyczyło to:

- lekarki wykonującej świadczenia zdrowotne na oddziale neonatologii, która dyżur rozpoczęła w dniu 24 lutego 2022 r. o 8:00 i zakończyła w dniu 25 lutego o 8:00. Kolejny dyżur rozpoczęła w dniu 25 lutego o godzinie 15:38 – tym samym przerwa pomiędzy dyżurami wyniosła 7 godzin i 35 minut;
- lekarza oddziału położniczo-ginekologicznego, którego przerwy w pracy w ciągu doby w miesiącach luty i sierpień 2024 r. wynosiły 10 godzin i 25 minut (dziewięć przypadków) – lekarz pełnił dyżur w godzinach od 8:00 do 21:35, a kolejny rozpoczynał o godzinie 8:00 następnego dnia. Dotyczy to następujących dni: z 5 na 6, z 6 na 7, z 12 na 13, z 20 na 21 i z 27 na 28 lutego 2024 r. oraz z 1 na 2, z 7 na 8, z 8 na 9, z 27 na 29 sierpnia 2024 r.

(akta kontroli tom I str. 296-301)

Kierownik Działu Kadr i Płac wyjaśniła m.in., że w przypadku lekarki oddziału neonatologicznego sytuacja miała charakter incydentalny i wynikała z braku personelu lekarskiego oraz konieczności zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami. Natomiast lekarz oddziału położniczo-ginekologicznego jest lekarzem rezydentem, który pełni tzw. dyżur towarzyszący, czyli wspólnie

z innym lekarzem. We wskazanych przypadkach jego dyżur został wydłużony o około godzinę z uwagi na liczne obowiązki wynikające ze stanu pacjentek. Decyzję w tym zakresie podejmował ordynator oddziału kierując się koniecznością pomocy lekarzowi dyżurnemu w zapewnieniu opieki nad pacjentkami.

(akta kontroli tom I str. 306, 307)

5. W przypadku jednego lekarza (na pięciu poddanych badaniu szczegółowemu) wykonującego usługi medyczne na podstawie umowy cywilnoprawnej stwierdzono pięć przypadków, udzielania świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, co w ocenie NIK może budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentek. Dotyczyło to dyżurów na oddziale położniczo-ginekologicznym w dniach:
- 5 sierpnia 2023 r. (dyżur rozpoczęty o 10:00 i zakończony 7 sierpnia 2023 r. – nieprzerwanie przez 46 godzin),
  - 10 lutego 2024 r. (dyżur rozpoczęty o 8:00 i zakończony 12 lutego 2024 r. – nieprzerwanie przez 48 godzin),
  - 17 lutego 2024 r. (dyżur rozpoczęty o 8:00 i zakończony 19 lutego 2024 r. – nieprzerwanie przez 48 godzin),
  - 3 sierpnia 2024 r. (dyżur rozpoczęty o 8:00 i zakończony 5 sierpnia 2024 r. – nieprzerwanie przez 48 godzin),
  - 25 sierpnia 2024 r. (dyżur rozpoczęty o 8:00 i zakończony 26 sierpnia 2024 r. – nieprzerwanie przez 30 godzin).

(akta kontroli tom I str. 296-301)

Kierownik Działu Kadr i Płac wyjaśniła m.in., że pełnienie dyżurów nieprzerwanie ponad 24 godziny wynikało z niedoboru personelu medycznego i konieczności zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentkami, głównie w weekendy. Lekarze pracujący w ordynacji podstawowej niechętnie biorą dyżury w weekendy i Szpital jest zmuszony posiłkować się lekarzami zatrudnionymi w ramach umowy cywilnoprawnej. Dyżury w weekendy nie są mocno obciążające dla lekarzy z uwagi na brak planowych zabiegów i przyjęć.

(akta kontroli tom I str. 307)

6. Pomieszczenia oddziałów położniczo-ginekologicznego i neonatologicznego nie spełniały niektórych wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>58</sup>. Mianowicie:
- sala intensywnej opieki noworodka nie została wyposażona w służbę umywalkowo-fartuchową, pomimo że taki wymóg wynika z Załącznika 1 cz. III pkt 2 do rozporządzenia,
  - w oddziałach nie było pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach, co było niezgodne z wymogiem określonym w Załączniku 1 część II, pkt 4 do rozporządzenia. W pomieszczeniach sanitarnych zainstalowano wysokie brodziki prysznicowe albo szerokość wejścia do kabiny prysznicowej bez brodzika uniemożliwiały wjazd wózkiem pod natrysk i korzystanie z prysznica bez konieczności przesiadania się.

(akta kontroli tom II str. 51, 52, 54, 67)

Kierowniczką ds. położnictwa wyjaśniła, że sala intensywnej opieki noworodka pełni funkcję sali dla noworodków obserwowanych,

---

<sup>58</sup> Dz. U z 2022 r. poz. 623, dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań pomieszczeń i urządzeń.

wcześnieaków, intensywnej opieki noworodka oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej. Oddział oczekuje na środki na remont, aby dostosować rozkład pomieszczeń do obowiązujących norm, w tym wyposażenie w śluzę umywalkowo-fartuchową.

(akta kontroli tom I str. 52)

Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczo-Administracyjnego wyjaśnił m.in., że pomieszczenia oddziałów, od czasu powstania w latach 70 XX wieku, nie były remontowane i dostosowywane do obecnie obowiązujących wymogów, przez co sala nie posiada śluzę umywalkowo-fartuchowej. Jedynymi pracami wykonanymi w oddziałach był remont dwóch sal, który został sfinansowany w całości przez darczyńców. Niestety zbyt mała powierzchnia pomieszczeń uniemożliwiła dostosowanie łazienek do potrzeb osób niepełnosprawnych w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wskazał również, że Zarząd Powiatu Grójeckiego, który jest w 100% udziałowcem PCMG podjął działania zmierzające do znalezienia źródeł dofinansowania modernizacji oddziału (Przedstawił pismo Starosty znak EIZ.8023.17.2024 z 18 września 2024 r.).

(akta kontroli tom II str. 72-75)

7. W przypadku dokumentacji dwóch noworodków dokarmianych mlekiem modyfikowanym<sup>59</sup>, w epikryzach przekazanych matkom przy wypisie dzieci ze szpitala podano informacje zawierające nazwy konkretnych marek preparatów do początkowego żywienia dzieci, co w ocenie NIK stoi w sprzeczności ze Standardem (cz. XIII ust. 3 pkt 10) zakazującym prowadzenia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

Ordynator oddziału neonatologicznego nie wyjaśniła przyczyn wskazania nazw handlowych preparatów. Stwierdziła, że epikryzy są nieprawidłowe oraz, że poinformuje lekarzy o dokonywaniu odpowiednich wpisów w tym zakresie.

(akta kontroli tom II str. 164-168, 178, 180)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

W okresie objętym kontrolą na oddziałach położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Pomieszczenia oddziałów były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności. Nie wszystkie wymogi dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów, określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, zostały spełnione. W okresie 2022-2023 nie określono i nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej. Z instrukcją łagodzenia bólu porodowego nie zostały zapoznane wszystkie aktualnie zatrudnione osoby wykonujące świadczenia w zakresie opieki okołoporodowej. PCMG nie wywiązywało się z obowiązku niezwłocznego zgłaszania zmian w zatrudnieniu do NFZ. Stwierdzono przypadki niezapewnienia lekarzom zatrudnionym na umowę o pracę przerw w pracy w wymiarze określonym w ustawie o działalności leczniczej oraz pełnienia przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej dyżurów nieprzerwanie powyżej 24 godzin, co w ocenie NIK może budzić wątpliwości co do jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentek.

<sup>59</sup> Numery księgi głównej: 16020/2023 i 5180/2024

## 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

1. Badanie szczegółowe dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które urodziły w PCMG w latach 2022-2025 (I półrocze)<sup>60</sup> wykazało, że w dokumentacji odnotowywano wyniki badań niezbędnych przy przyjęciu, tj. HIV, HBs, oznaczenie grupy krwi oraz GBS (ujemny lub dodatni). W sytuacji gdy pacjentki nie przedstawiły wyników w zakresie GBS w trakcie porodu stosowano antybiotykoterapię profilaktyczną.

Plany porodu znajdowały się w dokumentacji 10 pacjentek (w tym sześciu rodzących naturalnie i czterech, których poród odbył się w drodze cięcia cesarskiego nagłego).

(akta kontroli tom II str. 135, 137-143, 154)

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

- 17 porodów odbyło się siłami natury, a 13 – w drodze cesarskiego cięcia (w tym pięć planowych i osiem – w trybie nagłym);
- w przypadku cięć cesarskich każdorazowo uzyskiwano zgodę rodzącej na wykonanie operacji oraz znieczulenia;
- w przypadku dziewięciu pacjentek przeprowadzono interwencje medyczne inne niż cesarskie cięcie, w tym: siedem zabiegów epizjotomii<sup>61</sup> oraz trzy zabiegi amniotomii<sup>62</sup>, a w dokumentacji medycznej nie wskazano przyczyn wykonania tych zabiegów, jak również nie odnotowano informacji o przekazaniu pacjentce informacji o konieczności ich wykonania i wyrażeniu zgody pacjentek na wykonanie tych zabiegów, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w dwóch przypadkach<sup>63</sup> wykonano operacyjny zabieg wyłęczkowania jamy macicy (jeden w znieczuleniu ogólnym, drugi – miejscowym), przy czym w jednym przypadku stwierdzono brak formularza świadomej zgody na przeprowadzenie wyłęczkowania jamy macicy, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkim pacjentkom założono wkłucie do żyły obwodowej, celem m.in. pobrania krwi do badań, podania oxytocyny, zastosowania antybiotykoterapii śródporodowej.

(akta kontroli tom II str. 135-143, 151-152)

W czterech przypadkach pacjentki nie korzystały ze wsparcia osób bliskich, z uwagi na rezygnację wyrażoną w planie porodu lub z przyczyn losowych<sup>64</sup>.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że obecność osoby bliskiej jest w pełni akceptowana i nie napotyka żadnych przeszkód organizacyjnych ani formalnych. Wsparcie osoby bliskiej jest standardowym elementem opieki okołoporodowej

(akta kontroli tom II str. 136-143, 158, 160, 161)

3. W 12 przypadkach cesarskiego cięcia stosowano znieczulenie podpajęczynówkowe, w jednym – znieczulenie ogólne. W przypadku ośmiu porodów naturalnych odnotowano jako formę łagodzenia bólu porodowego – „przyjmowanie dowolnych pozycji wertykalnych” lub „chodzi, spaceruje”. Tylko

<sup>60</sup> Do badania wytypowano pacjentki, które urodziły siłami natury (17 pacjentek) i w drodze cesarskiego cięcia (13 pacjentek). Do badania wytypowano jedną pacjentkę z niepełnosprawnością i jedną z otyłością.

<sup>61</sup> Tj. nacięcie krocza. Numery księgi głównej: 4031/2022, 16020/2023, 50/2023, 8784/2023, 8268/2024, 16050/2024, 7050/2025.

<sup>62</sup> Tj. przebicia pęcherza płodowego. Numery księgi głównej: 4788/2022, 1620/2023 i 17438/2024.

<sup>63</sup> Numery księgi głównej: 14094/2023 i 4786/2023.

<sup>64</sup> Pacjentka w 2022 r. - uchodźca z Ukrainy.

w jednym przypadku porodu naturalnego (w 2025 r.) zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że pacjentki oddziału mogą korzystać z metod łagodzenia bólu porodowego dostępnych w placówce i dostosowanych do indywidualnych potrzeb oraz preferencji. Do najczęściej stosowanych należą: techniki oddechowe i relaksacyjne, zmiana pozycji ciała (aktywność fizyczna, pozycje wertykalne), korzystanie z piłki porodowej, prysznic, masaż i dotyk wykonywany przez osobę towarzyszącą, oraz aromaterapia czy TENS.

(akta kontroli tom II str. 135, 137-143, 158, 160)

Zapewnienie znieczulenia w formie analgezji regionalnej nie jest wymagane w oddziałach położniczych o I stopniu referencyjności.

Dyrektor ds. medycznych wskazał jako jeden z problemów występujących w opiece okołoporodowej duże trudności w stałej dostępności anestezjologów, wynikające z przyczyn finansowych oraz zaostrzających się wymagań formalnych dotyczących pracy pionu anestezjologicznego, co wpływa na możliwości realizacji decyzji klinicznych.

(akta kontroli tom I str. 157; tom II str. 383)

4. Odnośnie do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków ustalono, że:

- dokumentacja indywidualna zawierała pisemne oświadczenia pacjentek w zakresie: upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz wyrażenia ogólnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- do historii choroby pacjentek w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia;
- w 27 przypadkach stosowano karty obserwacji porodu<sup>65</sup>, które były niezgodne z obowiązującym wzorem, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w 26 przypadkach nie stwierdzono rozbieżności kart obserwacji porodu z pozostałą dokumentacją medyczną. W jednym przypadku stwierdzono nierzetelne wypełnienie karty obserwacji porodu, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 135-150, 152)

5. Po porodach naturalnych (17 przypadków w próbie objętej szczegółową analizą), w 12 przypadkach zapewniono nieprzerwany 2-godzinny kontakt z matką „skóra do skóry”, zgodnie ze Standardem (cz. XIII ust. 1 pkt 8), natomiast w pięciu przypadkach tego kontaktu nie zapewniono, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W 13 przypadkach porodów poprzez cesarskie cięcie tuż po porodzie badanie neonatologiczne zostało przeprowadzone na sali porodowej. W dokumentacji ośmiu noworodków odnotowano zapewnienie kontaktu „skóra do skóry” trwającego 2 godziny (pięć noworodków), 13 minut (jeden noworodek) lub 2 minuty (dwa noworodki).

---

<sup>65</sup> W trzech przypadkach, w których ciąży rozwiązano w drodze planowego cięcia cesarskiego nie stosowano kart obserwacji porodu.

Ordynator oddziału neonatologicznego wyjaśniła m.in., że w przypadkach cięć cesarskich 2-godzinny kontakt „skóra do skóry” zostaje zapewniony po przewiezieniu matki na odcinek położniczo-noworodkowy, gdy stan matki na to pozwala.

(akta kontroli tom II str. 163, 165-168, 177, 179)

6. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2025 (I półrocze) ustalono, że:

- wszystkie noworodki zostały oznakowane, ich stan został oceniony według skali Apgar (wszystkie otrzymały 10 pkt.);
- w 29 przypadkach wykonano procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem, tj.: profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K oraz szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych. Obowiązkowe szczepienia wykonano po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej. W jednym przypadku matka nie wyraziła zgody na te procedury (formularz podpisany przez matkę w dokumentacji medycznej);
- we wszystkich przypadkach w sali porodowej w trakcie porodu znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka, mająca stosowny certyfikat potwierdzający ukończenie kursu resuscytacji noworodka;
- w 18 przypadkach (w tym 13 cesarskich cięć i 5 porodów naturalnych) badanie kliniczne noworodka przeprowadził lekarz neonatolog tuż po porodzie na sali porodowej. W pozostałych 12 przypadkach nie stwierdzono okoliczności wymagających obecności lekarza neonatologa w sali porodowej, a badanie kliniczne po porodzie przeprowadzono na sali w obecności matki w ciągu 12 godzin od porodu, z wyjątkiem jednego noworodka, którego badanie kliniczne przeprowadzono z opóźnieniem, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w jednym przypadku (nr 9901/2023) w związku ze stwierdzeniem zaburzeń polegających na spadku saturacji oraz zmian w płucach, noworodek został przekazany niezwłocznie do oddziału patologii noworodka w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu (II poziom referencyjny);
- wszystkie noworodki miały wykonane: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu; ocenę umiejętności ssania; badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi);
- zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali "matka z dzieckiem" (o ile stan zdrowia matki na to pozwalał).

(akta kontroli tom II str. 163-177)

7. We wszystkich zbadanych 30 przypadkach personel dokonywał bieżących obserwacji cech dobrego przystawiania i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. W razie stwierdzenia problemów z karmieniem, kobiety otrzymywały od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Przekazywano im również informacje o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia oraz udostępniano program edukacyjny „Karmienie piersią” opracowany w Szpitalu. Na Oddziale zapewniono dostęp do laktatora i lodówki do przechowywania pokarmu. Nie stwierdzono stosowania smoczków w celu uspokajania dziecka.

(akta kontroli tom I str. 214-224; tom II str. 52, 81, 136, 144-150, 158, 161)

Spośród 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2025 (I półrocze), których dokumentację medyczną objęto analizą, sześć noworodków było karmionych wyłącznie mlekiem matki; dwa noworodki były karmione wyłącznie mlekiem modyfikowanym z powodu odmowy matek karmienia piersią,

22 noworodki były dokarmiane mlekiem modyfikowanym, w tym trzy – na prośbę matki (fakt ten odnotowano w dokumentacji medycznej). Cztery noworodki były również dokarmiane świeżo odciągniętym mlekiem matki. W żadnym przypadku nie podawano dzieciom mleka z banku mleka kobiecego. W przypadkach, w których karmiono wyłącznie lub dokarmiano dzieci mlekiem modyfikowanym stwierdzono brak w dokumentacji informacji w zakresie: ilości podawanego mleka, wskazań do jego podawania (zalecenia lekarzy, wyraźna prośba matki), oraz diagnozy problemu z karmieniem piersią, a w przypadku 18 noworodków nie podejmowano prób karmienia odciągniętym mlekiem matki, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 163-168, 178, 180)

Szpital nie nawiązał współpracy z bankiem mleka kobiecego.

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że placówka nie prowadzi opieki nad ciążami wysokiego ryzyka ani nie przyjmuje wcześniaków wymagających intensywnej opieki neonatologicznej. Niewielka liczba pacjentów urodzonych przedwcześnie (to oni są główną grupą, dla których jest stosowane mleko z banku mleka kobiecego) jest przekazywana do ośrodków wyższego stopnia referencji. Malejąca liczba urodzeń w naszej placówce sprawia, że współpraca z taką instytucją byłaby nieefektywna. Przeszkodą są również wysokie standardy przechowywania mleka – mleko kobiece musi być przechowywane w ściśle kontrolowanych warunkach, co wiąże się z dodatkowymi kosztami i koniecznością posiadania odpowiedniego sprzętu.

(akta kontroli tom II str. 181)

8. W latach 2022-2025 (I półrocze) w Szpitalu urodziło się pięcioro martwych dzieci, jedno dziecko zmarło do 6. doby życia, wystąpiło 259 poronień.

(akta kontroli tom I str. 155)

W CPMG wprowadzono Instrukcję postępowania w przypadku poronienia w oddziale położniczo-ginekologicznym<sup>66</sup>, w której m.in. opisano prawa kobiet w przypadku poronienia, główne zadania personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentką doświadczającą poronienia oraz postępowanie z pacjentką. W szczególności wskazano, że pacjentka nie może być umieszczana na sali z pacjentkami, które przygotowują się do narodzin zdrowego dziecka oraz tych, które urodziły. Należy umożliwić obecność bliskiej osoby zgodnie z jej życzeniem. Szczególny nacisk położono na podmiotowe i indywidualne traktowanie, poszanowanie prywatności i intymności pacjentki oraz okazywanie empatii. Wskazano konieczność poinformowania pacjentki przy wypisie ze szpitala o prawie do skorzystania ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego oraz wypisania skierowania do psychologa lub psychoterapeuty.

(akta kontroli tom II str. 191-218)

Opracowana ankieta dla pacjentki w przypadku poronienia<sup>67</sup>, miała na celu poznanie jej preferencji w zakresie rozmowy, kontaktu z bliskimi, psychologiem lub osobą duchowną, pożegnania się z dzieckiem, dokonania pochówku, wykonania badań genetycznych<sup>68</sup>.

(akta kontroli tom II str. 200, 215, 216)

W instrukcji opisano sposób postępowania z wyronionym płodem, w przypadku rezygnacji pacjentki z pochówku i badań genetycznych określających płeć płodu.

---

<sup>66</sup> Uchwała nr 9/2024 Prezesa Zarządu z 6 września 2024 r.

<sup>67</sup> Ankieta wypełniana przez położną i podpisana przez pacjentkę.

<sup>68</sup> Formularz ankiety obowiązujący od 6 września 2024 r. Poprzednio stosowano formularz ankiety opracowany przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie w ramach dokumentu pt. „Niekorzystne zakończenie ciąży. Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego” opracowany w 2019 r.

W szczególności odpowiednio zabezpieczony płód przekazywano do prosektorium PCMG, natomiast pacjentce przedstawiano do zapoznania i podpisu oświadczenie o sposobie odbioru martwo urodzonego/poronionego płodu. W oświadczeniu zawarto informację, że „W razie niezgłoszenia się w ciągu 2 tygodni, proszę o jego utylizację”, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 11, 200, 201, 217)

W PCMG obowiązywała Instrukcja postępowania ze zwłokami w izbie przyjęć i w oddziałach<sup>69</sup>, w której wskazano m.in., że za zwłoki uważa się również dzieci martwo urodzone, bez względu na czas trwania ciąży. Po urodzeniu martwego płodu lub noworodka, w zależności od preferencji i życzeń rodziców, szpital umożliwiał pożegnanie z dzieckiem w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu. Zwłoki odpowiednio zabezpieczone przechowywane miały być przez dwie godziny w przeznaczonym do tego miejscu z zachowaniem godności należącej zmarłemu. W przypadku niezgłoszenia się rodziny po zwłoki, powinna zostać powiadamiana właściwa gmina. W instrukcji nie wyznaczono komórki organizacyjnej, czy stanowiska odpowiedzialnego za powiadamianie gminy.

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że w PCMG nie zostały formalnie wyznaczone osoby odpowiedzialne za zgłaszanie zgonów do gminy. Dotychczas obowiązek ten realizowany był doraźnie przez personel administracyjny i medyczny w ramach bieżących zadań, co mogło powodować opóźnienia i brak jednoznacznej odpowiedzialności. Centrum planuje wprowadzenie rozwiązania organizacyjnego, które wyznaczy konkretne osoby odpowiedzialne za realizację tego obowiązku, aby zapewnić terminowość i zgodność działań z przepisami prawa.

(akta kontroli tom II str. 12, 15, 187-190)

Analiza dokumentacji medycznej dziesięciu pacjentek, które w latach 2022-2025 (I półrocze) doświadczyły sytuacji szczególnych<sup>70</sup> wykazała m.in., że:

- w każdym przypadku personel medyczny prowadził obserwację stanu psychicznego pacjentek, przeprowadzono rozmowy wspierające,
- w czterech przypadkach z uwagi na stan pacjentek nie stwierdzono potrzeby pomocy psychologicznej, dodatkowo pacjentki w ankiecie nie wyraziły chęci porozmawiania z psychologiem,
- stan sześciu kobiet oceniono jako nieprawidłowy (płaczliwy), w tym trzem udzielono wsparcia psychologa, jedna pacjentka odmówiła konsultacji. W dwóch przypadkach nie udzielono konsultacji pomimo, że pacjentki wyraziły chęć porozmawiania z psychologiem lub personel zgłosił potrzebę konsultacji, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- w dwóch przypadkach psycholog w adnotacjach z konsultacji wpisał potrzebę (zalecenie) dalszej pomocy psychologicznej, mimo to w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego pacjentek nie wpisano takich zaleceń, jak również nie zostały wystawione skierowania do poradni psychologicznej, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- pacjentki nie skorzystały z możliwości zobaczenia i pożegnania się z dzieckiem na oddziale.

(akta kontroli tom II str. 152, 153, 158, 161, 162)

Na oddziale nie zorganizowano oddzielnego pokoju dla pacjentek doświadczających sytuacji szczególnych tj. poronienia czy stwierdzonej ciężkiej wady płodu.

---

<sup>69</sup> Instrukcja opracowana 25 czerwca 2018 r. (wydanie 3).

<sup>70</sup> Dobory próby dokonano uwzględniając zaawansowanie ciąży (tj. z wykluczeniem ciąż poniżej 12 tygodnia).

Kierowniczka ds. położnictwa wyjaśniła m.in., że pomimo ograniczeń infrastrukturalnych dokładane są wszelkie starania aby zapewnić pacjentkom warunki pobytu z poszanowaniem ich komfortu psychicznego. W trakcie oględzin pomieszczeń oddziałów wyjaśniła również, że zawsze w takich przypadkach, szczególnie przy poronieniach, pacjentki są umieszczane oddzielnie od pozostałych, co z uwagi na małą liczbę porodów oraz ciąż, nie jest żadnym problemem. Personel jest szczególnie wyczulony na stany emocjonalne takich pacjentek, pacjentka potrzebująca odizolowania od pozostałych pacjentek z reguły umieszczana jest w jednej z sal jednoosobowych. Pacjentka, która doświadczyła sytuacji szczególnej nie jest umieszczana w jednym pokoju z ciężarnymi lub położnicami, które urodziły zdrowe dzieci.

(akta kontroli tom II str. 51, 52, 158, 161, 162)

Zgodnie z instrukcją postępowania w przypadku poronienia, we wszystkich zbadanych przypadkach płody zostały przekazane do prosektorium szpitalnego, prowadzonego przez podmiot zewnętrzny świadczący całodobowo usługi związane z odbiorem, transportem i przechowywaniem zwłok wraz z dzierżawą pomieszczeń<sup>71</sup>. Z informacji uzyskanej w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK wynika, że w trzech przypadkach rodzice zgłosili się za pośrednictwem firm pogrzebowych po ciała dzieci celem pochówku, a w siedmiu przypadkach<sup>72</sup> płody zostały przekazane do firmy zajmującej się odbiorem odpadów medycznych, pomimo że w myśl § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi<sup>73</sup> za zwłoki uważa się ciało dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

W przypadku siedmiu płodów poddanych utylizacji, PCMG nie podjęło działań zmierzających do zapewnienia ich pochówku z należytym szacunkiem i poszanowaniem godności, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom II str. 183-186, 221-382)

9. Do głównych problemów związanych ze sprawowaniem w CPMG opieki okołoporodowej Dyrektor ds. medycznych zaliczył:

- przestarzałą infrastrukturę oddziałów – nigdy nie przeprowadzono ich generalnego remontu, przez co stan bloku porodowego, sal pobytowych, czy toalet w znaczący sposób odbiega od ogólnie przyjętych oczekiwań pacjentek, co stanowi jedną z przyczyn spadku porodów. To z kolei przekłada się na spadek przychodów z NFZ, co skutkuje narastającymi trudnościami w sprostaniu coraz bardziej wygórowanym wymaganiom;
- trudności z pozyskaniem specjalistów położnictwa i ginekologii do pracy w Szpitalu, wynikające z niekonkurencyjnych warunków m.in. finansowych w porównaniu z poradniami (pracującymi w ramach kontraktu z NFZ jak i komercyjnymi);
- trudności w dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu ze względów finansowych oraz zaostrzających się wymagań formalnych dotyczących pracy pionu anestezjologicznego;
- wymagania posiadania przez personel lekarski coraz większej liczby certyfikatów uprawniających do wykonywania poszczególnych czynności medycznych, np. USG, kolposkopia. Wykonanie badań przez lekarza nie posiadającego wymaganych dokumentów powoduje brak możliwości rozliczenia procedur z NFZ. Wskazał, że oczywistym jest konieczność

<sup>71</sup> Podmiot świadczył usługi w latach 2021 (od listopada) – 2025 na podstawie udzielonych zamówień. Ostatnia umowa nr DZP/47/03/2025 zawarta na od 1 maja 2025 r. na okres 24 miesięcy.

<sup>72</sup> Poronienia w 13 (dwoje dzieci), 14, 17, 19, 22 i 33 tygodniu ciąży.

<sup>73</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1910, dalej: rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami.

podnoszenia kwalifikacji przez personel medyczny, jednak odnosi wrażenie, że jedną z przyczyn wzrastających wymagań formalnych w tym zakresie jest presja środowisk związanych z organizacją szkoleń, bowiem kursy podnoszące kwalifikacje są organizowane na zasadach komercyjnych. Podobnie jak pielęgniarka, czy położna kończąca szkołę, tak też lekarz specjalista, bez uzyskania w trybie komercyjnym dodatkowych uprawnień nie może samodzielnie wykonywać zawodu.

(akta kontroli tom II str. 383)

Kierowniczka ds. położnictwa do głównych trudności w sprawowaniu w CPMG opieki okołoporodowej zaliczyła m.in:

- zmniejszenie liczby porodów, skutkujące ograniczeniem możliwości praktycznego doskonalenia kompetencji przez zespół,
- wysokie koszty kursów doskonalących dla położnych i pielęgniarek,
- trudności w komunikacji z pacjentkami, w tym pochodzącymi z różnych środowisk (np. z mniejszym dostępem do edukacji zdrowotnej) oraz cudzoziemkami. Bariera językowa niesie ryzyko niepełnego zrozumienia przez te pacjentki informacji medycznych oraz obniżenie poziomu satysfakcji z opieki oraz poczucia bezpieczeństwa.

(akta kontroli tom II str. 384-386)

Położna oddziału neonatologicznego wskazała m.in. na:

- wzrastającą liczbę cięć cesarskich, które utrudniają realizację nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”,
- przypadki niewyrażenia przez matki zgody na szczepienia dziecka i trudności w przekonaniu ich co do słuszności i ich wykonania.

(akta kontroli tom II str. 388)

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił, że w kontrolowanym okresie Szpital nie poniósł żadnych kosztów związanych z zakupem szczepionek przeciwko wirusowi RSV dla kobiet przebywających w placówce w związku z zagrożeniem ciąży w przedziale 32-36 tygodnia. W tym okresie nie odnotowano przypadków zgłoszenia przez pacjentki chęci zaszczepienia się przeciwko wirusowi RSV. W związku z tym nie dokonywano zakupu tych szczepionej dla tej grupy pacjentek i nie korzystano z refundacji NFZ. W odniesieniu do kwestii środków z Funduszu Medycznego na wymianę łóżek szpitalnych wyjaśnił m.in., że aktualnie Centrum nie dysponuje środkami finansowymi umożliwiającymi realizację tego zadania. Oczekuje na uruchomienie dedykowanych środków z Funduszu Medycznego. W ramach planowanej modernizacji przewiduje się wymianę 15 łóżek na oddziale położniczo-ginekologicznym i 4 łóżeczek na oddziale neonatologicznym. Szacunkowy koszt całkowity wymiany wynosi od 155,0 tys. zł do 174,0 tys. zł. Oświadczył, że Szpital pozostaje w gotowości do złożenia wniosku o dofinansowanie w ramach najbliższego konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Finansów.

(akta kontroli tom II str. 389)

W latach 2022-2025 wystąpiły dwa przypadki pozostawienia dziecka przez matkę w Szpitalu<sup>74</sup>. Dzieci przebywały na oddziale neonatologicznym 19 i 21 dni, a następnie zostały przekazane do ośrodków preadopcyjnych uzgodnionych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Grójcu.

(akta kontroli tom II str. 182)

10. W latach 2022-2025 (I półrocze) do PCMG nie wpłynęły żadne skargi związane z udzielaniem opieki okołoporodowej.

Natomiast w 2022 r. wobec Szpitala prowadzone było przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie postępowanie wyjaśniające dotyczące skargi

---

<sup>74</sup> Po jednym w 2022 r. i 2024 r.

pacjentki w sprawie naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w związku z zastrzeżeniami dotyczącymi nieprawidłowego udzielenia pacjentce świadczeń zdrowotnych związanych z jej porodem w styczniu 2018 r. Skarżąca zgłosiła m.in. zarzuty wobec prowadzenia opieki w okresie okołoporodowym, w tym błędnej jej zdaniem decyzji wykonania zabiegu cięcia krocza i niewłaściwego wykonania tego zabiegu i zszycia krocza. Wobec stwierdzonych przez Biuro naruszeń polegających na naruszeniu prawa do świadczeń zdrowotnych oraz informacji, Rzecznik sformułował zalecenia:

1. Przeprowadzenie szkolenia ze standardów organizacji opieki okołoporodowej, w tym obejmującego udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz informacji pacjentkom przebywającym na oddziale ginekologiczno-położniczym.
2. Pouczenie personelu medycznego o obowiązkach wynikających z praw pacjenta i zobowiązanie do ich przestrzegania w zakresie podejmowania niezbędnych działań diagnostycznych, w tym konsultacji specjalistycznych, w celu określenia stanu zdrowia ciężarnej oraz płodu.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób zgodny z przepisami, tak aby wpisy w niej zawarte były czytelne.
4. Pisemne poinformowanie personelu medycznego w przedmiocie uchybień objętych rozstrzygnięciem oraz przekazanie treści ww. informacji do Rzecznika Praw Pacjenta.

Zalecenia zostały realizowane m.in. poprzez szkolenia wewnętrzne położnych i lekarzy w styczniu i lutym 2023 r. w zakresie standardu opieki okołoporodowej. Ponadto personel odbył w 2024 r. szkolenia zewnętrzne on-line m.in. w zakresie prawa pacjenta do świadomej zgody.

(akta kontroli tom II str. 390-414)

Z informacji przekazanej przez dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Warszawie<sup>75</sup> wynika, że w latach 2022-2025 (I półrocze) nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych w PCMG świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

(akta kontroli tom II str. 415, 416)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W przypadku dziewięciu pacjentek<sup>76</sup>, u których wykonano zabiegi epizjotomii lub amniotomii<sup>77</sup> nie uzyskano odrębnej (pisemnej) zgody rodzącej na wykonanie tych zabiegów, w dokumentacji medycznej nie odnotowano informacji o przekazaniu pacjentce informacji o konieczności ich wykonania oraz wyrażeniu przez nich zgody na te zabiegi. W dokumentacji nie odnotowano również przyczyn wykonania zabiegów. Natomiast w czterech przypadkach stwierdzono ogólne adnotacje położnych: „rodząca wyraża świadomą zgodę na wykonywane przy niej procedury medyczne”. W myśl Standardu (cz. I ust. 1 oraz cz. X ust. 4 pkt 7) zabiegi te powinny być ograniczone do niezbędnych przypadków, ze wskazaniem w dokumentacji medycznej przyczyn ich wykonywania, w związku z tym zaniechanie

<sup>75</sup> Pismo nr NFZ07-WOKiP-DSW.0911.1.2025.410278.KLA z 24 lipca 2025 r.

<sup>76</sup> Siedem zabiegów nacięcia krocza (nr księgi głównej: 4031/2022, 16020/2023, 50/2023, 8784/2023, 8268/2024, 16050/2024, 7050/2025) oraz trzy zabiegi amniotomii (nr księgi głównej: 4788/2022, 1620/2023 i 17438/2024).

<sup>77</sup> Cztery pacjentki sporządziły plan porodu, w którym wyraziły zgodę na nacięcie krocza „tylko gdy będzie to konieczne”. Trzy pacjentki w planie porodu wyraziły zgodę na amniotomię „jeśli nie będzie postępu porodu, w celu przyspieszenia akcji porodowej”, natomiast jedna nie udzieliła odpowiedzi w tym zakresie. W pozostałych pięciu przypadkach pacjentki nie sporządziły planów porodu.

dokonywania adnotacji w zakresie przyczyn wykonania zabiegów oraz uzyskania na nie zgody pacjentek było działaniem nierzetelnym.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że decyzja o nacięciu krocza zapada dynamicznie, gdy lekarz/położna uzna, że jest to konieczne dla dobra matki lub dziecka. Do przyczyn wykonania tej procedury należą m.in., uniknięcie niekontrolowanego pęknięcia krocza, poród dziecka o szacowanej dużej masie płodu czy też mała podatność tkanek krocza. Medycznym uzasadnieniem amniotomii jest m.in. stymulacja czynności skurczowych macicy w trakcie porodu. W zbadanych przypadkach u pacjentek z własną czynnością skurczową wykonano amniotomię w celu jej wzmocnienia na przełomie I i II okresu porodu. Brak w dokumentacji systematycznych wpisów dotyczących przyczyn zastosowania tych interwencji wynikał z błędnej interpretacji zapisów Standardu opieki okołoporodowej i uznaniu, że decyzje kliniczne podejmowane przez lekarzy i położne w oparciu o ich wiedzę i doświadczenia nie wymagają każdorazowego uzasadnienia w dokumentacji. W związku z tym, że interwencje te są stosowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa porodu i ochrony zdrowia matki i dziecka zidentyfikowano potrzebę ujednoczenia prowadzenia dokumentacji medycznej i wdrożono działania mające na celu obowiązkowe odnotowywanie rodzaju zastosowanej interwencji i jej uzasadnienia klinicznego. Celem tych działań jest zapewnienie przejrzystości i pełnej rejestracji przebiegu opieki okołoporodowej.

W trakcie kontroli opracowano formularz świadomej zgody na okołoporodowe nacięcie krocza (F/ZG/43).

(akta kontroli tom I str. 427-429; tom II str. 135, 137-143, 151, 152, 154, 155)

2. W przypadku dokumentacji jednej pacjentki<sup>78</sup> (z dwóch występujących w zbadanej próbie), której wykonano operacyjny zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy, nie uzyskano zgody pacjentki na ten zabieg. W szczególności stwierdzono brak w dokumentacji medycznej dokumentu stosowanego w PCMG pt. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie wyłyżeczkowania macicy, a w dokumentacji brak było również adnotacji o przekazaniu pacjentce informacji o konieczności wykonania zabiegu oraz wyrażeniu przez nią zgody, co było działaniem nierzetelnym.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że brak w dokumentacji zgody pacjentki wynikał z nagłego charakteru sytuacji klinicznej, wymagającej natychmiastowej interwencji. Przyznał, że w związku z tym przypadkiem zidentyfikował potrzebę wdrożenia działań mających na celu wzmocnienie procedur informowania pacjentek o możliwych interwencjach po porodzie już na etapie przygotowania do porodu oraz wprowadzenie dla personelu obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej przyczyny odstąpienia od uzyskania zgody oraz okoliczności klinicznych uzasadniających pilną interwencję.

(akta kontroli tom II str. 135, 137-143, 152, 155, 156)

3. Stosowane karty obserwacji porodu, były niezgodne ze wzorem określonym w Załączniku nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>79</sup>. W szczególności nie posiadały wymaganych elementów (rubryk) dotyczących: wymiarów miednicy - pkt 36, wyniku

---

<sup>78</sup> Nr księgi głównej 4786/2023.

<sup>79</sup> Dz.U. z 2024 r., poz. 798.

posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS) – pkt 37 oraz wyniku badania antygenu HBs – pkt 38, tym samym dane te nie były wpisywane do kart obserwacji porodu.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że ww. dane były systematycznie zbierane i odnotowywane w historii choroby. Ich brak w karcie obserwacji porodu wynikał z przyjętej praktyki – uznano, że informacje te dostępne są w głównej dokumentacji medycznej pacjentki.

W trakcie kontroli wprowadzono do stosowania aktualną wersję karty obserwacji porodu, zgodną z rozporządzeniem.

(akta kontroli tom II str. 136-143, 152, 156)

4. W jednym przypadku<sup>80</sup>, na 27 zbadanych, stwierdzono nierzetelne wypełnienie karty obserwacji porodu poprzez niewpisanie informacji o podanych lekach, podczas gdy z pozostałej dokumentacji medycznej wynikało, że pacjentce podano antybiotyki i oxytocynę.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że brak wpisu w karcie w zakresie podanych leków wynikał z niedopatrzenia personelu medycznego uzupełniającego kartę.

(akta kontroli tom II str. 136-143, 152, 156)

5. Pięciu noworodkom urodzonym siłami natury<sup>81</sup> (spośród 17 zbadanych) nie zapewniono bezpośrednio po porodzie nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry”, co było niezgodne ze Standardem (cz. XIII ust. 1 pkt 8), który stanowi, że *bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry” trwający dwie godziny po porodzie (...). Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.*

Z zapisów w kartach rozwoju noworodka wynika, że badanie neonatologiczne noworodków zostało przeprowadzone tuż po porodzie na sali porodowej, a w dokumentacji nie stwierdzono wpisów o przeciwskazaniach zdrowotnych uzasadniających przerwanie tego kontaktu, pomimo, że w myśl Standardu (cz. XIII ust. 2 pkt. 2) *badania neonatologicznego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 8, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka.*

Ordynator oddziału neonatologicznego wyjaśniła m.in., że w sytuacji gdy lekarz oddziału neonatologicznego przebywa na oddziale, jest on obecny przy porodzie. W godzinach dyżurowych pielęgniarka decyduje, czy konieczna jest obecność lekarza dyżurnego przy porodzie. Lekarz ma obowiązek zbadać i ocenić noworodka w skali Apgar – matka chce wiedzieć czy urodziła zdrowe dziecko. Konieczne jest również wypełnienie dokumentacji medycznej, a po dopełnieniu tych formalności zapewniany jest nieprzerwany kontakt 2-godzinny matki z dzieckiem skóra do skóry. W jej ocenie spokojny, nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem po zbadaniu noworodka jest w pełni satysfakcjonujący i spełnia swoje zadanie. Personel musi również wypełnić wymaganą dokumentację, aby przejść do dalszych obowiązków. Przekładanie tego „za 2 godziny” mogłoby skutkować pomyłkami lub lukami w dokumentacji.

(akta kontroli tom II str. 163, 165-168, 177, 179, 180)

NIK nie podziela powyższych argumentów. Zgodnie z aktualną wiedzą i rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia, nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” powinien być rutynowym elementem opieki dla zdrowych

<sup>80</sup> Nr księgi głównej 4031/2022.

<sup>81</sup> Numery ksiąg głównych: 6588/2022, 160/2023, 4786/2023, 10914/2023 i 8268/2024.

matek i zdrowych noworodków, co zostało wyartykułowane wprost w Standardzie opieki okołoporodowej z 2019 r. Korzyści dla dziecka i matki wynikające z zapewnienia nieprzerwanego kontaktu są bezdyskusyjne, a we wskazanych przypadkach nie wystąpiły okoliczności uzasadniające jego niezapewnienie bezpośrednio po porodzie.

6. W jednym przypadku<sup>82</sup>, na 30 zbadanych noworodków, badanie kliniczne noworodka urodzonego o godzinie 17:50 przeprowadzono w dniu następnym o godzinie 11:30, tj. po upływie 17 godzin i 40 minut, co było niezgodne ze Standardem cz. XVIII ust. 2 pkt 2, który stanowi że w *okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka.*

Ordynator oddziału neonatologicznego nie potrafiła wyjaśnić przyczyn opóźnienia w przeprowadzeniu badania. Wskazała, że lekarze dyżurni zostali poinformowani o konieczności zbadania nowonarodzonych dzieci w przeciągu 12 godzin.

(akta kontroli tom II str. 163, 166, 177, 180)

7. W dokumentacji medycznej 24 pacjentek, których dzieci dokarmiano lub karmiono wyłącznie mlekiem modyfikowanym nie odnotowano:
- informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego – 23 przypadki,
  - wskazań do podawania mleka modyfikowanego (zalecenia lekarzy, wyraźna prośba matki) – 19 przypadków,
  - dokładnej diagnozy problemu z karmieniem piersią (w dokumentacji wpisano: „w razie potrzeby”, „okresowo dokarmiany”, „wg potrzeb” – 19 przypadków,
  - podjęcia próby karmienia odciągniętym mlekiem matki – 18 przypadków.

Powyższe było niezgodne ze Standardem (cz. XIII ust. 3 pkt 4 i 5) stanowiącym, że *w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej. Podawanie sztucznego mleka początkowego następuje wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu.*

Ordynator oddziału neonatologicznego wyjaśniła m.in., że co do zasady noworodki karmione są piersią. Na wyraźne życzenie matki dzieci są karmione mlekiem sztucznym. Zwróciła uwagę, że nie każda matka po porodzie ma odpowiednią ilość pokarmu, laktacja może rozwijać się nieco później w przypadku cięć cesarskich, są też warunki anatomiczne utrudniające karmienie piersią (np. płaskie brodawki). W takich sytuacjach należy sięgnąć po mleko sztuczne. Najlepszą ocenę sytuacji ma pielęgniarka noworodkowa, która asystuje przy karmieniach w pierwszych godzinach po porodzie. Dzięki doświadczeniu wie najlepiej co zaproponować matce w przypadku kłopotów z karmieniem. Czasem lekarz wpisuje w karcie zleceń dokarmianie mlekiem sztucznym, ale częściej matki proszą o sztuczne mleko, gdy uważają że dziecko się nie najada. Oświadczyła również, że poinformowała pielęgniarki o konieczności dokonywania odpowiednich

---

<sup>82</sup> Nr księgi głównej 30/2023.

zapisów w dokumentacji medycznej w zakresie wskazań dokarmiania, diagnozy problemów z karmieniem piersią oraz ilości podanego mleka.

(akta kontroli tom II str. 163-168, 178, 180)

8. Dwóm pacjentkom, które doznały sytuacji szczególnych (poronienia)<sup>83</sup> nie zapewniono pomocy psychologicznej, pomimo zgłoszenia takiej potrzeby przez położne jak i same pacjentki<sup>84</sup>, co było niezgodne ze Standardem (cz. XV ust. 3 pkt 2), w myśl którego *należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej (...) zgodnie z życzeniem kobiety*.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że konsultacja psychologiczna nie została prawdopodobnie zlecona z powodu krótkiego czasu hospitalizacji i niedopatrzenia. Stanowiło to uchybienie w zakresie realizacji Standardu, w szczególności w kontekście zapewnienia wsparcia emocjonalnego w sytuacjach trudnych. W związku z zaistniałą sytuacją wdrożono działania naprawcze polegające na: ujednoczeniu procedury zgłaszania potrzeby konsultacji psychologicznej, wprowadzeniu obowiązku dokumentowania zgłoszeń i reakcji personelu oraz zwiększeniu świadomości zespołu medycznego w zakresie znaczenia wsparcia psychologicznego w sytuacjach okołoporodowych.

(akta kontroli tom II str. 152, 152, 156, 167, 183-186)

9. W przypadku dwóch pacjentek, które doznały szczególnych sytuacji (poronienia)<sup>85</sup>, w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego nie wpisano zaleceń konsultacji psychologicznej/psychiatrycznej, jak również nie zostały wystawione skierowania do poradni psychologicznej, pomimo że udzielający im konsultacji w szpitalu psycholodzy wskazywali na potrzebę dalszej pomocy psychologicznej<sup>86</sup>. W ocenie NIK takie działanie było nierzetelne.

Dyrektor ds. medycznych wyjaśnił m.in., że przy wypisie lekarze rutynowo informują ustnie pacjentki o dalszym postępowaniu, w tym o konieczności kontynuacji leczenia, zaleceniach kontrolnych oraz dostępnych formach wsparcia. Niemniej jednak, brak pisemnego odzwierciedlenia zaleceń konsultacji psychologicznych w karcie informacyjnej oraz niewystawienie skierowania do poradni psychologicznej stanowiło nieprawidłowość, która mogła wpłynąć na ciągłość opieki po wypisie. W związku z tym wdrożono działania mające na celu: wprowadzenie obowiązku dokumentowania zaleceń psychologa w karcie informacyjnej oraz historii choroby oraz zobowiązano lekarzy prowadzących do wystawiania skierowań w przypadku zaleceń kontynuacji opieki psychologicznej.

(akta kontroli tom II str. 153, 157, 183-186)

10. Stosowane na oddziale i przedstawiane pacjentkom do zapoznania i podpisu oświadczenie o sposobie odbioru martwo urodzonego (poronionego) płodu, zawierające informację, że „*W razie niezgłoszenia się w ciągu 2 tygodni, proszę o jego utylizację*”, było niezgodne z obowiązującym stanem prawnym, w szczególności z § 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami, w myśl którego ciała dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży uważa się za zwłoki,

---

<sup>83</sup> Numery księgi głównej: 1397/2024 i 8361/2024.

<sup>84</sup> W ankiecie pacjentki wyraziły chęć porozmawiania z psychologiem, z adnotacji w dokumentacji medycznej wynikało, że personel zwrócił uwagę na ich nieprawidłowy stan emocjonalny (płaczliwość), a w jednym przypadku personel zgłosił potrzebę konsultacji psychologicznej.

<sup>85</sup> Numery księgi głównej: 5323/2023 (pobyt w dniach 8 maja -24 czerwca 2023 r.) i 8808/2023 (pobyt w dniach 27-31 lipca 2023 r.).

<sup>86</sup> W notatkach z konsultacji psychologicznych zawarto adnotacje dotyczące zaleceń „w kierunku konsultacji w poradni zdrowia psychicznego” lub „późniejszej konsultacji z psychologiem”.

którym należy się szacunek i poszanowanie godności, w tym pochówek i nie mogą być traktowane jak odpad medyczny, a tym samym nie podlegają utylizacji. Ponadto stosowanie oświadczeń o takiej treści wprowadzało rodziców w błąd co do zasad postępowania z ciałami dzieci martwo urodzonych i stanowiło naruszenie Standardu (cz. XV, ust. 3 pkt 10), zgodnie z którym *kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku.*

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że oświadczenie o sposobie odbioru martwo urodzonego (poronionego) płodu wskazujące na wyrażenie zgody na utylizację w przypadku nieodebrania we wskazanym terminie wynika z niedoprecyzowania wewnętrznych procedur i niedostosowania dokumentacji do aktualnych wymogów prawa, a nie celowego działania mającego na celu naruszenie godności zmarłych dzieci ani praw ich rodzin. Wyraziła ubolewanie, że przez niedopatrzenie doszło do sytuacji, która mogła zostać odebrana jako niezgodna z zasadami poszanowania godności i praw rodzin dotkniętych stratą dziecka.

W trakcie kontroli opracowano nowy formularz oświadczenia o sposobie martwo urodzonego płodu, w którym zawarto oświadczenie następującej treści: *„Rezygnuję z odbioru i pochówku – pozostawiam decyzję placówce medycznej, co stanowi moją świadomą zgodę, na podjęcie przez PCMG czynności zmierzających do przeprowadzenia pochówku”.*

(akta kontroli tom I str. 427, 430; tom II str. 11, 14, 184-186, 200, 217)

11. W przypadku siedmiu płodów poddanych utylizacji<sup>87</sup> Szpital nie podjął czynności zmierzających do dokonania ich pochówku przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu (Gmina Grójec), w szczególności nie powiadomiono właściwej jednostki organizacyjnej gminy Grójec zajmującej się organizacją pochówku w takich przypadkach. Po przekazaniu płodów do prosektorium Szpital nie miał informacji jakie dalsze czynności wobec nich były podejmowane przez podmiot prowadzący prosektorium.

Z informacji uzyskanej od przedsiębiorcy prowadzącego prosektorium wynika, że we wskazanych przypadkach nie dokonano pochówku na koszt gminy, ponieważ nie otrzymano od Szpitala żadnych informacji w tej materii.

(akta kontroli tom II str. 11, 12, 183-186, 221, 381, 382)

Prezes Zarządu wyjaśniła m.in., że Szpital nie przekazał informacji właściwej jednostce organizacyjnej Gminy Grójec, ponieważ jej zdaniem tego rodzaju obowiązek obciążał podmiot zewnętrzny, z którym zawarto umowy na prowadzenie prosektorium, usługi odbioru, transportu i przechowywania zwłok. Podmiot w umowach zobowiązał się do przestrzegania zarówno wewnętrznych procedur PCMG jak i przepisów powszechnie obowiązujących w zakresie postępowania i pochówku zwłok. Wskazał jednak, że zostaną dołożone wszelkie starania, aby podobne sytuacje nie miały miejsca.

(akta kontroli tom II str. 14)

NIK zwraca uwagę, że w umowach wykonawca zobowiązał się przestrzegać aktualnie obowiązujących przepisów prawnych, w szczególności ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne

---

<sup>87</sup> Numery księgi głównej: 210/2022, 4839/2022, 15194/2023, 8447/2023, 1397/2024, 8361/2024 i 15403/2024.

świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta. Natomiast brak w umowach postanowień w zakresie przestrzegania wewnętrznych procedur szpitala regulujących kwestie postępowania ze zwłokami oraz poronionymi płodami. Nie przedstawiono również żadnych dokumentów potwierdzających fakt zapoznania się przez wykonawcę z tymi procedurami. W umowie nie wskazano wprost kwestii odnoszących się do obowiązku powiadamiania gminy w przypadku niezgłoszenia się rodziny po odbiór zwłok. W Instrukcji postępowania ze zwłokami również nie wskazano osób odpowiedzialnych za zawiadamianie gminy. Nie bez znaczenia pozostaje fakt stosowania oświadczenia w sprawie sposobu odbioru martwo urodzonego (poronionego) płodu, wprowadzającego w błąd co do sposobu postępowania z nieodebranymi płodami.

(akta kontroli tom II str. 187-189, 222-380)

NIK nie podziela opinii Prezes Zarządu, że na podstawie umowy obowiązek zawiadomienia gminy należał do wykonawcy umowy. Zobowiązanie w umowie do przestrzegania przepisów ustawy nie jest tożsame z przekazaniem kompetencji do wykonywania określonych czynności. Samo zobowiązanie do przestrzegania prawa oznacza konieczność działania zgodnie z nim, podczas gdy przekazanie kompetencji to nadanie uprawnienia do podejmowania określonych decyzji lub czynności (np. w imieniu innej osoby lub podmiotu) i wymaga zawarcia w umowie konkretnych uregulowań.

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala. Na ogół zapewniono im opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. W przypadkach konieczności wykonania zabiegu epizjotomii i amniotomii nie informowano pacjentek o przyczynach jego wykonania i nie uzyskiwano od nich odrębnych zgód, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym. Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. W niektórych przypadkach nie przestrzegano jednak wymogów dotyczących zapewnienia nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” oraz dokarmiano noworodki w sposób niezgodny ze Standardem. Wprowadzone w PCMG procedury i rozwiązania organizacyjne wprowadzały w błąd pacjentki i ich rodziny co do postępowania z martwo urodzonymi (poronionymi) dziećmi oraz nie gwarantowały prawidłowego postępowania z nimi w sytuacji rezygnacji rodziców z pochówku, wskutek czego w siedmiu przypadkach (na 10 zbadanych) płody zostały przekazane do utylizacji.

### **IV. Wnioski**

#### **Wnioski**

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

1. Terminowe zgłaszanie do NFZ zmian dotyczących zatrudnienia personelu medycznego.
2. Podjęcie działań w celu wzmocnienia nadzoru w zakresie:
  - zapewnienia personelowi medycznemu prawa do odpoczynku w wymiarze zgodnym z ustawą o działalności leczniczej,
  - wyeliminowania przypadków pełnienia dyżurów nieprzerwanie powyżej 24 godzin przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.
3. Podjęcie działań w celu dostosowania pomieszczeń oddziałów do wymogów prawnych w zakresie:
  - wyposażenia sali intensywnej opieki noworodka w służbę umywalkowo-fartuchową,

- dostępności co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.
4. Przeprowadzanie zabiegów epizjotomii i amniotomii oraz wyłęczkowania jamy macicy po wcześniejszym przekazaniu pacjentkom informacji o konieczności jego wykonania i uzyskaniu ich zgody.
  5. Zapewnienie nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” w każdym przypadku, jeżeli nie istnieją przeciwwskazania.
  6. Dokarmianie noworodków mlekiem modyfikowanym tylko w niezbędnych przypadkach, po przeprowadzeniu szczegółowej diagnozy dotyczącej problemów z karmieniem piersią.
  7. Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia pacjentkom doświadczającym szczególnych sytuacji wsparcia psychologicznego w szpitalu.
  8. Podjęcie działań w celu zapewnienia właściwego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych (poronionych), w przypadkach rezygnacji rodziny z ich odebrania w celu pochówku.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Warszawa, 14 listopada 2025 r.

Kontroler  
Ilona Kacperek  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie  
Dyrektor

z up. Urszula Klimska  
Wicedyrektor Delegatury

/-/