

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA W POZNANIU

LPO-410-23-00/2009

Nr ewid.: 05/2010/P/09/166/LPO

Informacja o wynikach kontroli opieki nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych

Poznań, marzec 2010 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu:

Jan Kołtun

Akceptuję:

Stanisław Jarosz

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jezierski

Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

dnia: 31.03.2010 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

tel./fax: (22) 444-50-00

www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	6
2.2. Synteza wyników kontroli	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	12
3.1. Charakterystyka stanu prawnego.....	12
3.2. Uwarunkowania organizacyjne związane z opieką perinatalną	18
3.3. Istotne ustalenia kontroli	19
3.3.1. System trójstopniowej opieki perinatalnej jako podstawa opieki nad matką i noworodkiem	19
3.3.2. Niektóre aspekty obecnej opieki perinatalnej.....	22
3.3.3. Stan i kwalifikacje personelu medycznego oraz organizacja udzielania świadczeń w oddziałach położniczych i noworodkowych	23
3.3.4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie innych wymagań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych	24
3.3.5. Dostępność świadczeń związanych z porodem oraz ocena poziomu ich wykonywania przez pacjentki oddziałów położniczych	27
3.3.6. Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych.....	31
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	33
4.1. Przygotowanie kontroli.....	33
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	33
5. Załączniki	35
5.1. Wykaz ważniejszych aktów normatywnych.....	35
5.2. Wykaz skontrolowanych jednostek i osób kierujących tymi jednostkami oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły kontrole, a także ocen skontrolowanej działalności zawartych w wystąpieniach pokontrolnych.....	36
5.3. Zestawienie wyników badań ankietowych pacjentek kontrolowanych szpitali.....	38
5.4. Wykaz organów, którym przekazano Informację o wynikach kontroli	38

1. Wprowadzenie

Temat kontroli

Kontrola „Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych” (P/09/166) została przeprowadzona z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli z uwagi na szczególne społeczne znaczenie zapewnienia właściwej opieki perinatalnej, w sytuacji korzystnego wzrostu w ostatnich latach liczby urodzeń i związanych z tym zadań dotyczących udzielania w tym zakresie świadczeń zdrowotnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 22 maja do 30 października 2009 r., na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*¹ pod względem kryterium legalności, gospodarności, rzetelności i celowości (w jednostkach państwowych) oraz art. 2 ust. 2 tej ustawy uwzględniając kryteria legalności, gospodarności i rzetelności (w jednostkach podległych samorządom).

Cel i zakres kontroli

Celem kontroli była ocena działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie sprawowania opieki nad matką i noworodkiem, głównie w odniesieniu do funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, polegającej m. in. na współdziałaniu szpitali o różnych stopniach referencyjnych.

Szczegółowej ocenie zostały poddane następujące zagadnienia: [▪] stan i kwalifikacje personelu medycznego, [▪] organizacja udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt, [▪] zapewnienie realizacji wybranych procedur medycznych i spełnienie innych warunków jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oddziałów położniczych i neonatologicznych. Oceniono również sprawowanie nadzoru uprawnionych organów nad działalnością tych oddziałów.

Kontrolą objęto okres od początku 2008 r. do końca I półrocza 2009 r., wykorzystując dla celów porównawczych dane statystyczne o działalności kontrolowanych szpitali za okres od 2005 r. do 2007 r.

Kontrolę przeprowadzono w 43 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń w zakresie położnictwa i neonatologii, w tym w

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

22 jednostkach I poziomu referencyjnego, 14 jednostkach II poziomu referencyjnego i 7 szpitalach III poziomu referencyjnego².

Wykaz skontrolowanych jednostek i osób nimi kierującymi oraz delegatur NIK, które przeprowadziły kontrole, a także ocen skontrolowanej działalności, zamieszczonych w wystąpieniach pokontrolnych, zawiera rozdział 5.2 do tej informacji.

Słowniczek niektórych terminów.

echokardiograf	urządzenie do badania czynności serca,
histeroskop	przyrząd optyczny (wziernik) do oglądania wnętrza macicy, przy pomocy dodatkowych instrumentów umożliwia pobieranie wycinków śluzówki,
inkubator	urządzenie za pomocą którego stwarza się warunki zewnętrzne w celu podtrzymania procesów życiowych oraz rozwoju i wzrostu,
kardiomonitor	aparat monitorujący istotne dla życia parametry pacjenta w trakcie zabiegu (EKG, oddech, ciśnienie tętnicze, saturacja),
kolposkop	przyrząd powiększający dla celów medycznych, używany w badaniach ginekologicznych,
KTG	kardiotokogram; aparat do rejestracji m. in. tętna płodu,
masa urodzeniowa	wynik pierwszego pomiaru masy ciała płodu lub noworodka, uzyskany w ciągu pierwszej godziny życia noworodka,
mała masa urodzeniowa	masa ciała płodu lub noworodka poniżej 2.500 gramów,
neonatologia	dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami, wadami wrodzonymi oraz prawidłowym rozwojem dzieci w okresie noworodkowym,
niemowlę	dziecko do pierwszego roku życia,
noworodek	dziecko do ukończenia 28 dnia życia,
perinatologia	dział medycyny obejmujący okres życia wewnątrzmacicznego i wczesny okres pourodzeniowy,
pompa infuzyjna	przyrząd medyczny stosowany do ciągłego (lub w odstępach czasu) dokładnego dawkowania leku,
poród	zakończenie ciąży trwającej 22 ukończone tygodnie lub więcej,
respirator	urządzenie umożliwiające sztuczne oddychanie, stosowane głównie w przypadkach zahamowania czynności oddechowych,
wcześnieactwo	urodzenie dziecka pomiędzy 22 a 37 tygodniem ciąży; mierzalnym parametrem jest masa urodzeniowa poniżej 2500 gramów,
zgon płodu (martwe urodzenie)	zgon następujący przed całkowitym jego wydalaniem lub wydobyciem z ustroju matki (niezależnie od czasu trwania ciąży),
żywe urodzenie	całkowite wydalanie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydalaniu lub wydobyciu oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia.

² Objasnienie stopni referencyjności zamieszczono w rozdz.3.2 (str. 18).

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia – pomimo stwierdzonych nieprawidłowości – sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych w ramach trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. System ten sprzyja zapewnieniu takiej opieki, stosownie do potrzeb wynikających z różnych przypadków medycznych. Wymagania stawiane przed szpitalami trzech stopni referencyjnych, ustanowione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, były generalnie spełniane przez te podmioty. Podkreślić należy, iż kwalifikowanie poszczególnych oddziałów położniczych i neonatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do jednego z trzech poziomów referencyjnych było w okresie objętym kontrolą jedynym sformalizowanym wsparciem systemu opieki perinatalnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim sprzętu i aparatury medycznej. W wielu kontrolowanych szpitalach wyposażenie to było niewystarczające lub starej generacji, eksploatowane przez wiele lat. W tej sytuacji brak certyfikatów dopuszczających do użytku i dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu i aparatury medycznej uznać należy za niedbalstwo mogące mieć wpływ na jakość świadczeń.

W oddziałach noworodkowych niektórych kontrolowanych szpitali zatrudniano liczbę lekarzy neonatologów niezgodną z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pacjentki oddziałów położniczych, ankietowane w trakcie kontroli NIK, pozytywnie oceniły sprawowaną nad nimi opiekę. Znikoma – w stosunku do skali świadczeń medycznych – liczba skarg na działalność oddziałów położniczych i noworodkowych również wskazuje na zadawalające funkcjonowanie opieki perinatalnej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli natomiast negatywnie ocenia bezpodstawne pobieranie opłat od osób ubezpieczonych za niektóre świadczenia zdrowotne (znieczulenia zewnątrzoponowe) oraz naruszanie ustawowej zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej poprzez odpłatne oferowanie lepszych warunków pobytu w szpitalu (sal jednoosobowych).

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, niewystarczający był zakres kontroli oddziałów położniczo-ginekologicznych i noworodkowych, sprawowanych przez organy założycielskie oraz konsultantów wojewódzkich.

2.2. Synteza wyników kontroli

1. Trójstopniowy system opieki perinatalnej stanowi właściwe ramy organizacyjne dla zapewnienia opieki nad matką i noworodkiem. Kwalifikowanie oddziałów położniczych i noworodkowych do jednego z trzech poziomów referencyjnych odbywało się na podstawie kryteriów ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uwzględniających zasoby kadrowe, wyposażenie w sprzęt medyczny oraz spełnienie innych wymagań związanych z funkcjonowaniem tych oddziałów. Była to – w ocenie NIK – niewystarczająca podstawa formalna dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. [Str. 19].

2. Współpraca ordynatorów oddziałów I i II poziomu referencyjnego z ośrodkami wyższego poziomu referencyjnego w zakresie przekazywania ciężarnych, w związku z występującymi zagrożeniami zdrowotnymi, układała się poprawnie. W 12 oddziałach położniczych (33%) wystąpiły jednak utrudnienia w tym zakresie z powodu okresowego braku miejsc dla pacjentek lub braku wolnych stanowisk intensywnej terapii noworodków. Natomiast problemy z umieszczeniem noworodków w szpitalach posiadających oddziały noworodkowe o wyższym stopniu referencyjnym wystąpiły aż w 15 skontrolowanych szpitalach (42%). Przyczyny tych utrudnień to głównie ograniczona liczba stanowisk intensywnej terapii noworodków, względy sanitarno-epidemiologiczne (brak możliwości izolacji przyjmowanych pacjentów) oraz problemy związane z transportem noworodków. [Str. 19-20].

3. Pozytywna ocena NIK trójstopniowej opieki perinatalnej jest zbieżna z opiniami konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii, którzy wskazali jednocześnie propozycje niezbędne do poprawy sytuacji, w szczególności takie jak: [▪] usankcjonowanie aktem ustawowym trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, [▪] wymiana sprzętu będącego na wyposażeniu oddziałów położniczych i noworodkowych na bardziej nowoczesny, [▪] zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii noworodków, [▪] zapewnienie sprawnego systemu współpracy między szpitalami różnych poziomów referencyjnych

i usprawnienie funkcjonowanie transportu sanitarnego noworodków, [▪] zwiększenia liczby lekarzy specjalistów, przede wszystkim lekarzy neonatologów. [Str. 20-21].

4. Niewystarczająca była liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii w stosunku do wymagań ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2 szpitalach I poziomu referencyjnego (9%) nie był zatrudniony lekarz tej specjalności, a w oddziałach noworodkowych 3 szpitali II poziomu referencyjnego (21%) w składzie zespołu lekarzy tylko jedna osoba legitymowała się wymaganymi kwalifikacjami w zakresie neonatologii. Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych prawie we wszystkich oddziałach położniczych i noworodkowych odpowiadała tym wymaganiom. Uzasadnione odstępstwa w tym zakresie stwierdzono jedynie w 2 szpitalach (5%). [Str. 23-24].

5. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oddziałów neonatologicznych i położniczo-ginekologicznych 8 szpitali (19%) nie w pełni odpowiadało wymaganiom Narodowego Funduszu Zdrowia. Nieprawidłowości dotyczyły m. in. braku niektórych urządzeń lub ich braku w miejscach udzielania świadczeń (m. in. pompy infuzyjne, histeroskopy, kolposkopy). W oddziałach noworodkowych 15 szpitali (35%) stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły głównie niedostatecznego wyposażenia w pompy infuzyjne. W 11 szpitalach (26%) część urządzeń kontrolowanych oddziałów nie miała dokumentów (certyfikatów) dopuszczających je do użytku. Aż w 16 szpitalach (37%) nie zadbano o posiadanie przewidzianych prawem dokumentów poświadczających przeprowadzenie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego, wykonanych przez uprawnione podmioty. [Str. 24-27].

6. Brakowało stanowisk intensywnej terapii noworodków, szczególnie w oddziałach noworodkowych III poziomu referencyjnego. Utrudniało to bezzwłoczne przyjmowanie noworodków wymagających specjalistycznej opieki neonatologicznej. W 9 skontrolowanych szpitalach (21%) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące zapewnienia pełnej opieki lekarskiej, polegające m. in. na pełnieniu dyżurów „*pod telefonem*”, pełnieniu dyżurów przez lekarzy nieposiadających wymaganych kwalifikacji oraz braku wymaganej liczby specjalistów, w tym lekarzy anestezjologów. W oddziałach położniczo-ginekologicznych 5 szpitali (12%) nie wydzielono łóżek intensywnej opieki medycznej z wyodrębnionym stałym dyżurem pielęgniarskim, które – według wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia – powinny być zlokalizowane na terenie tych oddziałów. W jednym przypadku nie zapewniono wyodrębnionej sali do przeprowadzenia zabiegów cesarskiego cięcia. [Str. 23 i 27].

7. W 8 skontrolowanych szpitalach (19%) bezpodstawnie, w ocenie NIK, czyli z naruszeniem ustawowej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, pobierano od pacjentek ubezpieczonych – w różnych formach – opłaty za usługi związane z porodem. Dotyczyło to m. in. opłat za wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego na „życzenie”, udzielanie świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach o t. zw. „*podwyższonym standardzie*” (zazwyczaj pokoje jednoosobowe z oddzielnym węzłem sanitarnym). Kwota nienależnie uzyskana z tego tytułu w 4 szpitalach wyniosła 739.580 zł. [Str. 27-29].

8. W okresie od 1 stycznia 2008 r. do 30 czerwca 2009 r., jedynie do 11 kontrolowanych szpitali (26%) wpłynęło 21 skarg w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oddziałach położniczych i noworodkowych, z których 7 uznano za uzasadnione. Znikoma liczba skarg w stosunku do liczby porodów – 64.362 w okresie od 1 stycznia 2008 do 31 marca 2009 r. – wskazuje na zadowalającą jakość świadczeń w przedmiotowym zakresie. Przeprowadzone przez NIK badania ankietowe pacjentek oddziałów położniczych (1.279 osób) potwierdziły taką ocenę. Respondentki najwyżej oceniły kontakty z lekarzami oraz życzliwość i uprzejmość pielęgniarek i położnych (98% pozytywnych odpowiedzi), najniżej jakość otrzymywanych posiłków (77% odpowiedzi). [Str. 29-30].

9. Ograniczone było zainteresowanie kierownictw szpitali uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego, potwierdzającego spełnienie wymagań w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania tych szpitali. Certyfikaty – po przeprowadzonych przeglądach – posiadało zaledwie 5 szpitali (12%). Ponadto 19 szpitali (44%) legitymowało się certyfikatami potwierdzającymi, że system zarządzania jakością w zakresie lecznictwa stacjonarnego jest zgodny z normą ISO 9001:2000 lub ISO 9001:2001. [Str. 30-31].

10. Narodowy Funduszu Zdrowia korzystał z uprawnienia do kontrolowania oddziałów położniczych i noworodkowych. Kontrole te, dotyczące głównie realizacji umów o świadczenia zdrowotne, przeprowadzone w 9 szpitalach objętych badaniami NIK, ujawniły nieprawidłowości polegające m. in. na wadliwych rozliczeniach wykonanych procedur medycznych oraz organizacji pracy personelu medycznego niezgodnej z wymaganiami określonymi w kontraktach. [Str. 31-32].

11. Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii w niewielkim zakresie bezpośrednio kontrolowali dostępność świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej na obszarze danego wo-

jewództwa oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny. W 2008 r. i w I kwartale 2009 r. kontroli poddano oddziały położniczo-ginekologiczne i oddziały noworodkowe 6 szpitali (spośród objętych kontrolą NIK). Uwagi konsultantów dotyczyły najczęściej niepoprawnego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zagadnień organizacyjnych. Podmiotowy zakres kontroli sprawowanej przez konsultantów – w ocenie NIK – należy uznać za niewystarczający. [Str. 32].

12. Stan warunków higieniczno-sanitarnych sprzętu i pomieszczeń oddziałów położniczych i noworodkowych, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, był zadawalający, jak wynikało z ustaleń kontroli przeprowadzonych przez państwową inspekcję sanitarną we wszystkich szpitalach badanych przez NIK. W 16 szpitalach (spośród objętych kontrolą NIK) inspekcja ta nie stwierdziła nieprawidłowości czy uchybień. Najczęściej stwierdzane przez ten organ nieprawidłowości w pozostałych szpitalach dotyczyły m. in. bieżącego stanu sanitarnego, stanu technicznego pomieszczeń, stanu wyposażenia oraz braku śluz umywalkowo-fartuchowych. [Str. 32].

13. Organy założycielskie kontrolowanych szpitali nie wywiązywały się z ustawowego obowiązku nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej, polegającego w szczególności na corocznej kontroli podległych szpitali. Tylko w 8 jednostkach objętych kontrolą NIK organy założycielskie sprawdzały dostępność udzielanych świadczeń oraz stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny w oddziałach położniczych i noworodkowych. [Str. 31].

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli rekomenduje kompleksowe uregulowanie zasad funkcjonowania systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w drodze ustawowej, wraz z ustanowieniem standardów opieki okołoporodowej. Minister zdrowia winien podjąć szybką inicjatywę w tej sprawie.

Minister zdrowia oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy winni podjąć niezwłocznie działania organizacyjne w celu umożliwienia uzyskiwania specjalizacji w dziedzinie neonatologii i położnictwa przez większą liczbę lekarzy.

Wyniki kontroli NIK wskazują na konieczność zapewnienia szpitalom wyposażenia oddziałów położniczych i noworodkowych w bardziej nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Szczególnie ważne jest też utworzenie większej liczby stanowisk intensywnej terapii noworodków w oddziałach szpitali II oraz III poziomu referencyjnego.

Organy założycielskie oraz Narodowy Fundusz Zdrowia winny egzekwować realizowanie ustawowej zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, nie dopuszczając do pobierania dodatkowych opłat za usługi związane z leczeniem od osób ubezpieczonych. Zgodnie z obowiązującymi dotąd przepisami, dopuszczalne jest jedynie pobieranie opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną niemającą charakteru świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie opłat za wybrane, dodatkowe świadczenia zdrowotne związane z opieką nad matką i noworodkiem wymaga zmian legislacyjnych, a w szczególności ustawowego wskazania tych świadczeń i określenia sposobu ustalania wysokości opłat. Ponadto ich wprowadzenie nie może ograniczać prawa równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, wynikającego z Konstytucji RP.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 8 ust. 2 *ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*³ – zwanej dalej „*ustawą o zoz*” – są to placówki utworzone w szczególności przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego (szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego), publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego⁴.

Zoz mógł otrzymać certyfikat akredytacyjny, jeżeli spełnia wymagania w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu. Certyfikat akredytacyjny wydawała Rada Akredytacyjna na podstawie ustalonych przez siebie wymagań i po przeprowadzeniu przez ośrodek akredytacyjny procedury oceniającej (art. 18c *ustawy o zoz*). Przepisy te obowiązywały do 5 czerwca 2009 r., a więc w okresie objętym kontrolą. Aktualnie zasady i tryb udzielania akredytacji został określone w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia*⁵.

Świadczenia medyczne

W *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁶, zwanej dalej „*ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*”, określono zakres i warunki udzielania świadczeń medycznych oraz zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń.

Zgodnie z *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*, świadczeniobiorcy mają – na zasadach w niej określonych – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ogra-

³ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁴ Art. 8 ust. 1 pkt 1-3b *ustawy o zoz*.

⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

niczenie (art. 15). Obejmuje to w szczególności: opiekę nad kobietą w ciąży, w okresie porodu i położu, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia.

Należy też zwrócić uwagę na to, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁷, władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Rozwinięciem tej zasady jest przepis art. 65 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, na mocy którego ubezpieczonym zapewnia się równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wybór świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kwestię dopuszczalności opłat za świadczenia wykonywane przez *zoz* należy rozpatrywać w kontekście przepisów *ustawy o zoz*. Przepisy te należy interpretować w powiązaniu z *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Zasadą jest, że w zakresie określonym w tej ostatniej *ustawie*, osoby ubezpieczone mają prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych. W art. 16 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, określającej rodzaje świadczeń, które nie przysługują osobom uprawnionym na podstawie tej *ustawy*, nie wymienia świadczeń związanych z porodem. Nie wymieniał ich również załącznik do tej *ustawy*, ustalający wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych (art. 17 *ustawy*)⁸. Zgodnie z art. 33 i 34 *ustawy o zoz*, publiczny zakład opieki zdrowotnej może pobierać opłaty od osób ubezpieczonych i innych uprawnionych, jeśli przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielenie. W przypadku świadczeń zdrowotnych określonych w art. 15 ust. 2 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* nie zostały wydane przepisy uprawniające do pobierania opłat. Ponadto w świetle art. 34 ust. 2 *ustawy o zoz*, kierownik publicznego *zoz* upoważniony został jedynie do ustalenia wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym, w rozumieniu art. 33 ust. 1 tej *ustawy*. Z obowiązujących przepisów wynika, iż nie ma podstaw do wprowadzenia odpłatności dla tych osób za świadczenia medyczne objęte umowami szpitali publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia⁹. Z przepisu tego wywodzi się, iż nie jest dozwolone

⁷ Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁸ Art. 17 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* utracił moc obowiązującą z dniem 31 sierpnia 2009 r. na podstawie art. 1 *ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 118, poz. 989).

⁹ Szersze uzasadnienie tej kwestii zawarte jest m. in. w uzasadnieniu wyroku z dnia 1 lutego 2006 r. Naczelnego Sadu Administracyjnego (II OSK 720/05).

pobieranie przez szpitale publiczne opłat m. in. za osobną salę do porodu, znieczulenie zewnątrzoponowe, jednoosobowy pokój po porodzie, indywidualną opiekę nad położnicą¹⁰. Pobieranie opłat było natomiast dopuszczalne z tytułu ponoszenia przez *zoz* kosztów związanych ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta (na przykład udział osoby towarzyszącej pacjentce przy porodzie). Zgodnie z art. 19 ust. 3 pkt 1 i ust. 4 *ustawy o zoz*¹¹ pacjent miał prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej przez osobę bliską, przy czym koszty te nie mogły obciążać *zoz*. Od dnia 5 czerwca 2009 r. zagadnienie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu, zostało uregulowane w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹². Zgodnie z art. 35 przywołanej wyżej *ustawy*, koszty realizacji prawa do tej opieki ponosi pacjent, przy czym wysokość opłaty ustala kierownik *zoz*, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalania jest jawna i powinna zostać udostępniona w lokalu *zoz*.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

Program ten¹³, zwany dalej „NPZ”, stanowiący załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., jako zadania służące realizacji celu „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem” wskazuje m. in. na konieczność unowocześnienia programu trójstopniowej opieki perinatalnej, poprawę opieki przedporodowej nad ciężarną i zmniejszenie umieralności niemowląt. W programie tym wprost wskazuje się na funkcjonowanie trójstopniowej opieki niezgodnie z jej założeniami. Według NPZ – który nie jest oczywiście normą prawną – oczekiwanymi korzyściami zdrowotnymi z pełnego wdrożenia trójstopniowej opieki perinatalnej będą: poprawa stanu zdrowia noworodków urodzonych przedwcześnie, zmniejszenie zachorowalności dzieci, zmniejszenie liczby dzieci niepełnosprawnych oraz poprawa szans zdrowotnych dzieci w Polsce.

¹⁰ Patrz przykładowo: „Informacja Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2007” (str. 230-231), dostępna na portalu www.rpo.gov.pl.

¹¹ Obowiązujący do 4 czerwca 2009 r.

¹² Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417.

¹³ Program dostępny na internetowych stronach ministerstwa zdrowia.

Warunki i wymagania stawiane szpitalom

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w *zarządzeniu nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne*¹⁴, zwanym dalej *zarządzeniem nr 93*, ustalił warunki i wymagania jakim powinny odpowiadać szpitalne oddziały: położnictwo i ginekologia oraz neonatologia, w zależności od poziomu referencyjnego. Warunki dotyczyły: liczby i kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt, zapewnienia realizacji badań oraz pozostałych warunków, które muszą spełniać świadczeniodawcy.

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do *zarządzenia nr 93*, poszczególne poziomy referencyjności powinny odpowiadać określonym warunkom.

Dodać należy, że po okresie objętym niniejszą kontrolą, weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵, które ustanowiło warunki i wymagania analogiczne do tych przewidzianych *zarządzeniem nr 93*.

W *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*¹⁶, zwanym dalej *rozporządzeniem z dnia 10 listopada 2006 r.*, określono m. in. wymagania dla oddziałów położniczych i neonatologicznych, w tym w zakresie powierzchni pomieszczeń tych oddziałów (sale dla pacjentów, sale porodowe), ich wyposażenia, dysponowania urządzeniami.

Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia szpitala zostały określone w załączniku nr 1 do *rozporządzenia z dnia 10 listopada 2006 r.*

Zgodnie z § 53 *rozporządzenia z dnia 10 listopada 2006 r.*, zakład opieki zdrowotnej niespełniający wymagań określonych w tych przepisach jest zobowiązany¹⁷ do dostosowania pomieszczeń i urządzeń do tych wymagań do dnia 31 grudnia

¹⁴ Zarządzenie opublikowane w „Biuletynie informacji publicznej” Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹⁵ Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.

¹⁶ Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.

¹⁷ Dotyczy: (#) prowadzących działalność w dniu wejścia w życie *rozporządzenia* oraz (#) tych, które po dniu jego wejścia w życie będą prowadzili działalność w pomieszczeniach, w których w okresie 12 miesięcy przed tym dniem miała miejsce działalność innego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzono indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną albo grupową praktykę lekarską, indy-

2012 r. Według zmian do *rozporządzenia z dnia 10 listopada 2006 r.*, wprowadzonych *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2008 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*¹⁸, termin przedłożenia programu dostosowania ustalony został do 30 czerwca 2012 r.

Nadzór i kontrola

Zgodnie z art. 67 *ustawy o zoz*, nadzór nad danym zoz sprawuje podmiot, który utworzył zakład. Zasady sprawowania nadzoru nad zoz zostały określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego*¹⁹. Nadzór nad realizacją zadań statutowych oraz dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę m. in.: (a) zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z przyjętymi standardami postępowania i procedurami medycznymi określonymi odrębnymi przepisami, (b) wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny i techniczny, odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń przewidzianych w statucie, a także spełnienia przez nie wymagań określonych odrębnymi przepisami.

W myśl § 7 *rozporządzenia* podmiot sprawujący nadzór przeprowadza kontrole okresowe i sprawdzające. Kontrole okresowe są podejmowane co najmniej raz w roku, celem dokonania okresowej oceny działalności jednostki organizacyjnej w zakresie określonym w § 1 *rozporządzenia*.

Na mocy przepisu art. 64 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych – czyli m. in. Narodowy Fundusz Zdrowia – może przeprowadzać kontrole, w szczególności w zakresie: 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowach zawartych ze świadczeniodawcami. Wykonywanie czynności kontrolnych u świadczeniodawców określono w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szcze-*

widualną praktykę pielęgniarek lub położnych, indywidualną specjalistyczną albo grupową praktykę pielęgniarek lub położnych.

¹⁸ Dz. U. Nr 30, poz. 187.

¹⁹ Dz. U. Nr 94, poz. 1097.

*gólowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych*²⁰.

Konsultanci

Na podstawie art. 66a *ustawy o zoz*, obowiązującego do 5 czerwca 2009 r., minister właściwy do spraw zdrowia miał prawo powoływać konsultantów krajowych spośród specjalistów, m. in. z poszczególnych dziedzin medycyny oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia do wykonywania zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *NFZ*), a także m. in. do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy.

*Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich*²¹ określono tryb powołania konsultantów krajowych i wojewódzkich, szczegółowe ich zadania i uprawnienia, także sposób finansowania zadań i zasady wynagradzania konsultantów, zakres współpracy pomiędzy konsultantami i organami, które utworzyły *zoz*, a nadto zakres współpracy pomiędzy konsultantami krajowymi i wojewódzkimi.

Konsultanci wojewódzcy kontrolowali m. in. dostępność do świadczeń zdrowotnych w *zoz* na obszarze województwa oraz ich wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny. Na mocy § 12 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r.*, składli oni wojewodom coroczne raporty. Na mocy zaś § 7 pkt. 4 tego *rozporządzenia*, zobowiązani byli oni do informowania *NFZ* o nieprawidłowościach i uchybieniach stwierdzanych w oddziałach szpitalnych. Przepisy te obowiązywały do 5 czerwca 2009 r., a zatem w okresie objętym kontrolą. Obecnie w tym zakresie obowiązują przepisy *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia*²².

Tworzenie standardów

Dotychczas nie opublikowano prac zespołu powołanego *zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2007 r. w sprawie powołania zespołu ds. opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej* (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 16, poz. 90 ze zm.). Wiadomo, że ustalono, iż ze względu na specyfikę opieki zdrowotnej w

²⁰ Dz. U. Nr 274, poz. 2723.

²¹ Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.

²² Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

okresie ciąży, porodu i połogu, niezbędne jest opracowanie czterech standardów: opieki nad kobietą ciężarną, opieki okołoporodowej nad kobietą podczas porodu, opieki nad kobietą w połogu oraz opieki nad noworodkiem. Do czasu zakończenia kontroli NIK standardy opieki okołoporodowej nie zostały wprowadzone.

Na konieczność wprowadzenia standardów opieki okołoporodowej zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich²³.

3.2. Uwarunkowania organizacyjne związane z opieką perinatalną

Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce²⁴ – opracowany w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku na zlecenie ówczesnego ministra zdrowia i opieki społecznej – uwzględniał rozwiązania zastosowane w krajach, które osiągnęły wysoki poziom opieki perinatalnej. Rozwiązania opierały się na organizacyjnych założeniach, według których I poziom opieki perinatalnej zakładał opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewniał krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią. Natomiast II poziom obejmował opiekę nad patologią średniego stopnia, a III poziom zajmował się najcięższą patologią. Ówczesnie program ten uwzględniał m. in. powoływanie regionalnych ośrodków opieki perinatalnej oraz ośrodków ponadregionalnych, wskazywał zadania w zakresie opieki ambulatoryjnej i przewidywał pisemne porozumienia dotyczące współpracy między ośrodkami różnych poziomów referencyjnych. Program ten nie jest aktualnie obowiązującą normą zawodową, choć jego podstawowe rozwiązania funkcjonują. Powrót do idei trójstopniowej opieki perinatalnej został zasygnalizowany w *NPZ* na lata 2007-2015, poprzez wskazanie na konieczność jego unowocześnienia. Podejmowane w tym zakresie działania mają na celu dalsze zmniejszanie liczby urodzeń martwych i liczby zgonów noworodków we wczesnym okresie poporodowym (do 6 dni po porodzie).

²³ „Informacja Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2007” oraz „Informacja Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2008”, dostępne na portalu www.rpo.gov.pl.

²⁴ „Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce”, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 1995. „Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce”, Wydanie III, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 1998. W 1998 r. programem były już objęte wszystkie regiony Polski. Program ten uwzględniał nie tylko określenie warunków jakie muszą spełniać szpitale poszczególnych stopni referencyjnych, ale też zasady ich współdziałania i komunikowania się, zasady szkolenia personelu medycznego i edukacji społeczeństwa i t. d.

Współczynniki umieralności okołoporodowej w latach 1999-2007 uległy w skali Polski zmniejszeniu z 10,8‰ do 7,9‰. W 2008 r. wyniósł on 7,6‰. Najwyższe współczynniki umieralności okołoporodowej wykazały województwa dolnośląskie (9,3‰), śląskie (8,5‰) oraz warmińsko-mazurskie i wielkopolskie (8,2‰). Najniższe współczynniki zanotowano w województwach świętokrzyskim (6,5‰), małopolskim (6,6‰) i mazowieckim (6,7‰). Znacząco poprawiły się też inne wskaźniki. W latach 1999-2008 wskaźnik martwych urodzeń zmniejszył się z 6,2‰ do 4,7‰, a wskaźnik zgonów niemowląt w okresie od 7 do 27 dnia życia zmniejszył się z 1,7‰ do 1‰²⁵.

Zdaniem ekspertów program opieki perinatalnej, który przyczynił się do obniżenia umieralności niemowląt, powinien być w dalszym ciągu kontynuowany, a działania w zakresie organizacji tej opieki w skali regionalnej i krajowej powinny uwzględniać w szczególności jego unowocześnienie, uregulowanie zasad finansowania (uzależnienie ich od poziomu referencyjnego), a nadto poprawę opieki przedporodowej nad ciężarną.

3.3. Istotne ustalenia kontroli

3.3.1. System trójstopniowej opieki perinatalnej jako podstawa opieki nad matką i noworodkiem

Ustalone przez NFZ wymagania jakie powinny być spełnione przez oddziały położnicze i neonatologiczne, z uwzględnieniem ich przyporządkowania do jednego z trzech poziomów referencyjnych, stanowiły dobrą podstawę dla kompleksowego uregulowania opieki perinatalnej.

Jednak wymagania te – obejmujące stan i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienie realizacji wskazanych badań, organizację udzielania świadczeń oraz inne pozostałe warunki – są tylko częścią wprowadzonego w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku programu opieki perinatalnej w Polsce. Obecnie brakuje wielu elementów tego programu²⁶, a przede wszystkim ustanowienia zasad współpracy między szpitalami poszczególnych poziomów referencyjnych w zakresie przekazywania pacjentek oraz noworodków. Na marginesie należy zauważyć, że ponieważ warunki i wymagania określone *zarządzeniem*

²⁵ „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków – Polska rok 2008 oraz w latach 1999-2008” – Instytut Matki i Dziecka, Warszawa lipiec 2009.

²⁶ Program ten obejmował m. in. rozwiązania w zakresie wymogów budowlanych dla oddziałów położniczych i noworodkowych, dokumentacji opieki perinatalnej, nadzoru ordynatorskiego, usług ponadregionalnych, transportu, łączności i telekomunikacji, szkolenia i t. p.

nr 93 nie były kompletne, to ich przeniesienie do *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, obowiązującego już po okresie objętym kontrolą, również nie reguluje kompleksowo przedmiotowej materii.

Mimo braku kompleksowego uregulowania, ordynatorzy oddziałów kontrolowanych szpitali współpracę między szpitalami oceniali jako zadawalającą.

Jednak w oddziałach położniczych aż 12 skontrolowanych szpitali I i II poziomu (33%) wystąpiły trudności w przekazywaniu pacjentek do szpitali wyższych stopni referencyjnych, głównie z powodu okresowego braku miejsc lub wolnych stanowisk intensywnej terapii noworodków. Zdarzenia takie odnotowano w szpitalach w: Łapach, Wejherowie, Będzinie, Mikołowie i Siemianowicach Śląskich, Dąbrowie Tarnowskiej, Poddębicach, Środzie Wielkopolskiej, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim, Kozienicach i Ostrowi Mazowieckiej²⁷.

Jeszcze większe trudności występowały w przekazywaniu noworodków do oddziałów neonatologicznych odpowiedniego poziomu. Trudności te stwierdzono w aż 15 szpitalach (42%). Występowały one w szpitalach: Mikołowie, Siemianowicach, Tychach, Dąbrowie Tarnowskiej, Krynicy Zdroju, Świdniku, Kościanie, Środzie Wielkopolskiej, Kozienicach, także w szpitalach wojewódzkich w: Piotrkowie Trybunalskim, Skierniewicach i Radomiu, a nadto w: Szpitalu im. S. Żeromskiego w Krakowie, Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu oraz 109 Szpitalu Wojskowym w Szczecinie. Przyczynami tych narastających problemów były w szczególności: niewystarczająca liczba stanowisk intensywnej terapii noworodków, ograniczone możliwości izolowania pacjentów przebywających wcześniej w innych szpitalach, zbyt mała liczba karetek sanitarnych przeznaczonych wyłącznie dla przewożenia noworodków.

Według opinii konsultantów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii²⁸, system trójstopniowej opieki perinatalnej jest dobrym rozwiązaniem organizacyjnym, który należy rozwijać i udoskonalać, a przede wszystkim wesprzeć finansowo. Konsultanci zwracali uwagę w szczególności na następujące problemy, które – ich zadaniem – powinny być rozwiązane: [●] usankcjonowanie funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej aktem prawnym odpowiedniej rangi, [●] rozważenie likwidacji, głównie ze względów ekonomicznych,

²⁷ Pełne nazwy kontrolowanych jednostek znajdują się w rozdziale 5.3 niniejszej informacji.

²⁸ Są to opinie uzyskane w trakcie kontroli NIK oraz zawarte w raportach składanych wojewodom w 2008 r., uzyskane w trybie art. 29 pkt 2 lit f *ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli*.

oddziałów położniczych, w których liczba przyjętych porodów rocznie nie przekracza 600, [●] zaprzestanie łączenia oddziałów noworodkowych z oddziałami pediatrycznymi, [●] unowocześnienie (uzupełnienie, wymiana na nowy) sprzętu będącego na wyposażeniu oddziałów położniczych i noworodkowych, głównie II i III poziomu referencyjnego, [●] zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii noworodków, [●] ustalenie przejrzystych kryteriów (nie tylko sprzętowo-aparaturowych i kadrowych) koniecznych do spełnienia przez oddziały poszczególnych poziomów referencyjnych, [●] zapewnienie sprawnego systemu komunikowania się pomiędzy szpitalami różnych poziomów referencyjnych w celu dokonywania niezbędnych uzgodnień dotyczących przekazywania ciężarnych i noworodków, [●] usprawnienie funkcjonowania transportu sanitarnego noworodków; umożliwić należy przewóz specjalistycznymi karetkami przedwcześnie urodzone noworodki w wieku powyżej 28 dnia życia, [●] podjęcie działań w celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów neonatologów i położników, [●] odbiurokratyzowanie procedur finansowania zrealizowanych świadczeń zdrowotnych przez oddziały I i II poziomu referencyjnego, których nie przewidywały umowy z NFZ, [●] podjęcie działań w zakresie poprawy podstawowej opieki ambulatoryjnej nad kobietami w ciąży, w celu m. in. zapewnienia terminowej diagnostyki, uświadomienia pacjentkom możliwych zagrożeń związanych z ciążą i konieczności zgłaszania się do szpitala we właściwych terminach. Uwzględnienie tych propozycji – zdaniem NIK – usprawniłoby funkcjonowanie trójstopniowej opieki perinatalnej. Oto przykłady niektórych propozycji:

W województwie podlaskim, za sprawą konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii, funkcjonuje od trzech lat system codziennego zgłaszania wolnych miejsc w oddziałach intensywnej opieki noworodkowej. Informacja o wolnych miejscach jest dostępna dla wszystkich zainteresowanych (m. in. dla stacji pogotowia ratunkowego i izb przyjęć). Jest to przykład wprowadzenia dobrej praktyki zawodowej.

Konsultant województwa mazowieckiego d. s. neonatologii zwróciła uwagę na to, że najpoważniejszy problem na Mazowszu to starzejąca się lekarska kadra neonatologiczna. Brak zainteresowania tą specjalizacją przez młodych lekarzy może być spowodowany brakiem takiej specjalizacji w innych krajach Europy. Konsultant poddała pod rozwagę zmianę tej specjalizacji i przywrócenie jej jako subspecializacji pediatrii.

3.3.2. Niektóre aspekty obecnej opieki perinatalnej

W szpitalach I poziomu referencyjnego objętych niniejszą kontrolą (22 jednostki) nastąpił wzrost liczby porodów o ponad 20%, z 13.188 w 2005 r. do 15.599 w 2008 r. i 3.976 w I kwartale 2009 r. W szpitalach II oraz III poziomu referencyjnego (odpowiednio 14 i 7 jednostek) wzrost ten wyniósł odpowiednio 14,6% i 14,9%.

W analizowanym okresie zmniejszyła się liczba stanowisk porodowych ze 182 w 2005 r. do 169 w I kwartale 2009 r. (o 7%). Największy spadek dotyczył szpitali I i II poziomu referencyjnego, odpowiednio 8% i 9%. W szpitalach III poziomu zmniejszenie liczby stanowisk porodowych wyniosło 2,6%. Zmniejszenie liczby stanowisk porodowych było spowodowane urządzeniem stanowisk porodów rodzinnych, t. j. umożliwiających obecność osób bliskich bez naruszania prawa do intymności innych pacjentek. W latach 2005-2009 liczba tych stanowisk wzrosła w oddziałach położniczych wszystkich trzech poziomów referencyjnych kontrolowanych szpitali: w grupie szpitali I poziomu z 30 do 34, II poziomu z 36 do 40 i III poziomu z 24 do 26. Według stanu na 30 marca 2009 r., wśród 169 stanowisk porodowych w kontrolowanych szpitalach łącznie było 100 stanowisk porodów rodzinnych (59%). Stanowisk do porodów rodzinnych nie posiadały 4 kontrolowane szpitale I poziomu referencyjnego (20%), a mianowicie szpitale w: Kolnie, Dąbrowie Tarnowskiej, Łasku i Łęczycy. W szpitalach tych odebrano niską liczbę porodów, przykładowo w 2008 r. odpowiednio: 278, 638, 507 i 677. Niską liczbę porodów odebrano również w szpitalach w: Łapach (189), Będzinie (470), Janowie Lubelskim (357), Świdniku (520), Poddębicach (348) i Środzie Wielkopolskiej (550).

W okresie od początku 2005 r. do końca I kwartału 2009 r. systematycznie zmniejszał się udział porodów fizjologicznych w liczbie porodów ogółem we wszystkich trzech grupach kontrolowanych szpitali. W oddziałach położniczych I poziomu referencyjnego spadek tego wskaźnika był największy, mianowicie z 77% do 71%. Wskaźnik ten jest o tyle charakterystyczny, że oddziały I poziomu, według założeń programu opieki perinatalnej, powinny zajmować się głównie opieką nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem. Również *zarządzenie nr 93* zakładało, że oddziały I poziomu referencyjnego będą udzielały świadczeń położniczo-ginekologicznych w zakresach obejmujących następujące grupy katalogowe: N01 (poród), N04 (patologia ciąży: diagnostyka, obserwacja poniżej 3 dni), N05 (patologia ciąży i porodu: leczenie powyżej 2 dni), N10 (noworodek zdrowy). Zakładano więc udzielanie świadczeń dotyczących przede wszystkim opieki nad zdarzeniami fizjolo-

gicznymi i krótką opiekę nad niespodziewanie występującą patologią. Należy podkreślić, że poród mnogi lub przedwczesny został przez NFZ zakwalifikowany do świadczeń realizowanych przez oddziały II i III poziomu referencyjnego.

3.3.3. Stan i kwalifikacje personelu medycznego oraz organizacja udzielania świadczeń w oddziałach położniczych i noworodkowych

Zgodnie z zarządzeniem nr 93 w oddziałach noworodkowych I poziomu referencyjnego ordynator lub osoba kierująca oddziałem powinna być specjalistą w dziedzinie neonatologii. W oddziałach II i III poziomu referencyjnego na 20 łóżek noworodkowych powinien być dodatkowo zatrudniony specjalista tej dziedziny.

Według stanu na 31 marca 2009 r., w 2 szpitalach I poziomu (9%) – w szpitalach w Krynicy Zdroju i Wadowicach – nie był zatrudniony specjalista tej dziedziny, zaś w 3 szpitalach II poziomu (21%) – w Myślenicach oraz w wojewódzkich szpitalach w Chełmie i Skierniewicach – zatrudniano tylko jednego neonatologa, mimo że powinno być zatrudnionych co najmniej dwóch. Stan taki wynikał z braku możliwości zatrudnienia lekarzy neonatologów:

Szpital w Krynicy Zdroju przez kilka lat z rzędu ogłaszał oferty pracy dla specjalisty neonatologa bez rezultatu. Jeden z lekarzy był w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii. Odcinek noworodkowy został tymczasowo połączony organizacyjnie z oddziałem pediatrycznym.

Zaznaczyć trzeba, że minister zdrowia dopiero w 2009 r. uznał neonatologię za specjalizację priorytetową²⁹.

Niewystarczająca liczba lekarzy w dziedzinie położnictwa i ginekologii nie pozwalała zapewnić opieki lekarskiej w zakresie wynikającym z zarządzenia nr 93, a więc stałej obecności lekarza tej specjalności w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (czyli w oddziale szpitalnym). Nieprawidłowości w tym zakresie, polegające m. in. na: pełnieniu dyżurów „na wezwanie telefoniczne”, pełnieniu ich przez lekarzy bez wymaganych kwalifikacji, a także na organizowaniu dyżurów bez stałej dostępności do lekarza anestezjologa, stwierdzono w oddziałach położniczych 9 szpitali (21% skontrolowanych szpitali), mianowicie w: Łapach, Kolnie, Mikołowie, Krynicy Zdroju, Wadowicach, Środzie Wielkopolskiej, Sokołowie Podlaskim oraz w woje-

²⁹ Patrz: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 84, poz. 709).

wódzkim szpitalu w Skierniewicach i Szpitalu im. M. Madurowicza w Łodzi. W szczególności:

W oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Skierniewicach nie zapewniono wyodrębnionej opieki przez dwóch lekarzy (wymóg dla oddziału II poziomu referencyjnego) we wszystkie dni tygodnia. Po godzinie 15:00 oraz w soboty i niedziele dyżur pełnił tylko jeden lekarz specjalista. Uzupełnieniem było uruchomienie t. zw. „dyżuru pod telefonem”.

W 2 szpitalach (5%) – szpital w Kościanie i szpital wojewódzki w Skierniewicach – liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych była mniejsza niż przewidywała norma wynikająca z zarządzenia nr 93. Odstępstwo to było uzasadnione niskim stopniem wykorzystania łóżek noworodkowych.

We przypadkach odstępstw od wymagań – które to wymagania były ustalone przez NFZ i były akceptowane przez środowiska zawodowe – NFZ uznawał te odstępstwa, podpisując umowy, ponieważ wynikały one z obiektywnych uwarunkowań. Stworzenie zachęt do specjalizowania się lekarzy w dziedzinach położnictwa i ginekologii oraz neonatologii jest więc pilną koniecznością.

3.3.4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie innych wymagań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

Brak sprzętu, który powinien być na wyposażeniu oddziałów położniczych, zgodnie z zarządzeniem nr 93, lub też jego umieszczenie w innych miejscach niż wymagano, stwierdzono w 8 szpitalach (19%). Dotyczyło to szpitali wojewódzkich w: Suwałkach, Chełmie, Piotrkowie Trybunalskim i Skierniewicach oraz szpitali w: Wadowicach, Poddębicach, Stargardzie Szczecińskim i Sokołowie Podlaskim. Niewystarczające wyposażenie dotyczyło głównie kolposkopów i histeroskopów diagnostyczno-operacyjnych.

Szczególną sytuację dotyczącą wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną stwierdzono w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. W tamtejszym oddziale położniczo-ginekologicznym korzystano ze sprzętu medycznego użyczonego szpitalowi przez Stowarzyszenie „Ad operam”, w tym z histeroskopu diagnostyczno-zabiegowego z torem wizyjnym, resektoskopu z oprzyrządowaniem, łóżek porodowych i łóżek szpitalnych. Postanowienia umowy użyczenia – zobowiązujące ten szpital do natychmiastowego zwrotu przedmiotu użyczenia w przypadku, gdy przedmiot użyczenia stanie się stowarzyszeniu potrzebny – stwarzały zagrożenie nagłej utraty

przez szpital możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych. Dodać należy, iż wymienione stowarzyszenie pobierało opłaty od pacjentek oddziału położniczego z tytułu korzystania przez nie z pokoi jednoosobowych z możliwością przebywania z noworodkiem i z najbliższymi, a ze środków tych dokonywało m. in. zakupu aparatury medycznej, użyczanej szpitalowi. Takie relacje między oddziałem wymienionego szpitala a stowarzyszeniem, którego prezesem jest ordynator oddziału, należy uznać za patologiczne, a przede wszystkim wskazane wyżej postanowienia umowy nie zabezpieczały interesów szpitala.

Niedostatek wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną – w stosunku do wymagań stawianych przez *NFZ* – stwierdzono w oddziałach noworodkowych 15 kontrolowanych szpitali (35%). Dotyczyły one głównie braku wymaganej liczby pomp infuzyjnych, co stwierdzono w szpitalach w: Kolnie, Myślenicach, Świdniku, Janowie Podlaskim, Łasku, Poddębicach, Środzie Wielkopolskiej, Kościanie, Ostrowi Mazowieckiej i Kozienicach, oraz szpitalach wojewódzkich w: Tychach, Piotrkowie Trybunalskim, Skierniewicach i Koszalinie, a także w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku. Zdaniem ordynatorów, liczba pomp infuzyjnych znajdujących się w szpitalach (nie tylko w oddziałach noworodkowych) zabezpieczała niezbędne potrzeby (na minimalnym poziomie), a brak środków finansowych ograniczał dalsze zakupy sprzętu.

Istotnym elementem medycznego wyposażenia oddziałów noworodkowych były stanowiska intensywnej terapii noworodków. *NFZ* określił ich wymaganą liczbę dla oddziałów II oraz III poziomu, odpowiednio co najmniej na dwa i jednocześnie co najmniej jedno na 800 noworodków leczonych rocznie oraz cztery i jednocześnie co najmniej jedno na 250 noworodków leczonych w ciągu roku. Warunku tego nie spełniały 2 szpitale (10%): szpital wojewódzki w Białymstoku oraz Szpital im. S. Żeromskiego w Krakowie. Mimo spełniania przedmiotowego wymagania w pozostałych szpitalach, niewystarczającą liczbę stanowisk intensywnej terapii noworodków uznawano za istotne ograniczenie w zakresie możliwości przekazywania noworodków, wymagających specjalistycznej terapii. Wnioskować z tego można, iż wymagania ustalone przez *NFZ* w tym zakresie nie są wystarczające. Dodać należy, że w stosunku do 2008 r., w I kwartale 2009 r. liczba tych stanowisk w kontrolowanych szpitalach I stopnia referencyjnego nie zmieniła się, a w oddziałach II i III poziomu referencyjnego zwiększyła się odpowiednio z 37 do 38 i z 50 do 52.

Zgodnie z § 7 ust. 1 załącznika do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*³⁰, aparatura i sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych powinny posiadać stosowne dokumenty (certyfikaty) potwierdzające ich dopuszczenie do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie przeglądów wykonywanych przez uprawnione podmioty. Wcześniej identyczne obowiązki w przedstawionym zakresie wynikały z *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*³¹. Stwierdzono, że 11 szpitalach w odniesieniu do części sprzętu medycznego i aparatury brakowało dokumentów (certyfikatów) potwierdzających ich dopuszczenie do użytkowania. Miało to miejsce w szpitalach w: Kolnie (18 urzędzeń), Łapach (12 urzędzeń), Bytomiu (m. in. pompy infuzyjne), Wadowicach (40 urzędzeń), Łasku (wszystkie badane przez NIK urzędzenia), Łęczycy (14 urzędzeń), Poddębicach (urzędzenia z lat dziewięćdziesiątych XX wieku), Stargardzie Szczecińskim (wszystkie badane przez NIK urzędzenia) i Sokołowie Podlaskim (8 urzędzeń) oraz szpitala wojewódzkiego w Piotrkowie Trybunalskim (9 urzędzeń) i Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi (wszystkie badane przez NIK urzędzenia). Zaniedbania w zakresie przeprowadzania udokumentowanych bieżących przeglądów stwierdzono w 16 skontrolowanych szpitalach (37%). Dotyczyło to szpitali w: Kolnie, Łapach, Bytomiu, Janowie Podlaskim, Łasku, Łęczycy, Poddębicach, Ostrowie Wielkopolskim, Stargardzie Szczecińskim, Kołobrzegu i Sokołowie Podlaskim oraz szpitali wojewódzkich w: Chełmie, Piotrkowie Trybunalskim, a także Szpitala im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpitala Kliniczny nr 4 w Lublinie i Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi.

W Szpitalu w Kolnie użytkowano sprzęt medyczny – aparaty KTG, inkubatory, kardiomonitor, stanowisko do resuscytacji, respirator – bez udokumentowanego przeprowadzenia bieżących przeglądów. Wymieniony sprzęt był wyprodukowany w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku.

Brak udokumentowanych przeglądów stanu technicznego sprzętu użytkowanego w Szpitalu Wojewódzkim w Chełmie dotyczył m. in.: pomp infuzyjnych, kardiomonitora, aparatu EKG, oftalmoskopu.

³⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

³¹ Dz. U. Nr 197, poz. 1643. Rozporządzenie obowiązywało do 30 marca 2008 r.

Nieprzestrzeganie przepisów w zakresie dokonywania okresowych przeglądów aparatury medycznej było tym bardziej naganne, że przepisy te mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentek i noworodków. Jest ona użytkowana przez wiele lat, nie ma więc cech nowoczesności.

Według opinii ordynatorów oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii konieczne jest doposażenie oddziałów położniczych i noworodkowych w sprzęt nowej generacji. Ilustracją sytuacji mogą być inkubatory, będące na wyposażeniu oddziałów noworodkowych kontrolowanych szpitali: spośród 400 sztuk, co najmniej 144 (36%) z nich było użytkowanych 10 albo i więcej lat.

W Szpitalu w Sokołowie Podlaskim sprzęt i aparatura medyczna użytkowana ponad 10 lat stanowiła aż 60% ogólnej ich liczby. Z eksploatowanych 14 inkubatorów, aż 10 to urządzenia wyprodukowane przed 2000 r.

Wszystkie 12 inkubatorów będących na wyposażeniu oddziału noworodkowego Szpitala im. J. Śniadeckiego w Białymstoku było eksploatowanych od 9 do 11 lat.

W każdym oddziale położniczym, zgodnie z zarządzeniem nr 93, powinno być łóżko intensywnej opieki medycznej z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarskim oraz powinna być wyodrębniona sala do przeprowadzania zabiegów cesarskiego cięcia. W 5 szpitalach (12%) – w: Kolnie, Łapach, Krynicy Zdroju i Wadowicach oraz w wojewódzkim szpitalu w Chełmie – nie zapewniono wymaganych łóżek intensywnej opieki medycznej, a w jednym przypadku, mianowicie w szpitalu w Bytomiu, dyżur pielęgniarski nie był organizacyjnie wydzielony. Z kolei w szpitalu w Środzie Wielkopolskiej cesarskie cięcia wykonywano w sali operacyjnej, która nie była wykorzystywana wyłącznie do tych zabiegów. Brak łóżek intensywnej opieki medycznej w oddziałach położniczych usprawiedliwiano możliwością zapewnienia, w razie takiej potrzeby, opieki w tym zakresie w oddziałach intensywnej terapii.

3.3.5. Dostępność świadczeń związanych z porodem oraz ocena poziomu ich wykonywania przez pacjentki oddziałów położniczych

Przypadki odmów przyjęcia do szpitala pacjentek zgłaszających się w związku z porodem³² dotyczyły głównie oddziałów III poziomu referencyjnego i wynikały z braku miejsc w oddziałach położniczych lub noworodkowych. W każdej takiej sytu-

³² Źródłem tych ustaleń były informacje ordynatorów oddziałów położniczych kontrolowanych szpitali.

acji, uwzględniając aktualny stan zdrowia ciężarnej, zapewniano dostęp do świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 65 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*, osobom ubezpieczonym zapewnia się równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wybór świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowy z NFZ. Osoby te mają więc prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może pobierać opłaty od osób ubezpieczonych i innych uprawnionych, jednak tylko gdy przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielenie, stosownie do art. 33-34 *ustawy o zoz*. W przypadku świadczeń zdrowotnych związanych z porodem przepisy takie nie zostały wydane. Pobieranie opłat było natomiast dopuszczalne z tytułu ponoszenia przez zoz kosztów związanych ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta, jak stanowił art. 19 *us. 3-4 ustawy o zoz*, a obecnie stanowi art. 35 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³³. Na przykład: koszty udziału osoby towarzyszącej pacjentce przy porodzie ponosi pacjentka, przy czym wysokość opłaty ustala kierownik zoz, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Wbrew przedstawionym zasadom ustawowym, a więc nielegalnie, w 5 szpitalach (12%) oferowano ubezpieczonym pacjentkom odpłatne świadczenia zdrowotne polegające na wykonywaniu znieczulenia zewnątrzoponowego. Dotyczyło to szpitali w: Wejherowie (patrz niżej) i Siemianowicach Śląskich (stawka jednostkowa 600-660 zł; w okresie objętym kontrolą łączne przychody 9.150 zł) oraz szpitali wojewódzkich w: Suwałkach (stawka 520 zł) i Radomiu (stawka 300 zł), a także Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (stawka podstawowa 600 zł).

W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach w 2009 r. wykonano 34 zabiegi znieczulenia porodu na życzenie pacjentek, uzyskując łącznie przychód 17.680 zł. Pobieranie opłat z tego tytułu negatywnie ocenił Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, po kontroli przeprowadzonej w kwietniu 2009 r.

W oddziale położniczym Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie wykonano 64 zabiegi znieczulenia na życzenie, przy czym wysokość wynagrodzenia – według oświadczenia ordynatora – była indywidualnie ustalana między pacjentkami a lekarzami oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, działającymi w ramach indywidu-

³³ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

alnej praktyki lekarskiej. W tej sprawie skierowano zawiadomienie do organów ścigania (patrz rozdział 4.2 niniejszej informacji).

W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie za wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego „na życzenie” pacjentki, ustalona opłata wynosiła 600 zł. Natomiast pracownik Instytutu lub żona pracownika Instytutu byli zwolnieni z tej opłaty, natomiast członkowie najbliższej rodziny pracownika Instytutu (córka, synowa, siostra, bratowa) za świadczenie to wnosili opłatę w wysokości 380 zł.

Z naruszeniem ustawowej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących porodu w 5 szpitalach (12%) oferowano pacjentkom odpłatne korzystanie z oddzielnych pomieszczeń. Korzystanie m. in. z oddzielnych sal porodowych i poporodowych, o tzw. podwyższonym standardzie, czy z wanny do porodu, wiązało się z wniesieniem ustalonej przez szpitale opłaty. Praktyki takie stwierdzono w szpitalu w Kościanie (200 zł za pokój jednoosobowy; w kontrolowanym okresie łączny przychód 8.400 zł), w szpitalu wojewódzkim w Radomiu (100 zł / 150 zł za pokój jednoosobowy; łączny przychód 33.500 zł) oraz w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (patrz niżej) i Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie (250 zł za pokój jednoosobowy). Szpital w Bytomiu oferował odpłatną usługę porodu w wannie (300 zł za korzystanie z wanny do porodu).

W Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu z tytułu opłat za korzystanie z jednoosobowej sali porodowej o „podwyższonym standardzie”(300 zł / dobę) oraz pobytu w sali poporodowej jednoosobowej z łazienką (120 zł / dobę) szpital osiągnął przychody 396,2 tys. zł w 2008 r. oraz 170, 1 tys. zł w I półroczu 2009 r.

W okresie od stycznia 2008 r. do czerwca 2009 r. do 11 spośród kontrolowanych szpitali (26%) wpłynęło ogółem 21 skarg na działalność oddziałów położniczych i noworodkowych. Dotyczyły one m. in. nieodpowiedniego – zdaniem skarżących – zachowania personelu medycznego, błędów popełnianych w toku udzielania świadczeń zdrowotnych, błędów popełnianych przy sporządzaniu dokumentacji związanej z porodem. Liczba tych skarg była znikoma w porównaniu do liczby porodów odbytych w kontrolowanych szpitalach. Było ich 51.347 w 2008 r. i 13.015 w I kwartale 2009 r. Złożone skargi były przedmiotem postępowań wyjaśniających, w ramach których 7 skarg zostało uznanych za zasadne lub częściowo zasadne. Skargi te wpłynęły do szpitali w Łapach i Bytomiu, do wojewódzkiego szpitala w Suwałkach oraz do Szpitala Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku, Szpitala Specjalistycznego

im. S. Żeromskiego w Krakowie i Szpitala Specjalistycznego im. M. Madurowicza w Łodzi.

Badania ankietowe przeprowadzone przez NIK wśród pacjentek opuszczających oddziały położnicze miały na celu uzyskanie opinii dotyczących warunków pobytu w szpitalach, w tym opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, jakości otrzymywanych posiłków, organizacji udzielania świadczeń i zagwarantowania praw pacjenta. Ogółem w badaniu tym wzięło udział 1.279 pacjentek. Szczegółowe dane dotyczące odpowiedzi ankietowanych zamieszczono w rozdziale 5.3. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi udzielono na pytania dotyczące życzliwości i uprzejmości pielęgniarek i lekarzy, po 98% odpowiedzi. Z czystości pomieszczeń zadowolonych było 97% pacjentek, z załatwiania próśb i wniosków zgłaszanych podczas pobytu w szpitalu 95%, z zagwarantowania prawa do intymności też 95%, ze swobodnego dostępu do lekarza 94%, z udzielanych przed i w trakcie porodu informacji w przystępnej formie i w wystarczającym zakresie 94% pacjentek. Natomiast tylko 77% pacjentek uznało, że otrzymywane posiłki były odpowiedniej jakości. Na pytanie o zmiany jakie należałoby wprowadzić w działalności oddziałów, w których przebywały pacjentki biorące udział w badaniu ankietowym, najczęściej wskazywano na potrzeby w zakresie: przeprowadzenia remontów sal szpitalnych i sanitariatów, zwiększenia liczby toalet, zainstalowania klimatyzatorów, zmniejszenia liczby pacjentek w salach (wnioskowano o pokoje jednoosobowe) oraz wymiany i uzupełnienia wyposażenia pomieszczeń (nowe łóżka, dostęp do radia i telewizora, lepsze warunków dla odwiedzających).

Znikoma liczba skarg dotyczących omawianych tu świadczeń zdrowotnych oraz wyniki badań ankietowych, przeprowadzonych przez NIK, wskazują na pozytywną ocenę pacjentek i ich bliskich usług świadczonych przez publiczne szpitale w zakresie położnictwa i neonatologii.

Tylko 5 szpitali (12%) posiadało certyfikaty akredytacyjne, potwierdzające spełnienie określonych standardów jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu, uzyskane po dobrowolnym poddaniu się przeglądowi przeprowadzonemu przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego, zgodnie z art. 18c *ustawy o zoz*³⁴. Dotyczyło to szpitali w Wejherowie, Mikołowie, Kołobrzegu i Ostrowi Mazowieckiej oraz Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. Natomiast 5 innych szpitali

³⁴ Art. 18c został uchylony z dniem 5 czerwca 2009 r. przez art. 2 pkt 2 *ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia* (Dz. U. Nr 76, poz. 641).

(12%) złożyło wnioski o przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych, a mianowicie szpitale w Siemianowicach Śląskich, Myślenicach, Wadowicach i Środzie Wielkopolskiej oraz Szpital Specjalistyczny Św. Wojciech w Gdańsku.

W większym zakresie szpitale były zainteresowane uzyskaniem potwierdzenia, że stosowany system zarządzania jakością leczenia stacjonarnego jest zgodny z normą ISO 9001:2000 lub ISO 9001:2001. Certyfikaty potwierdzające tę zgodność posiadało 19 szpitali objętych kontrolą (44%). Były to szpitale w: Starogardzie Gdańskim, Wejherowie, Mikołowie, Wadowicach, Świdniku, Janowie Lubelskim, Środzie Wielkopolskiej, Ostrowie Wielkopolskim, Kępnie, Kołobrzegu, Ostrowi Mazowieckiej i Kozienicach oraz szpitale wojewódzkie w Skierniewicach, Koszalinie, Radomiu i Płocku, a także Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie, Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie i Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

3.3.6. Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych

Kontrole okresowe, prowadzone przez organy założycielskie, związane z działalnością oddziałów położniczych i noworodkowych, w 2008 r. i I półroczu 2009 r. przeprowadzono zaledwie w 8 szpitalach (spośród objętych kontrolą NIK), w których nie stwierdzano istotnych nieprawidłowości. Kontrolami tymi objęto szpitale w: Łapach, Janowie Lubelskim i Poddębicach oraz wojewódzki szpital w Piotrkowie Trybunalskim, Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie i Szpital Specjalistyczny im. M. Madurowicza w Łodzi. W pozostałych szpitalach organy założycielskie nie przeprowadzały kontroli lub kontrola nie dotyczyła oddziałów położniczych i noworodkowych. W ramach sprawowanego nadzoru przedstawiciele organów założycielskich najczęściej analizowali sprawozdania finansowe oraz kontrolowali poniesione wydatki. W świetle przepisów art. 67 *ustawy o zoz* i przepisów wykonawczych do tej ustawy – przewidujących m. in. badanie zgodności udzielanych świadczeń lub usług z przyjętymi standardami postępowania i wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – zakres kontroli ze strony organów założycielskich był niewystarczający.

NFZ przeprowadził kontrole oddziałów położniczych lub noworodkowych w 9 szpitalach, spośród objętych kontrolą NIK, w szczególności badając realizację umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ujawniane w 6 szpitalach odstępstwa od postanowień tych umów dotyczyły m. in. rozliczeń udzielonych świadczeń, organizacji dyżurów lekarzy, liczby personelu medycznego, prowadzenia dokumentacji medycz-

nej, pobierania opłat za niektóre świadczenia zdrowotne. Miało to miejsce w Środzie Wielkopolskiej oraz w szpitalach wojewódzkich w Suwałkach, Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i Koszalinie, a także w Szpitalu Specjalistycznym im. M. Madurowicza w Łodzi.

W szpitalach objętych kontrolą NIK, konsultanci wojewódzcy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii przeprowadzali kontrole w oddziałach położniczych 5 szpitali (w: Dąbrowie Tarnowskiej, Janowie Lubelskim, Kościanie i Ostrowie Wielkopolskim oraz w wojewódzkim szpitalu w Suwałkach) i w oddziałach noworodkowych również 5 szpitali (Dąbrowie Tarnowskiej, Janowie Lubelskim, Kościanie i Środzie Wielkopolskiej oraz wojewódzkim szpitalu w Suwałkach), nie stwierdzając istotnych nieprawidłowości. Uwagi konsultantów dotyczyły głównie zagadnień merytorycznych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prowadzeniem dokumentacji medycznej, doskonaleniem kadr i wyposażeniem w sprzęt medyczny. Liczbę kontroli dokonywanych przez konsultantów – w ocenie NIK – należy uznać za niewystarczającą.

W okresie objętym kontrolą NIK, państwowi powiatowi albo wojewódzcy inspektorzy sanitarni przeprowadzali kontrole we wszystkich oddziałach położniczych i noworodkowych szpitali zbadanych przez NIK. W 16 szpitalach nie ujawnili oni nieprawidłowości w zakresie bieżącego stanu sanitarno-porządkowego. W pozostałych szpitalach stwierdzili uchybienia i nieprawidłowości dotyczące warunków higieniczno-sanitarnych oraz odstępstwa od wymagań, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane były świadczenia zdrowotne polegały m. in. na: braku śluz umywalkowo-fartuchowych, udzielaniu świadczeń w pomieszczeniach wymagających remontu lub odnowienia (n. p. zacieki na ścianach), użytkowaniu zniszczonego wyposażenia, nieodpowiednim postępowaniem z odpadami szpitalnymi.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Przy wyborze jednostek do kontroli zastosowano dobór przypadkowy, zapewniając w próbie kontrolnej jednostki położone w miejscowościach zróżnicowanych pod względem liczby ludności (miasta wojewódzkie, powiatowe oraz inne miejscowości). Przyjęto założenie odpowiedniego udziału szpitali z oddziałami położniczymi i noworodkowymi w zależności od poziomu referencyjnego, wybierając 22 szpitale I poziomu referencyjnego, 14 szpitali II poziomu i 7 szpitali III poziomu. W ramach przygotowania do niniejszej kontroli planowej została przeprowadzana doraźna kontrola rozpoznawcza w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Do dyrektorów wszystkich 43 skontrolowanych szpitali skierowano wystąpienia pokontrolne. W wystąpieniach tych Najwyższa Izba Kontroli wносиła przede wszystkim o: [●] zapewnienie warunków wynikających z *zarządzenia nr 93 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*, dotyczących przede wszystkim personelu medycznego oraz aparatury i sprzętu, używanego w oddziałach położniczych i noworodkowych, [●] udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem aparatury i sprzętu posiadającego stosowne certyfikaty i atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do użytkowania, [●] systematyczne przeprowadzanie przeglądów technicznych używanego sprzętu i aparatury medycznej, [●] pobieranie opłat z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa, [●] wydzielenie stałego dyżuru pielęgniarstwa dla łóżek intensywnej opieki medycznej, [●] sporządzanie ofert na leczenie szpitalne, składanych NFZ, zgodnych ze stanem faktycznym oraz ich bieżące aktualizowanie.

W wystąpieniach pokontrolnych zamieszczono ogółem 97 wniosków, z których 55 zostało zrealizowanych, 23 są w trakcie realizacji, a w przypadku 19 nie podjęto jeszcze działań w celu ich wykonania (według stanu na 1 marca 2010 r.).

NIK Delegatura w Gdańsku skierowała do Centralnego Biura Antykorupcyjnego zawiadomienie o faktach uzasadniających podejrzenie popełnienia przestępstwa w kontrolowanym szpitalu w Wejherowie, w związku z przyjmowaniem korzyści majątkowych za dokonywanie okołoporodowych znieczuleń zewnątrzoponowych.

Z uzyskanych informacji od kierownictw kontrolowanych szpitali wynika m. in., że w szpitalu w Kościanie i w szpitalu wojewódzkim w Suwałkach odstąpiono od pobierania opłat od ubezpieczonych pacjentek z tytułu wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego „na życzenie” lub z tytułu korzystania z pomieszczeń „o podwyższonym standardzie”. W 7 innych szpitalach – w Środzie Wielkopolskiej, Kozienicach, Ostrowi Mazowieckiej oraz w szpitalach wojewódzkich w Tychach, Chełmie, Piotrkowie Trybunalskim i Skierniewicach – uzupełniono wyposażenie oddziałów w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną.

W szpitalu w Chełmie wyodrębniono stanowisko intensywnej opieki medycznej ze stałym dyżurem pielęgniarstwa, a w szpitalu w Bytomiu wydzielono stały dyżur pielęgniarstwa dla łóżek intensywnej opieki medycznej.

Dyrektorzy szpitali w odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne deklarowali podjęcie działań w celu objęcia całego użytkowanego sprzętu medycznego okresowymi przeglądami technicznymi.

Finansowe rezultaty tej kontroli wyniosły 1.269.667,98 zł, w tym: 739.560 zł to kwoty nienależnie uzyskane, 33.506,25 zł kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, 23.232 zł uszczuplenia środków finansowych, a 473.349,73 zł to sprawozdawcze skutki nieprawidłowości.

5. Załączniki

5.1. Wykaz ważniejszych aktów normatywnych

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakie powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakie powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985 ze zm. oraz Dz. U. z 2006 r. Nr 250, poz. 2115). Pierwsze z tych rozporządzeń obowiązywało do 8 grudnia 2006 r.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecenia kontroli zakładu opieki zdrowotnej (D. U. Nr 96, poz. 477).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).
13. Zarządzenie Nr 93 /2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (dostępne na stronie internetowej NFZ).
14. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 stycznia 2008 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełnienia oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2008 (Dz. U. Nr 36, poz. 202 ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

5.2. Wykaz skontrolowanych jednostek i osób kierujących tymi jednostkami oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły kontrole, a także ocen skontrolowanej działalności zawartych w wystąpieniach pokontrolnych

Lp.	Jednostka kontrolowana	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności, zawarta w wystąpieniu pokontrolnym NIK	Jednostka organizacyjna NIK, przeprowadzająca kontrolę
1.	Szpital Ogólny w Kolnie	Krystyna Dobrołowicz	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	Delegatura w Białymstoku
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	Sławomir Kosidło	Pozytywna	
3.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Suwałkach	Grzegorz Gałązka	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	Janusz Krzysztof Rainko	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
5.	Specjalistyczny Szpital Św. Jana w Starogardzie Gdańskim	Beata Ładyszowska	Pozytywna	Delegatura w Gdańsku
6.	Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie	Andrzej Zieleniewski	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
7.	Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku	Krystyna Grzenia	Pozytywna	
8.	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Będzinie	Jacek Kołacz	Pozytywna	Delegatura w Katowicach
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mikołowie	Krystyna Smoczyńska	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
10.	Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich	Bolesław Gębarski	Pozytywna	
11.	Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	Kornelia Cieśla	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
12.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Pszczynie	Joanna Krzystolik	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
13.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. prof. Józefa Gasińskiego w Tychach	Jacek Wojewódka	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
14.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie	Andrzej Ślęzak	Pozytywna	Delegatura w Krakowie
15.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mysłenicach	Adam Styczeń	Pozytywna mimo stwierdzonych uchybień	
16.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. J. Dietla w Krynicy Zdroju	Alicja Jarosińska	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
17.	Zespół Zakładów Opieki Zdro-	Krystyna Grzesiek	Pozytywna mimo	

	wotnej w Wadowicach		stwierdzonych nieprawidłowości	
18.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	Paweł Lechowicz	Pozytywna	
19.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasku	Jerzy Szmit	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	Delegatura w Łodzi
20.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	Grażyna Krulik	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
21.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poddębicach	Janusz Nowak	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
22.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	Marek Konieczko	Pozytywna mimo stwierdzonych uchybień	
23.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Madurowicza w Łodzi	Jacek Marynowski	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
24.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	Andrzej Pietruszka	Pozytywna mimo stwierdzonych uchybień	
25.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	Marian Przylepa	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
26.	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	Mariusz Kowalczyk	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
27.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku	Jacek Kamiński	Pozytywna	
28.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim	Zbigniew Widomski	Pozytywna	
29.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kępnie	Bronisław Pazdyka	Pozytywna	Delegatura w Poznaniu
30.	Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	Jacek Profaska	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
31.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie	Piotr Lehmann	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
32.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Środzie Wielkopolskiej	Krystyna Brzezińska	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
33.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	Tomasz Gostomczyk	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
34.	109 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczecinie	Dariusz Książ	Pozytywna	Delegatura w Szczecinie
35.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim	Dariusz Lewiński	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
36.	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	Andrzej Kondaszewski	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
37.	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	Janusz Olszewski	Pozytywna mimo stwierdzonych uchybień	
38.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Stanisław Kwiatkowski	Pozytywna mimo stwierdzonych uchybień	Delegatura w Warszawie
39.	Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	Sławomir Idzikowski	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
40.	Szpital Powiatowy Samodziel-	Andrzej Sawoni	Pozytywna mimo	

	ny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej		stwierdzonych nieprawidłowości	
41.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółowie Podlaskim	Tadeusz Ciołkowski	Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości	
42.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Luiza Staszewska	Pozytywna	
43.	Instytut Matki i Dziecka w Warszawie	Sławomir Janus	Pozytywna	

5.3. Zestawienie wyników badań ankietowych pacjentek kontrolowanych szpitali

Badanie przeprowadzono na grupie 1.279 osób				
Treść pytania	Liczba odpowiedzi			Odpowiedzi pozytywne [%]
	Tak	Nie	Brak odpowiedzi	
Czy Pani zdaniem pomieszczenia dla pacjentów były czyste	1245	31	3	97,3
Czy wyposażenie sal dla chorych uważa Pani za wystarczające	1086	186	7	84,9
Czy lekarze byli życzliwi i uprzejmi	1250	26	3	97,7
Czy pielęgniarki (położne) były życzliwe i uprzejme	1251	24	4	97,8
Czy informacje udzielane przed i w trakcie porodu były wystarczające i przekazane w przystępnej formie	1196	62	21	93,5
Czy miała Pani swobodny dostęp do lekarza	1205	67	7	94,2
Czy mogła Pani korzystać z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską	1041	202	36	81,4
Czy zgłaszane przez Panią prośby, wnioski były załatwiane zgodnie z Pani oczekiwaniami	1219	45	15	95,3
Czy otrzymywane posiłki były odpowiedniej jakości	986	277	16	77,1
Czy rozkład dnia (wizyty lekarskie, posiłki, odwiedziny) odpowiadał Pani oczekiwaniom	1144	129	6	89,4
Czy miała Pani dostęp do informacji o prawach pacjenta	1148	119	12	89,8
Czy miała Pani zagwarantowane prawo do intymności i poszanowania godności	1214	47	18	94,9

5.4. Wykaz organów, którym przekazano Informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Zdrowia
6. Minister Pracy i Polityki Społecznej
7. Minister Sprawiedliwości
8. Rzecznik Praw Obywatelskich
9. Rzecznik Praw Pacjenta
10. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
11. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
12. Centralne Biuro Antykorupcyjne
13. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego
14. Komisja Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
15. Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
16. Komisja Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
17. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
18. Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
19. Komisja Rodziny i Polityki Społecznej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
20. Wojewodowie
21. Marszałkowie województw