LBI.410.008.2015
Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI

Informacja o wynikach kontroli

OPIEKA OKOŁOPORODOWA NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH

DELEGATURA W BIAŁYMSTOKU

MISJĄ

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

WIZJĄ

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 Białymstoku:
Barbara Chilińska

Akceptuję:
Mieczysław Łuczak

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 20.06.16 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 6

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 8
   2.1. Ocena kontrolowanej działalności 8
   2.2. Synteza ustaleń kontroli 9
   2.3. Uwagi i wnioski 13

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 16
   3.1. Przygotowanie oddziałów położniczych do udzielania świadczeń zdrowotnych 16
      3.1.1. Organizacja udzielania opieki okołoporodowej 16
      3.1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek 17
      3.1.3. Zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej do świadczenia opieki okołoporodowej 21
      3.1.4. Sytuacja finansowa kontrolowanych szpitali i oddziałów położniczych 24
   3.2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta 26
   3.3. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów 44

4. INFORMACJE DODATKOWE 46
   4.1. Przygotowanie kontroli 46
   4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli 46

5. ZAŁĄCZNIKI 48

Zdjęcie na okładce:
Władysław Radgowski

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

amniotomia	przebicie pęcherza płodowego (zwane także upuszczeniem wód płodowych); należy do jednych z najstarszych metod indukcji porodu, czyli wywołania akcji porodowej. Nakłucie pęcherza płodowego w celu sprowokowania skurczów porodowych powinno być traktowane jako ostateczność. Działanie amniotomii polega na stymulacji wydzielania prostaglandyn – hormonów przyspieszających rozwieranie się szyjki macicy
c. c.	cesarskie cięcie, operacyjne wyjęcie z jamy brzusznej płodu; zabieg wykonywany, gdy kobieta z różnych powodów nie może odbyć naturalnego porodu lub ma infekcję narządów płciowych, która grozi zakażeniem dziecka
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
opioidy	termin w szerokim znaczeniu odnosi się do wszystkich związków pokrewnych opium. Natomiast opiaty są to leki wytwarzane z opium. Należą do nich produkty naturalne takie jak morfina, kodeina i tebaina oraz wiele pochodnych syntetycznych
PTG	Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
poród drogami natury	każdy poród, który został rozwiązany w inny sposób niż c. c. Różni się od porodu siłami natury (do tego – oprócz c. c. – nie jest zaliczany poród kleszczowy i próżniowy)
SP ZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
standardy opieki okołoporodowej	standardy postępowania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, ze zm.)
poród fizjologiczny	według części I ust. 2 pkt 9 standardów opieki okołoporodowej, jest to spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie
stymulacja czynności skurczowej	stymulacja porodu (podawanie oksytocyny) polega na nasileniu czynności skurczowej macicy w sytuacji, gdy własna czynność skurczowa nie powoduje właściwego postępu porodu. Stymulacja porodu powinna być prowadzona przy pomocy kontrolowanego, wolnego wlewu dożylnego roztworu oksytocyny
SZOI	System Zintegrowanego Obiegu Informacji – portal służący do wymiany informacji między świadczeniodawcą a Oddziałem NFZ. Za pomocą tego portalu świadczeniodawca przesyła m.in. raporty statystyczne oraz zgłoszenia zmiany potencjału, tj. posiadanego sprzętu, personelu medycznego oraz jego godzin pracy, zaś NFZ przesyła komunikaty oraz zwrotne raporty

świadczenie zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania[1]
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
zoz	zakład opieki zdrowotnej
ustawa o NIK	ustawa z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677)
ustawa o prawach pacjenta	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.)
ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, ze zm.)
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 roku	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 r. poz. 1082 ze zm.) – uchylone z dniem 27 grudnia 2013 r., z którym to dniem weszło w życie niżej wymienione rozporządzenie
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 roku	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520)
rozporządzenie w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739)

[1] Art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Kontrola „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych" (P/15/065) była kontrolą koordynowaną, ujętą w planie pracy Najwyższej Izby Kontroli. Podjęta została z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, w związku z sugestią Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Kontrola mieściła się w priorytetowych kierunkach kontroli na 2015 rok, w kategorii kontroli zgodności (prawidłowości), rozumianej jako kontrola zgodności kontrolowanej działalności z przepisami i innymi dokumentami wyznaczającymi kierunki działalności, ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów legalności i rzetelności.

Celem głównym kontroli była ocena działalności oddziałów położniczych w zakresie opieki okołoporodowej. Celami szczegółowymi była ocena:

– przygotowania oddziałów położniczych do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób wynikający z przepisów prawa i zapewniający pacjentom opiekę zgodną ze standardami opieki okołoporodowej i prawami pacjenta, w tym:

- zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek,
- zorganizowanie udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach położniczych według zasad dla poszczególnych szczebli referencyjnych i zgodnie z umową z NFZ,
- wyposażenie w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną,
- zapewnienie pomieszczeń spełniających wymagania dla oddziału położniczego,
- sytuacja finansowa szpitala i oddziału położniczego oraz jej wpływ na wykonywanie opieki nad matką i dzieckiem;

– przestrzegania standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta;

– oferowania przez szpital odpłatnych usług medycznych związanych z porodem;

– realizacji wniosków po wcześniejszych kontrolach NIK.

Badania kontrolne dotyczyły lat 2013–2015 (do dnia zakończenia kontroli w jednostkach). Dla celów porównawczych wykorzystano dane z lat 2010–2012.

Kontrolę przeprowadzono od 15 września 2015 r. do 22 stycznia 2016 r. Uczestniczyło w niej osiem delegatur NIK. Skontrolowały one 24 publiczne zakłady opieki zdrowotnej (szpitale), a w nich 25 oddziałów świadczących opiekę okołoporodową, zlokalizowane w ośmiu województwach. Do kontroli wytypowano osiem podmiotów zajmujących się m.in. powikłanymi porodami (II i III poziom referencyjny) i 16, które co do zasady powinny zajmować się porodami niskiego ryzyka (I poziom referencyjny)[2]. Odsetek oddziałów o I poziomie referencyjnym stanowił 66,6% ogółu objętych kontrolą, a o II i III poziomie – 33,3%, co odpowiadało strukturze tych oddziałów w Polsce[3]. Dobierając do kontroli oddziały położnicze uwzględniano wysoki odsetek cięć cesarskich oraz doniesienia medialne wskazujące na możliwość wystąpienia nieprawidłowości. Do kontroli wybrano też osiem szpitali skontrolowanych w 2009 roku[4], w celu sprawdzenia wykonania wniosków pokontrolnych. Przygotowując kontrolę, NIK przeprowadziła kontrolę

[2] Kontrolami objęto 6,4% oddziałów położniczych w Polsce, które miały podpisane umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zaś w województwach na obszarze których prowadzono kontrole, oddziały te stanowiły 11,3% podmiotów udzielających świadczeń z zakresu położnictwa. Uwzględniając poziomy referencyjności, skontrolowano 7,1% oddziałów o I poziomie referencyjności, 2% z II poziomu i 13,3% z III poziomu, zaś w województwach na obszarze których prowadzono kontrolę, stanowiły one odpowiednio 11,8%, 3,8% i 24%.

[3] W Polsce I poziom referencyjności posiada 63,4% oddziałów mających podpisany kontrakt z NFZ, a II i III poziom – 36,6%.

[4] P/09/166 „Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych".

rozpoznawczą w czterech samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej z terenu województwa podlaskiego[5].

Kontrole przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 lub 2 ustawy o NIK (w zależności od statusu prawnego podmiotu wybranego do kontroli), wg kryteriów określonych w art. 5 tej ustawy, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności w podmiotach, których organem założycielskim była państwowa uczelnia medyczna oraz legalności, gospodarności i rzetelności w podmiotach, których organem założycielskim była jednostka samorządu terytorialnego.

W ramach kontroli pozyskano również informacje od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii, dotyczące przestrzegania w ośmiu województwach, na terenie których znajdowały się skontrolowane szpitale, standardów opieki okołoporodowej i ewentualnych problemów w tym zakresie. Informacje uzyskano też z gmin z terenu powiatu, w którym kontrolowany był szpital, na temat działalności szkół rodzenia i programów zdrowotnych, realizowanych przez gminy w zakresie ochrony zdrowia i polityki prorodzinnej. Pozyskano także informacje z NFZ o podmiotach, które w latach 2013–2015 udzielały świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa oraz o liczbie porodów fizjologicznych i w drodze cesarskiego cięcia odebranych w poszczególnych placówkach służby zdrowia.

Oceny przestrzegania rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, w tym odsetka poszczególnych interwencji medycznych podczas porodu, dokonano na podstawie wylosowanej w każdym ze szpitali dokumentacji medycznej 100 pacjentek, w tym 50, które urodziły dziecko siłami natury i 50, których poród rozwiązano w drodze c. c.

Podczas kontroli przeprowadzono anonimowe badanie ankietowe pacjentek, które w latach 2013–2015 urodziły dziecko w objętych kontrolą oddziałach położniczych o I poziomie referencyjności (w oddziałach o II i III poziomie referencyjności wylosowano pacjentki, które odbyły poród rozliczony przez szpital jako procedura N01, czyli taki, który mógłby się odbyć w oddziale o I poziomie referencyjności). Do wylosowanych pacjentek wysłano 7.163 ankiety[6], opracowane przez pracownika naukowego Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, zwrotnie otrzymując 1.621 wypełnionych formularzy, co odpowiadało 2,6% pacjentek, które w okresie objętym kontrolą urodziły dziecko w skontrolowanych szpitalach. Wyniki ankiet zaprezentowane zostały przy omawianiu poszczególnych zagadnień objętych kontrolą NIK i zbiorczo w załączniku Nr 3 do informacji.

5 W Mońkach, Sejnach, Siemiatyczach i Sokółce.

6 W każdym podmiocie do wylosowanych pacjentek wysłano po 300 ankiet (oprócz Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, gdzie wysłano 263 ankiety), w tym po 200 do kobiet, które urodziły drogami natury oraz po 100 do pacjentek, które urodziły dziecko w drodze c. c. Zwrotnie wpłynęło odpowiednio 1.142 i 479 wypełnionych formularzy.

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ocena kontrolowanej działalności

Skontrolowane oddziały położnicze nie zapewniały pacjentkom i noworodkom wymaganej jakości świadczeń medycznych. Przepisy regulujące wymagania dotyczące pomieszczeń i niezbędnego personelu oraz standardy opieki okołoporodowej, pozwalały bowiem na szereg odstępstw, były stosowane w zakresie nieodpowiednim do faktycznych potrzeb, a często wręcz nieprzestrzegane. Regulacje te nie są zatem skutecznym narzędziem do zapewnienia pacjentkom i noworodkom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, a także poszanowania intymności i godności[7].

We wszystkich objętych kontrolą szpitalach pacjentkom zapewniono bezpłatne świadczenia medyczne objęte kontraktem z NFZ. W większości z nich zatrudniono także wymaganą przez NFZ liczbę personelu medycznego. Była ona jednak niewystarczająca w stosunku do potrzeb. W konsekwencji wystąpiły przypadki nawet kilkudniowego, nieprzerwanego czasu pracy lekarzy. Pełnienie zaś w 22 jednostkach dyżuru jedynie przez jednego anestezjologa, aczkolwiek zgodne z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 r., może uniemożliwić wykonanie natychmiastowego c. c.

W 21 (z 29 skontrolowanych) oddziałach położniczych pacjentkom i noworodkom nie zapewniono możliwości korzystania z sal porodowych i pokojów łóżkowych urządzonych w sposób ustalony w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego. W większości objętych kontrolą podmiotów leczniczych skutkowało to naruszeniem prawa pacjentek do intymnego i godnego przebiegu świadczeń medycznych, w tym także z powodu braku możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury.

Bardzo wysoki był odsetek interwencji medycznych podczas porodów[8], mimo że założeniem rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej było uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu takich interwencji do niezbędnego minimum. Pomimo niekwestionowanego przez położników wyższego bezpieczeństwa porodu siłami natury od c. c., rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i negatywnych skutków nieuzasadnionych interwencji medycznych – w skontrolowanych oddziałach skala interwencji była nawet wyższa, niż przed wejściem w życie standardów opieki okołoporodowej i często kilkakrotnie przewyższała średnią w innych rozwiniętych krajach[9]. Co trzeci noworodek dokarmiany był mlekiem modyfikowanym, chociaż WHO i inne organizacje, także naukowe i żywieniowe, powszechnie uznają nadrzędność pokarmu matki w żywieniu dziecka w stosunku do mieszanek sztucznych, opartych na mleku krowim.

---

7 Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

8 Na potrzeby kontroli przyjęto, że wysoki odsetek interwencji medycznych w naturalny poród, to taki, który wynosi ponad 50% w analizowanej próbie.

9 Według doniesień medialnych zdarza się jednak, że zabieg c. c. nie jest przeprowadzany w razie konieczności i wówczas pojawiają się tragiczne skutki niezastosowania tej metody rozwiązania ciąży.

2.2 Synteza ustaleń kontroli

1. W objętych kontrolą NIK szpitalach w latach 2013–2015 (do 30 września) odbyło się 62.445 porodów (ok. 6% porodów w Polsce), podczas których urodziło się 63.393 żywych i 410 martwych noworodków, z tego 354 (85,9%) w oddziałach położniczych zajmujących się ciążami patologicznymi. W związku z porodem zmarło dwoje niemowląt. W żadnym ze skontrolowanych podmiotów leczniczych od 2010 roku nie wystąpiły zgony kobiet rodzących. Wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków[10] w szpitalach objętych kontrolami NIK zmniejszył się z 9,4‰ w 2010 roku do 5,9‰ w 2015 roku. W oddziałach z I poziomu referencyjnego obniżył się w tym okresie z 3,9‰ do 2,2‰, a w oddziałach zajmujących się głównie ciążami i porodami patologicznymi (o II i III poziomie referencyjności) – odpowiednio z 12,6‰ do 7,9‰. Uzyskano zatem poprawę wskaźnika w stopniu określonym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 (załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.). [str. 16–17]
2. W umowach z NFZ szpitale zobowiązywały się do zapewnienia w oddziałach położniczych wymaganej minimalnej liczby lekarzy i położnych. W dwóch oddziałach okresowo świadczenia zdrowotne zabezpieczała jednak mniejsza liczba lekarzy niż wymagana rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r., a w trzech dyżury pełnione były samodzielnie przez lekarzy, którzy nie posiadali wymaganej specjalizacji. W siedmiu zaś oddziałach świadczenia medyczne były udzielane przez osoby niewymienione w umowach z NFZ. W 17 szpitalach nieprzerwany czas pracy poszczególnych lekarzy, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, wynosił od 31,5 do 151 godzin. Taka organizacja czasu pracy budzi wątpliwości, co do możliwości zapewnienia odpowiedniej jakości świadczonych usług i w konsekwencji bezpieczeństwa pacjentek. Formalny jej zakaz, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, dotyczy jednak wyłącznie personelu medycznego zatrudnionego na podstawie stosunku pracy. [str. 17–19]
3. Tylko dwa ze skontrolowanych podmiotów leczniczych nie spełniało wymogu określonego w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r., dotyczącego stałej obecności na terenie szpitala anestezjologa podczas udzielania świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii. Wymóg ten w ocenie NIK jest niewystarczający. W 22 szpitalach podczas dyżuru był tylko jeden anestezjolog, który wykonywał świadczenia na oddziale anestezjologicznym i intensywnej terapii lub na bloku operacyjnym. Może to zagrażać życiu i zdrowiu pacjentek i noworodków. W razie konieczności natychmiastowego wykonania zabiegu c. c. może się bowiem okazać, że nie ma anestezjologa mogącego znieczulić pacjentkę. Brak możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego pacjentkom które tego oczekują, może naruszać ich prawo do godnego odbycia porodu drogami natury. [str. 19–20]

   Nieskuteczne było wprowadzenie przez NFZ od 1 lipca 2015 r. 416 zł dodatkowej opłaty za poród fizjologiczny, w trakcie którego zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe (w 20 skontrolowanych zoz nie stosowano tego znieczulenia). Efektem tej zmiany miała być poprawa komfortu oraz bezpieczeństwa kobiet rodzących i ich dzieci[11] (a przedstawiciele NFZ obiecywali również

[10] Urodzenia martwe i zgony niemowląt w pierwszym tygodniu życia w stosunku do liczby urodzeń.

[11] Uzasadnienie do zarządzenia Nr 34/2015/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

skutek w postaci mniejszej liczby c. c.[12]), podczas gdy przy niewielkiej liczbie porodów, zwłaszcza w szpitalach „powiatowych" – przeważnie od 300 do 400 rocznie, a czasem poniżej 200[13] – wysokość refundacji z NFZ nie pozwalała na pokrycie kosztów zatrudnienia dodatkowych anestezjologów. [str. 19–20]

4. Tylko osiem z 29 skontrolowanych oddziałów[14] spełniało wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego, dotyczące wyposażenia i sposobu urządzenia zespołów porodowych i sal chorych w oddziałach położniczych. Zgodnie z art. 207 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który w dniu wejścia w życie tej ustawy (tj. 1 lipca 2011 r.) nie spełniał wymagań określonych w jej art. 22 ust. 1[15], obowiązany jest dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań, obecnie do 31 grudnia 2017 r., pod warunkiem opracowania i przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (właściwemu wojewodzie) programu dostosowania do wymagań, zaopiniowanego przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakłady opieki zdrowotnej zamiast dostosować swoje pomieszczenia do przepisów, od ponad 20 już lat[16] powszechnie korzystają z możliwości opracowania programu dostosowawczego. Programy takie opracowano dla 15 skontrolowanych oddziałów, dzięki czemu nadal mogły udzielać świadczeń zdrowotnych. Sześć udzielało świadczeń mimo braku aktualnych programów dostosowawczych i niespełniania innych wymagań (głównie zbyt dużej liczby łóżek w salach położnic). [str. 22–23]
5. Niektóre z sal porodowych lub gabinetów badań w 16 szpitalach zorganizowano w sposób niezapewniający pacjentkom prawa do intymności i godności, wynikającego z art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta[17] oraz art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[18], a także z ust. 2 pkt 3 części V standardów opieki okołoporodowej. Funkcjonowały bowiem wielostanowiskowe sale porodowe (co dopuszczają przepisy rozporządzenia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego), w których jednak nie było możliwości pełnego zapewnienia tego prawa. Np. w 12 skontrolowanych oddziałach łóżka porodowe w salach wielostanowiskowych oddzielono głównie parawanami, niegwarantującymi zachowania prawa do intymności, m.in. ze względu na obecność w trakcie porodu osób bliskich innym pacjentkom. [str. 39–40]

12 http://www.expressilustrowany.pl/artykul/3931073,chca-zahamowac-epidemie-cesarskich-ciec-placa-za-porod-ze-znieczuleniem,id,t.html

13 SP ZOZ w Sejnach.

14 W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi kontrolą objęto dwie kliniki położnicze.

15 Zgodnie z powołanym przepisem, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te, na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego.

16 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. poprzedzone było rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej: z dnia 2 lutego 2011 r. (Dz. U. Nr 31, poz. 158), z dnia 10 listopada 2006 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, ze zm.) i z dnia 22 czerwca 2005 r. (Dz. U. Nr 116, poz. 985, ze zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 74, poz. 366, ze zm.).

17 Stosownie do tych przepisów pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

18 Dz. U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.

6. W 24 skontrolowanych szpitalach zapewniono sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do podpisania kontraktu z NFZ, wymaganą rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r. W trzech nie przestrzegano jednak zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych tych urządzeń, wymaganej § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[19]. Lekceważenie tego obowiązku może mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i dokładność badań. [str. 21–22]
7. Wprowadzone przez Polskę – jako jedno z trzech[20] państw w Europie – standardy opieki okołoporodowej nie były w pełni przestrzegane przez personel medyczny wszystkich skontrolowanych podmiotów leczniczych. Występował w nich bardzo wysoki odsetek interwencji medycznych podejmowanych podczas porodów[21], mimo że założeniem rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej było uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu takich interwencji do niezbędnego minimum, w tym amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, nacięcia krocza i c. c.[22] oraz podawania mleka modyfikowanego. W skontrolowanych szpitalach wskaźnik c. c. wzrósł z 40,6% w 2010 roku do 47,1% w okresie dziewięciu miesięcy 2015 roku, a w poszczególnych szpitalach wynosił w 2014 roku od 23,6% aż do 77,9%. Tym samym znacznie odbiegał od zalecanego do 2014 roku przez WHO (10% – 15%)[23] i wg tej organizacji był jednym z najwyższych w Europie (średnia 25%)[24]. Wg raportu OECD Polska zajmuje czwarte miejsce w Europie pod względem częstotliwości wykonywania c. c.[25]. [str. 27–30]

   Rosnąca liczba c. c. powoduje, że coraz większa grupa kobiet kolejną ciążę rozwiązywać będzie w drodze operacyjnej i powodem co czwartego c. c. było rozwiązanie poprzedniego porodu w ten sposób[26] (w szeregu przypadkach w takiej sytuacji bezpiecznie można rozwiązać poród drogami natury[27]). Inną istotną przyczyną wskazywaną przez ordynatorów skontrolowanych oddziałów jest – wynikająca z niewiedzy o możliwości negatywnych następstw – presja kobiet i osób towarzyszących na rozwiązanie porodu w drodze c. c. oraz obawy lekarzy przed procesem w przypadku porodu drogami natury zakończonego niepowodzeniem. [str. 28–30]

   Wątpliwości budzi rzetelność pouczeń, z którymi zapoznaje się pacjentkę przed wyrażeniem „świadomej" zgody na zabieg c. c. Brak jest w nich bowiem informacji o szkodliwości zabiegu dla zdrowia dziecka. [str. 30–31]

19 Dz. U. Nr 81, poz. 484 ze zm. Przepis uchylony z dniem 1 stycznia 2016 r.

20 Standardy wdrożono także w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii.

21 W kryteriach formułowania oceny kontrolowanej działalności przyjęto, że wysoki odsetek interwencji medycznych w naturalny poród, to odsetek wynoszący ponad 50% analizowanych porodów.

22 Według badań naukowych, c. c., jak każda operacja brzuszna, może skutkować powikłaniami dotyczącymi np. układu rozrodczego, moczowego i pokarmowego. Wykonanie kolejnego cięcia znacząco podnosi prawdopodobieństwo powikłań (M. Jóźwik „Powikłania matczyne związane z cięciem cesarskim", Perinatologia, Neonatologia, tom 1, zeszyt 1, 57–65, 2008).

23 Od 2014 roku WHO zaleca zaś wykonywanie tego zabiegu wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach.

24 http://apps.who.int/gho/data/view.main.1610

25 http://siostraania.pl/raport-oecd-polska-na-czwartym-miejscu-w-europie-pod-wzgledem-liczby-cesarskich-ciec/

26 PTG rekomenduje pobranie od pacjentek pisemnej zgody na poród drogami natury, gdy wcześniejsza ciąża była rozwiązana w drodze operacyjnej.

27 Z wytycznych Królewskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników z października 2015 roku wynika, że pogląd taki wyraziły najbardziej liczące się w świecie towarzystwa naukowe (National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, American College of Obstetricians and Gynecologists, National Institutes of Health).

8. Wysoki był w skontrolowanych szpitalach odsetek pozostałych interwencji medycznych podczas porodu, tj. nacięcie krocza, stymulacja czynności skurczowej (podawanie oksytocyny), przebicie pęcherza płodowego (amniotomia). Wykonano je bowiem średnio 79% pacjentkom, których dokumentacja medyczna była analizowana. W trzech oddziałach o I poziomie referencyjności, co najmniej jedną z ww. interwencji zastosowano wobec wszystkich pacjentek (których dokumentacja była analizowana), a w pozostałych placówkach o takim samym poziomie referencyjności wskaźnik interwencji wynosił od 34% do 90%. Nacięcie krocza wykonano 57% pacjentek, podczas gdy na przykład w Szwecji wykonuje się je 9,7% pacjentkom, w Nowej Zelandii 11%, w Wielkiej Brytanii i Danii 12%, a w USA ok. 33%[28]. Blisko połowie pacjentek (44%) podano natomiast oksytocynę w celu stymulacji porodu, a przebicie pęcherza płodowego zastosowano u 17% pacjentek, których dokumentację analizowano. [str. 32–34]

   W większości skontrolowanych zoz nie przestrzegano zalecenia ograniczenia do niezbędnego minimum podawania noworodkom mleka modyfikowanego sformułowanego w standardach opieki okołoporodowej. Także „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego"[29] oraz wyniki licznych badań naukowych i publikacji – WHO, UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii, towarzystwa naukowe – wskazują na nadrzędność mleka matki nad sztucznymi mieszankami opartymi na mleku krowim. Tylko w trzech szpitalach noworodkom (których dokumentację analizowano) nie podawano takiego mleka, a w kolejnych czterech odsetek dokarmianych noworodków wynosił od 2% do 9%[30]. W pozostałych był znaczny i sięgał nawet 100%. Zachętą do powszechnego podawania noworodkom mleka modyfikowanego mogła być też symboliczna jego cena (od 0,01 zł za buteleczkę 90 ml) w stosunku do ceny rynkowej (ok. 3 zł). W dwóch szpitalach reklamowano preparaty do żywienia noworodków i niemowląt, czym naruszono art. 25 ustawy z dnia 25 stycznia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia[31]. [str. 35–36]

9. W dziewięciu oddziałach położniczych – z powodu braku wanny lub prysznica w sali porodowej – pacjentki podczas porodu nie miały bezpośredniej możliwości skorzystania z imersji wodnych, będących niefarmakologiczną formą łagodzenia bólu, przewidzianą w standardach opieki okołoporodowej. W 12 oddziałach pokoje łóżkowe nie były wyposażone w toalety, zaś pacjentki zmuszone były korzystać z ogólnodostępnych łazienek. [str. 38]
10. Tylko w trzech oddziałach wykonano i udokumentowano wszystkie czynności wymagane rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Najczęściej nie odnotowywano wyników obserwacji przebiegu pierwszego kontaktu noworodka „skóra do skóry" (położenie dziecka na brzuchu matki), który powinien rozpocząć się od razu po urodzeniu i trwać nieprzerwanie co najmniej dwie godziny. W siedmiu szpitalach zasadą było, że kontakt ten nie następował bezpośrednio po porodzie lub trwał krócej niż dwie godziny. Brak dwugodzinnego kontaktu potwierdziło 88,5% ankietowanych pacjentek, które urodziły dziecko drogami natury. [str. 42–43]

28 http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Naciecie-krocza-czy-mozesz-tego-uniknac.html

29 Opublikowane w Standardy Medyczne/Pediatria 2014 r., t. 11, str. 9-16. Program opracowany przez Klinikę Neonatologii i Intensywnej Terapii, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa – redakcja Ewa Helwich.

30 W każdym ze skontrolowanych zoz analizowano dokumentację medyczną 100 pacjentek, w tym 50, które rodziły drogami natury i 50 w drodze c. c.

31 Dz. U. z 2015 r. poz. 594, ze zm.

11. W żadnym skontrolowanym szpitalu nie pobierano opłat za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z NFZ. W dwóch oddziałach pobierano jednak opłaty za poród rodzinny, mimo że porody takie zalecają standardy opieki okołoporodowej. [str. 44–45]
12. Większość skontrolowanych szpitali znajdowała się w złej sytuacji finansowej (14 placówek), zaś we wszystkich działalność oddziałów położniczych przynosiła stratę. Wpływ na to ma m.in. utrzymywanie przez NFZ od 2012 roku stałej stawki za punkt rozliczeniowy (52 zł) przy wzroście kosztów działalności, wykonywanie przez oddziały położnicze dużej liczby kosztownych c. c. (zapłata za te porody i porody drogami natury jest na tym samym poziomie) i mała liczba porodów odbieranych głównie w „powiatowych oddziałach położniczych". Zła sytuacja finansowa miała wpływ m.in. na niedostosowanie oddziałów położniczych do wymogów rozporządzenia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego, niezapewnienie w nich warunków do intymności, dostępności do opieki anestezjologicznej i odpowiedniego czasu pracy lekarzy. W 18 szpitalach dopiero podczas kontroli NIK służby finansowe dokonały wyliczeń opłacalności porodów drogami natury i c. c. [str. 24–26]
13. Spośród ośmiu szpitali, które objęte były również – przeprowadzoną w 2009 roku – kontrolą P/09/166 „Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych", w siedmiu zrealizowano wszystkie wnioski pokontrolne. W jednym podczas bieżącej kontroli powieliły się nieprawidłowości stwierdzone w 2009 roku. Dotyczyły one nieprzestrzegania zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych urządzeń medycznych. [str. 21–22]

2.3 Uwagi i wnioski

Stwierdzone przez NIK przypadki odbywania porodów w pomieszczeniach niezgodnych z wymogami ustalonymi przez Ministra Zdrowia, niezapewniających intymnego i godnego pobytu na oddziale położniczym wynikają m.in. ze złej sytuacji finansowej szpitali, zwłaszcza oddziałów położniczych. Sytuację tę pogarsza wysoki odsetek porodów zakończonych c. c., które są bardziej kosztowne od porodów fizjologicznych. Odsetek interwencji medycznych, w tym c. c., i podawania noworodkom mleka modyfikowanego, był znacznie zróżnicowany w poszczególnych oddziałach. Przyczyną tego może być brak odpowiedniej świadomości i przedmiotowe podejście personelu medycznego do pacjentek, chęć jak najszybszego zakończenia porodu, a także presja pacjentek i osób im towarzyszących.

Ze względu na skalę i wagę negatywnych ustaleń niniejszej kontroli, szczególnie w aspekcie bezpieczeństwa i zdrowia pacjentek i noworodków, a także zapewnienia im odpowiedniej godności i intymności, NIK wnioskuje do **Ministra Zdrowia** o rozważenie:

– zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[32] przez uwzględnienie we wzorze karty obserwacji porodu wszystkich czynności wynikających ze standardów opieki okołoporodowej;
– wprowadzenia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych wymogu takiej organizacji pracy anestezjologów, aby w razie konieczności było możliwe natychmiastowe znieczulenie pacjentki;

[32] Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

– wprowadzenia w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, uregulowań gwarantujących zapewnienie pacjentkom prawa do intymności i godności na salach porodowych i w gabinetach badań;
– podjęcia inicjatywy zmierzającej do utworzenia banków mleka kobiecego na terenie każdego z województw;
– przeprowadzenia kampanii informującej kobiety o ewentualnych, negatywnych skutkach jakie może spowodować zabieg c. c.

Ponadto **Minister Zdrowia wraz z Prezesem NFZ** powinni podjąć działania w celu usunięcia rozbieżności w zakresie podejścia do stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych. W standardach opieki okołoporodowej postuluje się bowiem ich ograniczenie do minimum, podczas gdy Prezes NFZ wprowadził dodatkową opłatę dla podmiotów leczniczych stosujących ten sposób uśmierzania bólu podczas porodu siłami natury.

W celu ograniczenia liczby zabiegów c. c., **krajowy konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii,** powinien rozważyć wystąpienie do PTG o wprowadzenie obowiązku informowania pacjentek przed wykonaniem zabiegu cesarskiego cięcia o negatywnych skutkach tej operacji dla zdrowia dziecka.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii wraz z konsultantami w dziedzinie neonatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, powinni opracować dla szkół rodzenia jednolity program edukacji, uwzględniający zagadnienie szkodliwości wykonywania medycznie nieuzasadnionych c. c. Z przeprowadzonych przez NIK badań ankietowych wynika bowiem, że kobiety w ciąży wiedzę na temat porodu czerpią z Internetu, czasopism, rozmów ze znajomymi. Tylko 224 spośród 731 kobiet, które urodziły pierwsze dziecko, uczęszczało do szkoły rodzenia. Pożądana jest zatem odpowiednio wczesna edukacja jak największej liczby kobiet w ciąży w szkołach rodzenia. Niezbędna w tym zakresie jest aktywność **jednostek samorządu terytorialnego**, mogących opracować programy dofinansowujące funkcjonowanie takich szkół.

Powszechne stosowanie interwencji medycznych przez wszystkie skontrolowane oddziały o I poziomie referencyjności wymaga zwiększenia nadzoru przez **konsultantów wojewódzkich i konsultanta krajowego z zakresu położnictwa i ginekologi**i.

Do **kierowników podmiotów leczniczych** z oddziałami położniczymi NIK, wnosi zaś o:

– zorganizowanie udzielania świadczeń medycznych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie innej niż umowa o pracę (np. na podstawie umowy zlecenia) w sposób zapewniający odpowiedni odpoczynek pomiędzy dyżurami, a tym samym właściwą jakość świadczonych usług i bezpieczeństwo pacjentów;
– kształcenie lekarzy i położnych, w tym w zakresie umiejętności: [1] przekonywania pacjentek i osób im bliskich co do szkodliwości nieuzasadnionego medycznie wykonywania c. c. i do odmawiania wykonania tego zabiegu w sytuacji braku wskazań medycznych, [2] informowania kobiet o wykonywanych świadczeniach medycznych;
– informowanie pacjentek o wszystkich skutkach stosowania zabiegu c. c. i innych interwencji medycznych, umożliwiające uzyskanie **świadomej** zgody na wykonanie tych czynności.

Ze względu na nadrzędność mleka matki nad sztucznymi mieszankami, **dobrą praktyką** byłoby wdrożenie przez kierowników podmiotów leczniczych rekomendacji zamieszczonych w „Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego".

NIK zwraca uwagę, że większość oddziałów położniczych o I poziomie referencyjności w „powiatowych" zoz wyłączona zostanie z uczestnictwa w „Programie opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej"[33], zakładającego zapewnienie przyszłym matkom pełnoprofilowej opieki w okresie ciąży, porodu i w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka, który w formie pilotażu zamierza wprowadzić NFZ w bieżącym roku. Większość z nich nie spełnia bowiem wymogu przyjmowania 600 porodów rocznie, a żaden ze skontrolowanych szpitali o I poziomie referencyjności nie zapewniał znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu drogami natury. Tak więc pacjentki mieszkające w miejscowościach odległych od oddziałów z II lub III poziomu referencyjności nie będą mogły skorzystać z tego programu.

[33] http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/program-opieki-koordynowanej-nad-kobieta-w-ciazy-fizjologicznej-informacja-prasowa,6790.html

3 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1 Przygotowanie oddziałów położniczych do udzielania świadczeń zdrowotnych

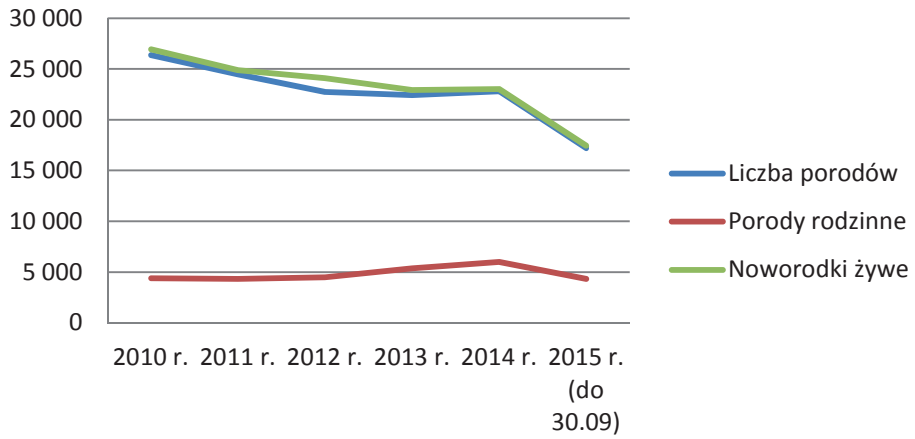
3.1.1. Organizacja udzielania opieki okołoporodowej

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.), jako jeden z celów operacyjnych dotyczących wybranych populacji, ustanowił poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. Oczekiwanymi efektami realizacji wymienionego celu było obniżenie do 2015 roku np. umieralności okołoporodowej z 8,6/1.000 do 6,0/1.000 urodzeń i umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i połogiem z 7,4/100.000 do 5,0/100.000 urodzeń żywych. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych, w 2012 roku był wyższy dla Polski o 0,8 punktu procentowego, niż dla całej populacji 27 państw Unii Europejskiej.

W 24 skontrolowanych szpitalach w latach 2013–2015 (do 30 września) odbyło się – odpowiednio – 22.426, 22.818 i 17.201 porodów, z tego 12.028, 11.831 i 9.102 drogami natury oraz 10.398, 10.987 i 8.099 w drodze c. c. W szpitalach tych urodziło się 22.922, 23.036 i 17.435 żywych noworodków, co stanowiło około 6% noworodków urodzonych w kraju. Od 2010 roku w żadnym z tych szpitali nie wystąpiły przypadki zgonów rodzących kobiet. W latach 2013–2015 urodziło się natomiast 410 martwych noworodków, z czego 354 (85,9%) w ośrodkach specjalizujących się w rozwiązywaniu ciąż patologicznych (II i III poziom referencyjny). W związku z porodem zmarło zaś dwoje niemowląt. Liczba urodzeń martwych i zgonów noworodków zmniejszyła się z 256 w 2010 roku do 162 w 2014 roku i 104 w okresie III kwartałów 2015 roku. Wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków[34] w szpitalach objętych kontrolą zmniejszył się z 9,4‰ w 2010 roku do 5,9‰ w 2015 roku, w większym stopniu (z 12,6‰ do 7,9‰) w oddziałach o II i III poziomie referencyjności, a z 3,9‰ do 2,2‰ w oddziałach z I poziomu referencyjnego. Uzyskano zatem poprawę wskaźnika umieralności okołoporodowej w stopniu określonym w Narodowym Programie Zdrowia.

W skontrolowanych szpitalach znacznie wzrosła (o 36,9%) liczba porodów rodzinnych. W 2010 roku było ich 4.377, a w 2014 roku już 5.992[35].

Wykres nr 1
Liczba porodów w szpitalach objętych kontrolą NIK



Źródło: Dane własne NIK.

[34] Urodzenia martwe i zgony niemowląt w pierwszym tygodniu życia w stosunku do liczby urodzeń.

[35] Wg danych z 13 szpitali, które prowadziły taką statystykę.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce trójstopniowym systemem opieki perinatalnej i rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej[36], ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu. Pacjentki, u których podczas pobytu w szpitalu z I poziomu referencyjnego, stwierdzi się stan średniej lub ciężkiej patologii, powinny być przekazane do oddziału o wyższym poziomie referencyjności. Często konieczność taka zachodzi nagle, podczas trwania akcji porodowej. Ordynatorzy skontrolowanych oddziałów położniczych na ogół nie mieli problemów z przekazywaniem pacjentek do ośrodków o wyższym poziomie referencyjnym. Jednak w czterech zwrócono uwagę na zdarzające się w tym obszarze trudności.

- *Koordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala Powiatu Bytowskiego stwierdził, że w latach 2013–2015 występowały problemy z przekazywaniem pacjentek na wyższe poziomy referencyjności w sytuacjach, kiedy podczas telefonicznego uzgadniania okazywało się, że placówka „nadrzędna" nie dysponuje wolnymi łóżkami. Powodowało to konieczność kontaktowania się z odleglejszymi placówkami, które mimo braku rejonizacji, zwyczajowo nadal takową uważają za funkcjonującą. Kierowanie i transport sanitarny pacjentek do oddziałów o wyższym poziomie referencyjności bez uprzedniego uzgodnienia telefonicznego, spotyka się z krytyką i reakcją ośrodków „nadrzędnych", wyrażaną w rozmowach dyscyplinujących.*
- *Ordynator oddziału położniczego w SP ZOZ w Człuchowie wyjaśnił, że Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (III stopień referencyjności) zazwyczaj odmawia przyjmowania pacjentek, ale problemów takich nie stwarza Szpital w Bydgoszczy (III stopień referencyjności) oraz Szpital w Ustce (II stopień referencyjności).*
- *Koordynator oddziału położniczego w SP ZOZ w Hajnówce stwierdził, że: „Wadą systemu jest brak szybkiej ścieżki – np. numer telefonu alarmowego do lekarza decydującego o przyjęciu pacjentki, zaś po uzyskaniu takiej zgody trudność z przewiezieniem pacjentki (ambulans, śmigłowiec)".*
- *Ordynator oddziału położniczego ZOZ w Łęczycy wskazał na potrzebę wyznaczenia w obrębie województwa osoby koordynującej przekazywanie pacjentek ciężarnych do oddziałów o wyższym poziomie referencyjności.*

W ZOZ w Nidzicy (I poziom referencyjny) nie przekazano pacjentki do szpitala o wyższym poziomie referencyjności, mimo zdiagnozowania czynników zdrowotnych, wskazujących na taką konieczność.

- *Pomimo ujawnienia licznych czynników ryzyka w wywiadzie medycznym pacjentki (m.in. choroby nerek, stanu po powikłaniach w postaci przedwczesnego oddzielenia się łożyska i związanym z tym dwukrotnym rozwiązaniem poprzednich ciąży w drodze c. c., krwawienia przed porodem), nie przekazano jej do oddziału położniczego o poziomie referencyjnym odpowiednim do jej stanu zdrowia. Ostatecznie ciążę rozwiązano w drodze c. c., lecz doszło do śmierci noworodka.*

3.1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek

Skontrolowane szpitale w ofertach przedkładanych oddziałom wojewódzkim NFZ i w umowach na udzielania świadczeń zdrowotnych zadeklarowały liczbę lekarzy ustaloną w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r. Wymagane było m.in. zapewnienie równoważnika co najmniej dwóch etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz stałej obecności (przez całą dobę) lekarza specjalisty w tej dziedzinie. W dwóch oddziałach położniczych faktyczne zatrudnienie lekarzy było niższe od ustalonego w umowach[37], a w trzech[38] dyżury pełnione były samodzielnie przez lekarzy, którzy nie posiadali wymaganej specjalizacji.

36 Pkt I.4. załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

37 Kontrolą objęto czas pracy lekarzy w lipcu i sierpniu lat 2013–2015.

38 SP ZOZ w Człuchowie, ZOZ w Łęczycy, SP ZOZ w Kościanie.

- *W SP ZOZ w Człuchowie nie dochowano warunku zapewnienia równoważnika co najmniej dwóch etatów specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, bowiem faktyczny stan zatrudnienia okresowo był mniejszy (od czasu pracy dwóch lekarzy specjalistów) o 13 i 15 godzin tygodniowo w lipcu i w sierpniu 2013 roku, 38 i 32 godziny tygodniowo w lipcu i w sierpniu 2014 roku oraz 28 i 17 godzin tygodniowo w lipcu i w sierpniu 2015 roku.*
- *W Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie nie zapewniono wymaganej opieki przez trzech lekarzy – dyżury pełniło dwóch lekarzy, zaś trzeci był do dyspozycji poza szpitalem (dyżur „pod telefonem").*

W siedmiu oddziałach położniczych[39] świadczeń udzielali zaś lekarze, położne lub pielęgniarki, które nie były zgłoszone do NFZ jako personel realizujący kontrakt. Stanowiło to naruszenie umów zawartych z NFZ, według których świadczeniodawca zobowiązany był m.in. do wykonywania świadczeń przez osoby wymienione w załączniku do umowy oraz bieżącej aktualizacji tego wykazu[40].

- *W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku w lipcu i sierpniu w latach 2013–2015 część świadczeń zdrowotnych była udzielana przez 12 lekarzy nieujętych w wykazach personelu lekarskiego, stanowiących załącznik do umów o udzielanie świadczeń medycznych zawartych z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, a także nieobjętych bieżącym zgłoszeniem aktualizacyjnym w portalu SZOI. Umów nie zaktualizowano ze względu na uciążliwość i pracochłonność obowiązujących procedur. Podobne wyjaśnienia składali kierownicy pozostałych szpitali, w których doszło do opisanej nieprawidłowości.*

W art. 93 ust. 1 (i następnych) ustawy o działalności leczniczej nałożono ograniczenie nieprzerwanego czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę) do 7 godzin 35 minut dziennie (w skrajnym przypadku do 12 godzin na dobę), zaś tygodniowo do 37 godzin i 55 minut. Wskazany czas pracy, także tygodniowy, może być przekroczony w przypadku pełnienia dyżurów medycznych, pod warunkiem zapewnienia pracownikowi w każdej dobie 11 godzin odpoczynku, także bezpośrednio po zakończeniu dyżuru (art. 97 ust. 1 i 2 ww. ustawy). Przepisy te nie obejmują jednak personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. W konsekwencji w 17 podmiotach leczniczych czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, znacznie przekraczał 24 godziny[41] – wynosił od 31 do nawet 151 godzin (6,3 dnia) bez przerwy. Taka organizacja czasu pracy lekarzy może budzić uzasadnione wątpliwości, co do zapewnienia wymaganej jakości świadczonych przez nich usług i w konsekwencji bezpieczeństwa pacjentek. Główną przyczyną tych nieprawidłowości były absencje personelu (urlopy, zwolnienia) i niechęć lekarzy kontraktowych dojeżdżania do szpitala na jeden dyżur.

- *Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. spełniał wymogi w zakresie zatrudnienia personelu medycznego, jednak w latach 2013–2015 w lipcu i sierpniu wystąpiły 43 przypadki udzielania przez siedmiu lekarzy świadczeń zdrowotnych przez ponad 24 godziny bez przerwy (od 31 do 151 godzin bez odpoczynku). Według wyjaśnień dyrektora i ordynatora oddziału głównym powodem świadczenia pracy ponad 24 godziny bez przerwy były duże odległości, jakie pokonywali lekarze dojeżdżający do pracy, którzy na pojedyncze dyżury dojeżdżać nie chcieli z przyczyn ekonomicznych i logistycznych. Charakter pracy lekarza pełniącego dyżur pozwala na czynienie przerw na wypoczynek między udzielaniem świadczeń zdrowotnych, co lekarze wykorzystują, mając do tego dogodne warunki w pomieszczeniu socjalnym.*
- *Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu, w którym nieprzerwany czas świadczenia usług przez lekarzy położników wahał się od 31,5 do 72 godzin, a anestezjologów od 30 do 77 godzin wyjaśnił, że sposób ustalania harmonogramów czasu pracy lekarzy zapewnia bezpieczeństwo oddziału położniczo-*

[39] W SP ZOZ w Hajnówce, SP ZOZ w Kościanie, SP ZOZ w Myszkowie, SP ZOZ w Opocznie, Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku i w ZOZ w Łęczycy.

[40] § 2 ust. 1 – 2 i ust. 8 wzoru umowy stanowiącego załącznika 2a do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

[41] Wyznacznik przyjęty przez NIK na potrzeby kontroli.

-ginekologicznego i w pełni zabezpiecza opiekę anestezjologiczną dla pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego oraz że czas pracy tzw. „dyżurowy" z reguły nie jest czasem w 100% wypełnionym pracą i pozwala w chwilach niewykonywania zadań służbowych na doraźny odpoczynek.

W 26 z 28 szpitali objętych kontrolą NIK (także rozpoznawczą) spełniony został wymóg stałej obecności anestezjologa „w lokalizacji"[42], wynikający z rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r.

- *W oddziale położniczym SP ZOZ w Krotoszynie nie zapewniono stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Lekarz ten nie był dostępny w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa, a w odległości 1,8 km od Oddziału położniczego, tj. w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, a także na bloku operacyjnym Szpitala (to było stałe miejsce przebywania anestezjologów). Położna oddziałowa stwierdziła, że lekarz anestezjolog jest obecny w Oddziale położniczym przez 24 godziny jedynie w dni operacyjne, tj. we wtorki i czwartki oraz w dni wolne od pracy. Oferta złożona do NFZ była w tej części niezgodna ze stanem faktycznym. Zgodnie z art. 193 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podanie w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ nieprawdziwych informacji i danych jest wykroczeniem podlegającym karze grzywny.*
- *W SP ZOZ w Siemiatyczach anestezjolodzy byli obecni w Szpitalu tylko w dni robocze od 8^{00} do 15^{35}. W pozostałym czasie pozostawali w tzw. gotowości do interwencji na wezwanie telefoniczne w ciągu paru minut.*

Wymóg stałej obecności lekarza anestezjologa „w lokalizacji" szpitala jest zdaniem NIK niewystarczający w przypadku świadczeń położniczych. W 22 szpitalach (spośród 28 objętych kontrolą) specjaliści anestezjolodzy przebywali w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub pełnili dyżury na bloku operacyjnym[43], co stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentek i noworodków w razie konieczności natychmiastowego wykonania zabiegu c. c.

- *Koordynator anestezjologów w SP ZOZ w Hajnówce wyjaśnił, że po godzinie 15^{30} i w dni wolne od pracy może być niemożliwe podanie w krótkim czasie znieczulenia. Z uwagi na brak lekarzy anestezjologów, cięcia planowe wykonywane były w godzinach ordynacji, od 8^{00} do 15^{30}. „Po godzinie 15^{30} na Bloku operacyjnym zostaje pielęgniarka anestezjologiczna, instrumentariuszka i salowa. Anestezjolog pełni stacjonarny dyżur na OAiIT[44]. Anestezjolog zabezpieczający pracę Bloku operacyjnego pełni dyżur pod telefonem, znajduje się poza szpitalem. W razie potrzeby cięcia cesarskiego anestezjolog jest wzywany telefonicznie. W ekstremalnym przypadku – natychmiastowa konieczność znieczulenia pacjentki, anestezjolog z OAiIT musi przybyć na Oddział położniczy i rozpoczyna znieczulenie przebywając tam do chwili przybycia wezwanego anestezjologa dyżurnego. Sytuacja taka jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia rodzącej i noworodka".*
- *W 2011 roku w Szpitalu Ogólnym w Kolnie z powodu zagrożenia życia pacjentki i jej dziecka należało natychmiast przeprowadzić zabieg c. c. Jedyny dyżurujący wówczas anestezjolog miał pod opieką niestabilną pacjentkę, której wykonywano zabieg chirurgiczny, zatem nie mógł jednocześnie przeprowadzić znieczulenia rodzącej pacjentki. W konsekwencji c. c., zakończone wydobyciem martwego płodu, wykonano po upływie 20–25 minut od przewiezienia pacjentki na blok operacyjny. Formalnie oddział położniczy spełniał wymogi rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. w zakresie stałej obecności anestezjologa w lokalizacji.*

Z powodu braku odpowiedniej liczby anestezjologów świadczących usługi na potrzeby oddziałów położniczych, wynikającego głównie z małej liczby porodów, zwłaszcza w szpitalach „powiatowych", niepokrywającej – przy stawce refundacji otrzymywanej z NFZ – kosztów zatrudnienia dodatkowych lekarzy tej specjalności, w 20 skontrolowanych oddziałach położniczych nie stosowano znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach drogami natury, mimo że od 1 lipca

[42] Zgodnie z § 2 pkt 7 tych rozporządzeń, „lokalizacja" jest to budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.

[43] Opiekę anestezjologiczną przez całą dobę zapewniono pacjentkom oddziałów położniczych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Szpitala Powiatowego w Zawierciu, Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku i Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

[44] Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

2015 r. NFZ płaci świadczeniodawcom dodatkowo po 416 zł (8 punktów po 52 zł) za każdy poród, w trakcie którego zastosowano takie znieczulenie. W konsekwencji nie osiągnięto zamierzonego efektu, w postaci poprawy bezpieczeństwa i komfortu pacjentek[45] oraz obiecywanego przez przedstawicieli NFZ zmniejszenia liczby c. c.[46]. W pozostałych czterech oddziałach położniczych[47] (o III poziomie referencyjnym) znieczulenia takie stosowano od dawna. NIK zwraca uwagę na brak jednoznacznego podejścia do znieczuleń zewnątrzoponowych w standardach opieki okołoporodowej wprowadzonych przez Ministra Zdrowia, w których zalecono ich ograniczenie do niezbędnego minimum, oraz przez Prezesa NFZ, który wprowadził dodatkową opłatę za to znieczulenie podczas porodów rozwiązywanych siłami natury, w celu zachęcenia podmiotów leczniczych do jego stosowania. Taka różnorodność nie sprzyja jednolitemu podejściu podmiotów leczniczych do świadczenia opieki okołoporodowej w sposób zapewniający odpowiednio wysoką jej jakość, w tym bezpieczeństwo pacjentek i noworodków.

Dyrektorzy wszystkich skontrolowanych szpitali ustalili minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wypełniając tym obowiązek wynikający z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Jednak tylko w 21 były one przestrzegane. W pozostałych trzech placówkach[48] norm tych nie wprowadzono w życie, gdyż – mimo upływu trzech lat od wejścia w życie ustawy – trwały w nich konsultacje ze związkami zawodowymi lub samorządem pielęgniarek i położnych.

Pomimo upływu ponad trzech lat od wprowadzenia standardów opieki okołoporodowej[49], w trzech skontrolowanych szpitalach[50] nie przeszkolono personelu medycznego w zakresie ich stosowania, a w dwóch kolejnych[51] szkolenia takie przeprowadzono dopiero w latach 2014–2015. Ordynatorzy oddziałów wyjaśniali, że personel medyczny czerpał samodzielnie wiedzę na temat standardów opieki okołoporodowej z Internetu, czasopism, wytycznych PTG oraz informacji przekazywanych podczas spotkań i konferencji naukowych. Brak szkoleń lub ich ograniczony zakres może być zaś jedną z przyczyn nieprawidłowości i uchybień opisanych w dalszej części niniejszej informacji.

Tylko w siedmiu[52] z 23 szpitali, w których zbadano ten problem, przeszkolono wszystkich lekarzy, położne i pielęgniarki oddziału położniczego w zakresie karmienia noworodków mlekiem matki. W kolejnych trzech szpitalach szkoleniami objęto część personelu medycznego. Zgodnie z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii (wyrażonymi w „Programie wczesnej stymulacji laktacji dla oddziałów położniczych III poziomu referencyjności") szkoleniami należało objąć cały personel medyczny oddziałów położniczych i neonatologicznych o III poziomie referencyjności. Do zakończenia kontroli zalecenie to w pełni zrealizowała połowa skontrolowanych jednostek o tym poziomie referencyjności (więcej na temat podawania noworodkom mleka modyfikowanego na str. 36–38 niniejszej informacji).

45 Uzasadnienie do zarządzenia Nr 34/2015/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

46 http://www.expressilustrowany.pl/artykul/3931073,chca-zahamowac-epidemie-cesarskich-ciec-placa-za-porod-ze-znieczuleniem,id,t.html

47 Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku i Wojewódzki Specjalistyczny w Olsztynie.

48 Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu, ZOZ w Szczytnie.

49 19 października 2012 r.

50 Szpital Ogólny w Kolnie, SP ZOZ w Opocznie i Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu.

51 Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach i ZOZ w Łęczycy.

52 Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, SP ZOZ w Hajnówce, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie i ZOZ w Łęczycy.

- *W Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie szkoleniami objęto jednego z 13 lekarzy i 15 z 57 położnych, a w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu szkoleniami z zakresu opieki laktacyjnej objęto jedynie 14 z 55 zatrudnionych tam położnych. Z kolei w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w Klinice Położnictwa i Ginekologii przeszkolono wszystkich lekarzy, lecz tylko 10 spośród 44 położnych, w Klinice Perinatologii i Ginekologii tego Instytutu nie przeszkolono żadnego lekarza a przeszkolono siedem z 59 położnych, zaś w Klinice Neonatologii 14 z 22 lekarzy i 22 pielęgniarki i położne (spośród 88).*

3.1.3. Zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej do świadczenia opieki okołoporodowej

W 24 skontrolowanych szpitalach zapewniono sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do podpisania kontraktu z NFZ, wymaganą rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r. W oddziałach o I poziomie referencyjności wymagano głównie kolposkopu, aparatu KTG i kardiomonitora, zaś w oddziałach o II i III stopniu referencyjności – m.in. laparoskopu i histeroskopu diagnostyczno-operacyjnego. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w czterech szpitalach[53].

- *W SP ZOZ w Człuchowie kolposkop oraz kardiomonitor znajdowały się – odpowiednio – w Poradni dla Kobiet i w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że aparatura znajduje się tam gdzie jest najbardziej potrzebna. Podobnie było w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, w którym kolposkop umieszczono w poradni ginekologicznej (podczas kontroli NIK urządzenie przeniesiono na oddział położniczy).*

Szpitale zapewniały też wykonanie badań diagnostycznych wymaganych powołanymi wyżej rozporządzeniami i przepisami NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w jednym podmiocie.

- *Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie nie zapewnił w lokalizacji udzielania świadczeń diagnostyki prenatalnej (kordocentezy, biopsji trofoblastu, amniopunkcji) oraz dostępu do badań fetoskopii, określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 r. Koordynator oddziału wyjaśnił, „że nie prowadzi się badań prenatalnych w miejscu z powodu braku odpowiedniego zaplecza kadrowego oraz sprzętowego. Są to procedury wysokospecjalistyczne wykonywane w wybranych ośrodkach. W sytuacjach koniecznych przekazujemy ciężarne wymagające tego typu procedur do Kliniki Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie lub w Gdańsku. Nigdy nie spotkaliśmy się z odmową przyjęcia". Oddział położniczy Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika posiada jednak najwyższy (III) poziom referencyjny i tym samym powinien zapewnić świadczenia diagnostyki prenatalnej w lokalizacji.*

W 22 skontrolowanych szpitalach przestrzegano zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej, wymaganej § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[54]. W dwóch podmiotach stwierdzono odstępstwa od tego obowiązku, w tym w jednym[55], w którym takie nieprawidłowości wykazała także kontrola *„Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych"* (P/09/166), przeprowadzona przez NIK w 2009 roku. Lekceważenie obowiązku wykonywania przeglądów aparatury medycznej może mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i dokładności badań na niej wykonywanych.

- *W Klinice Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku nie wykonywano zalecanych raz w roku przeglądów wszystkich pięciu ultrasonografów. Aparaty te zostały zainstalowane przed 2013 rokiem, a przeglądy przeprowadzono dopiero w styczniu i we wrześniu 2015 roku. Ponadto nie wykonywano przez autoryzowane serwisy (a tylko przez pracowników Szpitala) przeglądów trzech kardiomonitorów,*

53 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, SP ZOZ w Człuchowie, Szpital Ogólny w Kolnie, ZOZ w Łęczycy.

54 Dz. U. Nr 81, poz. 484, ze zm. Przepis uchylony z dniem 1 stycznia 2016 r.

55 Szpital Ogólny w Kolnie.

12 kardiotokografów i dwóch kompleksowych systemów nadzoru położniczego. Dyrektor Naczelna UCK wyjaśniła m.in., że trudna sytuacja finansowa szpitala i relatywnie niska wycena procedur NFZ w wielu dziedzinach nie pozwalają na przeprowadzanie wszystkich wymaganych przeglądów technicznych, jakie przewiduje producent urządzenia.

- *W Szpitalu Ogólnym w Kolnie przeglądy aparatury wykonano dopiero w trakcie kontroli NIK (w październiku 2015 roku) z dwumiesięcznym opóźnieniem. Podobne nieprawidłowości wykazała kontrola przeprowadzona w 2009 roku, co świadczy o niezrealizowaniu wniosku skierowanego przez NIK po tamtej kontroli.*

Jedynie osiem[56] z 29 skontrolowanych oddziałów[57] (także w ramach kontroli rozpoznawczej) w pełni spełniało minimalne warunki w zakresie wyposażenia i sposobu urządzenia zespołów porodowych, sal chorych w oddziałach położniczych, określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego. Dwadzieścia jeden oddziałów nie sprostało temu, z tego dla 15 opracowano program dostosowawczy i w związku z tym miały jeszcze czas na doprowadzenie oddziałów do stanu zgodnego z przepisami[58]. Zgodnie bowiem z art. 207 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który w dniu wejścia w życie tej ustawy (tj. 1 lipca 2011 r.) nie spełniał wymagań określonych w jej art. 22 ust. 1[59], obowiązany jest dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do 31 grudnia 2017 r., pod warunkiem opracowania do 31 grudnia 2012 r. i przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (właściwemu wojewodzie) programu dostosowania do ww. wymagań, zaopiniowanego przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. NIK zauważa, że zoz zamiast dostosować pomieszczenia do przepisów prawa, od 1992 roku wykorzystują możliwość opracowania programu dostosowawczego, zaś termin na to dostosowanie jest prolongowany. Dotyczy to także – wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej – wymogu przeznaczenia dla maksymalnie dwóch matek i noworodków (z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka) pokojów łóżkowych w oddziale położniczym, zorganizowanych w systemie rooming-in („matka z dzieckiem").

W 16 (z 29) oddziałach położniczych sale poporodowe zorganizowane były w systemie rooming-in lub w systemie korespondencyjnym, tj. zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego. W sześciu szpitalach[60]

[56] Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie, Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, Szpital Powiatowy w Zawierciu i SP ZOZ w Myszkowie, Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, ZOZ w Nidzicy, ZOZ w Szczytnie.

[57] W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi kontrolą objęto dwie kliniki położnicze.

[58] Nie ujęto w planach dostosowawczych doprowadzenia pomieszczeń do wymaganego stanu w SP ZOZ w Hajnówce, SP ZOZ w Kościanie, SP ZOZ w Krotoszynie, Szpitalu Ogólnym w Kolnie, ZOZ w Łęczycy. Z kolei SP ZOZ w Człuchowie ujął w planie dostosowawczym doprowadzenie pomieszczeń oddziału położniczego do wymaganego stanu, jednak – mimo że z końcem 2013 roku upłynął termin wskazany w tym programie – oddział położniczy nadal nie spełnia ustalonych wymagań.

[59] Zgodnie z powołanym przepisem, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te, na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego.

[60] SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Hajnówce, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim, SP ZOZ w Kościanie, Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu.

część sal nie spełniała tego wymogu, zaś w siedmiu[61] wszystkie sale były przeznaczone dla więcej niż dwóch matek z dziećmi. W skrajnych przypadkach sale położnic były siedmiołóżkowe (SP ZOZ w Krotoszynie) i pięciołóżkowe: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie oraz Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu, w którym sale nie były także wyposażone w wymagany zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka. Doprowadzenie sal położnic do wymaganego stanu przewidziano w programach dostosowawczych dziewięciu (spośród 13) oddziałów.

Zdjęcie nr 1
Jedna z dwóch pięciołóżkowych sal położnic w systemie rooming-in w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu

Źródło: Dane własne NIK.

Organizacja sal porodowych i pokojów badań pacjentek w 16 szpitalach nie zapewniała pacjentkom prawa do intymności i godności, wymaganych art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. W 10 z nich sale porodowe lub gabinety badań były tak zorganizowane, że przy otwarciu drzwi osoby postronne mogły zobaczyć pacjentkę w intymnej sytuacji. W 12 oddziałach zorganizowano wielostanowiskowe sale porodowe (co było zgodne z rozporządzeniem w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego) ale poszczególne stanowiska oddzielono jednak od siebie głównie parawanami, które nie gwarantują zachowania prawa do intymności, m.in. ze względu na obecność w trakcie porodu osób bliskich innym pacjentkom. W dziesięciu szpitalach brakowało lub były nieczynne sygnalizacje świetlne ostrzegające przed wejściem osób postronnych do sal porodowych lub gabinetów badań w trakcie obecności pacjentki. W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi sale porodowe widoczne były zaś z korytarza obu klinik położniczych, bowiem oddzielone były od nich oknem (więcej na ten temat w pkt. 3.2. informacji).

[61] SP ZOZ w Kozienicach, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Mońkach, SP ZOZ w Siemiatyczach, SP ZOZ w Sejnach, SP ZOZ w Sokółce, Szpital Ogólny w Kolnie.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach na salach porodowych oddziałów położniczych znajdowały się urządzenia ułatwiające przyjmowanie pozycji dogodnej do porodu (piłka, worek sako), zalecane w części V ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. W 19 z nich sale porodowe wyposażono w urządzenia do stosowania imersji wodnych (prysznic, wanna). W pozostałych dziewięciu łazienki znajdowały się poza salami porodowymi, ograniczając pacjentkom dostęp do tego naturalnego środka uśmierzania bólu, do którego pacjentka ma prawo, wynikające ze standardów opieki okołoporodowej (więcej na ten temat w pkt 3.2 informacji).

W 12 skontrolowanych oddziałach sale poporodowe nie były wyposażone w toalety, zaś pacjentki korzystały z ogólnodostępnych łazienek. Taka organizacja zgodna jest z przepisami rozporządzenia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego. Ma jednak istotny wpływ na jakość opieki nad pacjentkami i ich komfort.

3.1.4. Sytuacja finansowa kontrolowanych szpitali i oddziałów położniczych

Większość skontrolowanych szpitali znajdowała się w złej sytuacji finansowej. Stratę na działalności wg stanu na koniec września 2015 roku odnotowało 20 szpitali. Wynosiła ona od 10 tys. zł (Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu) do 22.428,9 tys. zł w przypadku Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Wszystkie placówki funkcjonujące ze stratą były zadłużone, najbardziej Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, którego zobowiązania wymagalne wynosiły 165.541,5 tys. zł na koniec 2013 roku, a 91.161,5 tys. zł na koniec III kwartału 2015 roku.

Dziesięć objętych kontrolą NIK szpitali w latach 2013–2014 prowadziło działalność przynoszącą dodatni wynik finansowy, w tym cztery także w 2015 roku (wg stanu na koniec września). Dodatnie wyniki finansowe za 2014 rok wynosiły od 39,2 tys. zł w ZOZ w Nidzicy do 12.635,5 tys. zł w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Jednak we wszystkich szpitalach oddziały położnicze generowały straty, mimo że świadczenia z zakresu położnictwa są nielimitowane, co oznacza, że NFZ płaci za każdy odebrany poród. Przyczyną ujemnych wyników finansowych była stawka ustalona w 2012 roku przez NFZ w wysokości 52 zł za punkt i niezmienna w tym okresie liczba punktów za poszczególne świadczenia (np. 35 pkt. za poród fizjologiczny i w drodze c. c. wg podstawowej procedury N01), wykonywanie przez oddziały położnicze dużej liczby kosztownych c. c. oraz mała liczba porodów (głównie w szpitalach „powiatowych"). Zła sytuacja finansowa miała wpływ m.in. na niedostosowanie oddziałów położniczych do wymogów rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i 2013 r., niezapewnienie w nich warunków do intymności, dostępności do opieki anestezjologicznej i właściwego czasu pracy lekarzy.

Pomimo strat na działalności prowadzonej w oddziałach położniczych, w 24 skontrolowanych szpitalach nie monitorowano kosztów porodów. Przeprowadzone na potrzeby NIK wyliczenia kosztów porodów drogami natury i c. c. w 18 zoz[62] oraz w czterech, które monitorowały te koszty wykazały, że w okresie styczeń – wrzesień 2015 roku:

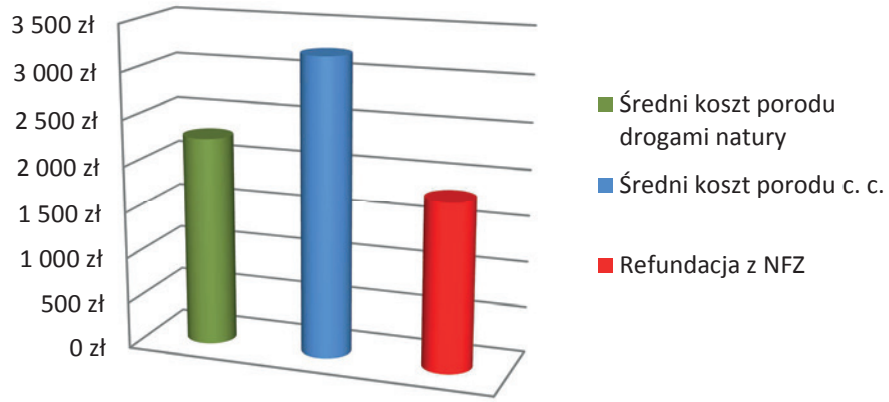
– w czterech szpitalach koszt porodu drogami natury był niższy od zapłaty otrzymywanej z NFZ (1.820 zł) i wynosił od 1.502 zł do 1.816 zł[63] (bez 416 zł za znieczulenie zewnątrzoponowe);

[62] W pozostałych sześciu z powodu braku danych nie wykonano obliczeń.

[63] 1.502 zł w SP ZOZ w Kościanie, 1.767 zł w ZOZ w Szczytnie, 1.807 zł w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i 1.816 zł w SP ZOZ w Myszkowie.

– w pozostałych oddziałach koszt porodu fizjologicznego był wyższy od refundacji z NFZ i wynosił od 1.932 zł w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach do 4.132 zł w SP ZOZ w Kozienicach;
– koszt c. c. w 21 placówkach był wyższy od zapłaty uzyskiwanej z NFZ (1.820 zł); wynosił od 2.253 zł w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu do 6.792 zł SP ZOZ w Kozienicach. Wyjątkiem był SP ZOZ w Mońkach, w którym koszt c. c. wyliczono na 1.337 zł.

Wykres nr 2
Relacja średnich kosztów porodów do refundacji z NFZ



Źródło: Dane własne NIK.

Ze względu na dużą liczbę porodów rozwiązywanych w drodze c. c. (więcej na ten temat na str. 27–30 informacji) oraz ich zdecydowanie większy koszt niż środki uzyskiwane z NFZ, działania szpitali w celu poprawy wyniku finansowego oddziałów położniczych nie przynosiły oczekiwanych skutków.

- *Dyrektor ZOZ w Szczytnie wyjaśnił, że trudna sytuacja ekonomiczna szpitala i ujemny wynik finansowy są spowodowane niską wyceną procedur medycznych przez NFZ. Rosną ceny leków i innych materiałów medycznych, rosną również ceny energii, gazu i koszty osobowe, co jest najbardziej dotkliwe dla szpitala (koszty osobowe stanowią ponad 75% udziału w przychodach szpitala). W 2014 roku pod groźbą strajku generalnego wymuszono podwyżki wynagrodzeń zasadniczych o 200 zł oraz o dodatkowe 50 zł w 2015 roku, co z pochodnymi daje 400 zł miesięcznie na jednego zatrudnionego, a w skali roku 1,2 mln zł. Ponadto rosną koszty zatrudnienia lekarzy. Na rynku brakuje lekarzy wszystkich specjalności, a w związku z tym to oni dyktują warunki zatrudnienia. W celu poprawy wyniku finansowego ZOZ podejmował próby negocjacji umów z NFZ, ogłaszano postępowania przetargowe i kierowano zapytania ofertowe w celu dokonania jak najbardziej efektywnych zakupów, ograniczano stany magazynowe do niezbędnego minimum, ograniczano i restrukturyzowano zatrudnienie.*
- *W Nowodworskim Centrum Medycznym zwrócono uwagę na malejącą liczbę porodów, która ma wpływ na wynik finansowy. Spowodowane było to warunkami pobytu w oddziale (brak remontu) oraz brakiem możliwości skorzystania przez pacjentki ze znieczulenia zewnątrzoponowego.*
- *Dyrektor SP ZOZ w Opocznie przyznał, że wpływ na ponoszone przez oddział położniczy straty ma położenie szpitala w niewielkiej odległości od Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz konkurencyjnych szpitali w Tomaszowie Mazowieckim i w Końskich, które posiadają oddziały o II stopniu referencyjności.*
- *Brak rentowności oddziału położnictwa Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach był powodem obniżenia poziomu referencyjnego tego oddziału z II na I stopień. Utrzymywanie II poziomu referencyjnego generowało bowiem ok. 60 tys. zł miesięcznie z tytułu utrzymania w gotowości drugiego pionu dyżurowego.*

Pomimo złej kondycji finansowej skontrolowanych szpitali, większość z nich nieodpłatnie pośredniczyła w świadczeniu usług marketingowych na rzecz dystrybutorów środków do pielęgnacji noworodków. W 19 skontrolowanych szpitalach przedstawicielom firm umożliwiono prowadzenie akcji marketingowej wśród pacjentek oddziałów położniczych. Pacjentkom przekazywano paczki, zawierające m.in. bezpłatne próbki środków pielęgnacyjnych i kosmetycznych przeznaczonych dla niemowląt, w zamian za wypełnienie ankiety, w której pacjentki mogły podać swoje dane osobowe. W 10 szpitalach zostały zawarte porozumienia regulujące zasady współpracy z firmami dostarczającymi bezpłatne zestawy, lecz – mimo złej sytuacji finansowej – tylko w trzech przewidziano dla szpitala rekompensaty.

- *Na mocy porozumienia o współpracy Klinika Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku była regularnie i nieodpłatnie zaopatrywana w produkty do pielęgnacji noworodka. Z kolei SP ZOZ w Kościanie i ZOZ w Łęczycy zawarły porozumienia, na mocy których otrzymywały za każde rozdane 80 sztuk zestawów prezentowych 400 g preparatu do pielęgnacji niemowląt.*

Z badań ankietowych przeprowadzonych przez NIK wynika, że 1.080 pacjentek w trakcie pobytu w szpitalu zetknęło się z reklamami albo ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem (67,3% respondentek). W związku z działaniami marketingowymi 677 z nich (44,2%) otrzymywało później propozycje zakupu towarów lub usług.

3.2 Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta

Stosownie do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Ciężarne określają w nim m.in. oczekiwania dotyczące przebiegu porodu, sposobów uśmierzania bólu, mogą wyrazić zgodę lub sprzeciw na przeprowadzenie interwencji medycznej. Plan taki powinien być omówiony z rodzącą przez osoby sprawujące opiekę podczas porodu oraz być dołączony do dokumentacji medycznej pacjentki[64]. Na ogół pacjentki nie zgłaszały się jednak do szpitala z planem porodu. W trzech placówkach[65] w dokumentacji medycznej w ogóle nie było planów porodów, bowiem – jak wyjaśniono – pacjentki ich nie dostarczyły lub nie zostawiły w szpitalu. W pozostałych, w dokumentacji tylko części pacjentek znajdowały się plany porodu.

Rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej, które weszło w życie 19 października 2012 r., określa poszczególne elementy opieki medycznej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, c. c. i podawania noworodkom mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. W żadnym z objętych kontrolą NIK oddziałów nie przestrzegano w pełni wszystkich ze standardów wymienionych w powołanym rozporządzeniu.

W objętych kontrolami oddziałach położniczych skala interwencji medycznych była bardzo wysoka, wyższa nawet niż przed wejściem w życie standardów opieki okołoporodowej. Standardy te zatem nie były skutecznym narzędziem służącym ograniczeniu interwencji medycznych nieuzasadnionych.

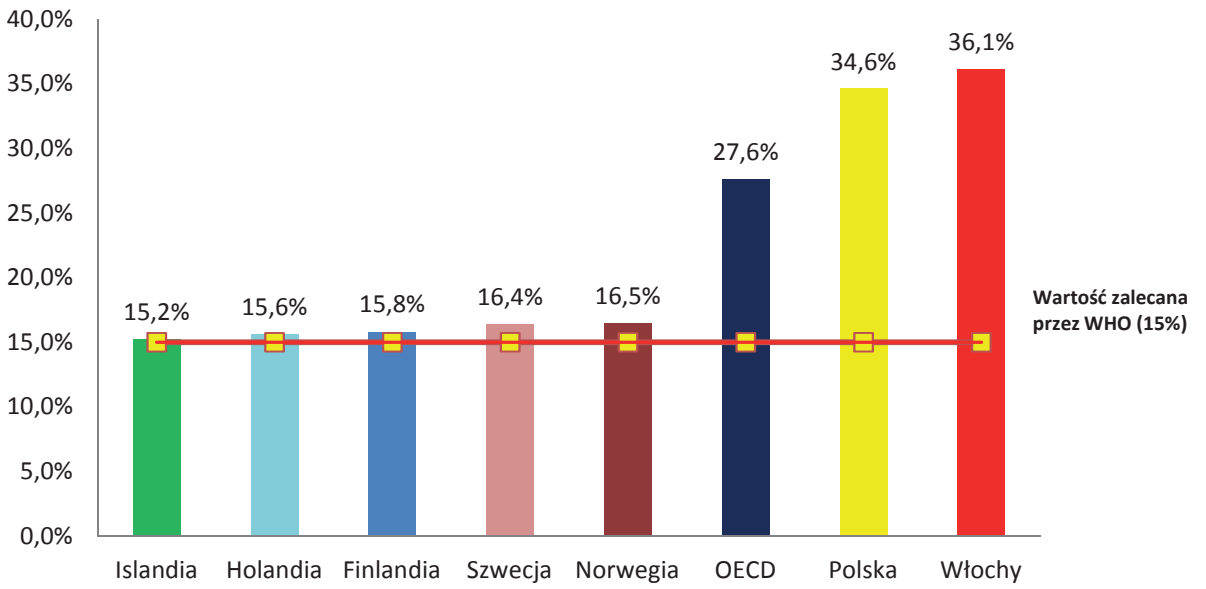
64 Część IV ust. 1 i 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

65 Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, SP ZOZ w Człuchowie, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

Według stanowiska położników, c. c., jako operacja położnicza, ma na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwania na ich naturalne zakończenie przedstawia znaczne niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka[66]. Według badań naukowych, c. c. jak każda operacja brzuszna, może skutkować powikłaniami dotyczącymi np. układu rozrodczego, moczowego i pokarmowego. Wykonanie kolejnego cięcia znacząco podnosi prawdopodobieństwo powikłań[67]. Przy porodzie fizjologicznym stres nasila się stopniowo, zaś przy c. c. występuje u noworodka olbrzymi szok. Ważny jest też kontakt z florą bakteryjną matki[68].

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 roku, odsetek c. c. powinien wynosić 10–15% wszystkich porodów[69]. W 2014 roku WHO opublikowała nowe stanowisko dotyczące c. c., w którym nie wskazuje zalecanego odsetka c. c., lecz podtrzymuje stanowisko o wyjątkowości tego zabiegu. Stwierdzono przy tym, że c. c. są skuteczne jeśli chodzi o ratowanie życia matek i dzieci, ale tylko wtedy gdy są zastosowane ze wskazań medycznych. Odsetek c. c. nie był skojarzony ze zmniejszeniem umieralności okołoporodowej matek i noworodków[70]. Z prezentowanych przez WHO badań statystycznych wynika, że wskaźnik c. c. w Polsce (42%) był jednym z najwyższych w Europie (średnio 25%)[71], zaś wg raportu OECD, pod tym względem Polska zajmowała czwarte miejsce w Europie[72]. NIK zwraca też uwagę, że liczba wykonywanych c. c. ma bezpośredni wpływ na sytuację finansową oddziału położniczego. Koszt porodu rozwiązanego w ten sposób jest dużo wyższy od kosztu porodu siłami natury, zaś wysokość refundacji z NFZ przy obu sposobach rozwiązania ciąży jest identyczna (więcej na ten temat w pkt. 3.1.4 niniejszej informacji).

Wykres nr 3
Wskaźnik c. c. w wybranych krajach wg OECD Health Statistics 2015



Źródło: Raport OECD „Health at a Glance 2015".

66 R. Poręba, M. Jędrzejko, A. Poręba i U. Sioma-Markowska „Wskazania do cięcia cesarskiego", Perinatologia, Neonatologia, tom 1, zeszyt 1, 11–18, 2008.

67 M. Jóźwik „Powikłania matczyne związane z cięciem cesarskim", Perinatologia, Neonatologia, tom 1, zeszyt 1, 57–65, 2008.

68 Fragmenty z artykułu „Rodzić po polsku", zamieszczonego w tygodniku „Polityka" nr 9 (2947), 26.02–4.03.2014.

69 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

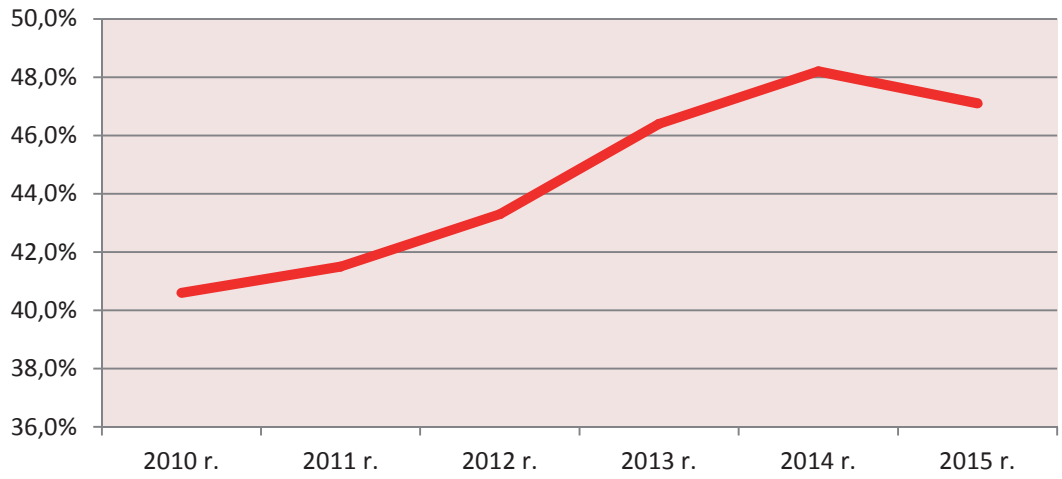
70 http://www.rodzicpoludzku.pl/Na-swiecie/Stanowisko-Owiatowej-Organizacji-Zdrowia-dotyczace-cesarskich-ciec.html

71 http://apps.who.int/gho/data/view.main.1610

72 http://siostraania.pl/raport-oecd-polska-na-czwartym-miejscu-w-europie-pod-wzgledem-liczby-cesarskich-ciec/

Pomimo niekwestionowanego przez położników wyższego bezpieczeństwa porodu siłami natury od c. c., w skontrolowanych jednostkach odsetek porodów zakończonych c. c. wzrósł. W latach 2010–2012 wynosił, kolejno, 40,6%, 41,5% i 43,3%, zaś po wejściu w życie standardów opieki okołoporodowej wzrósł do 46,4% w 2013 roku, 48,2% w 2014 roku i 47,1% w 2015 roku (do końca września). Zmniejszył się on tylko w dwóch szpitalach objętych kontrolą NIK: w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku (z 40,9% do 35,2%) i w SP ZOZ w Kozienicach (z 39% do 36,3%). W konsekwencji odsetek porodów zakończonych c. c. był wyższy od średniej krajowej, która w 2014 roku wyniosła ok. 42%[73] i znacznie wyższy od zalecanego do 2014 roku przez WHO (10%–15%). Dynamikę wzrostu c. c. od 2010 roku w szpitalach objętych kontrolą obrazuje wykres.

Wykres nr 4
Odsetek cięć cesarskich w 24 skontrolowanych szpitalach



Źródło: Dane własne NIK.

Duże zróżnicowanie udziału c. c. zwłaszcza podczas porodów wykonywanych w ramach I poziomu referencyjnego, wskazuje że jednym z powodów nieprzestrzegania standardów opieki okołoporodowej w tych zakresach może być brak odpowiedniej świadomości i przedmiotowe podejście personelu medycznego do pacjentek oraz chęć jak najszybszego zakończenia porodu.

- *W Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie odsetek c. c. wynosił 32,9%–39,9%, a w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku 39,1%–40,9% (oddziały położnicze w tych szpitalach posiadały III, najwyższy poziom referencyjności).*
- *Z kolei w oddziałach o I poziomie referencyjności, np. w Nowodworskim Centrum Medycznym w Nowym Dworze Mazowieckim w latach 2013–2015 odsetek c. c. wyniósł 50,4%, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Rejonowym w Nowogardzie 51,4%, podczas gdy w SP ZOZ w Opocznie 38,1%, zaś w SP ZOZ w Krotoszynie 39,6%. W SP ZOZ w Sejnach[74], w 2014 roku 77,9% porodów zakończyło się c. c.*

Istotnym powodem dużej liczby c. c. jest rozwiązanie poprzedniego porodu w ten sposób. Z tego powodu w skontrolowanych szpitalach wykonano 24% c. c.[75] (od 54% c. c. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie do 6% w SP ZOZ w Opocznie). Stosownie do rekomendacji PTG,

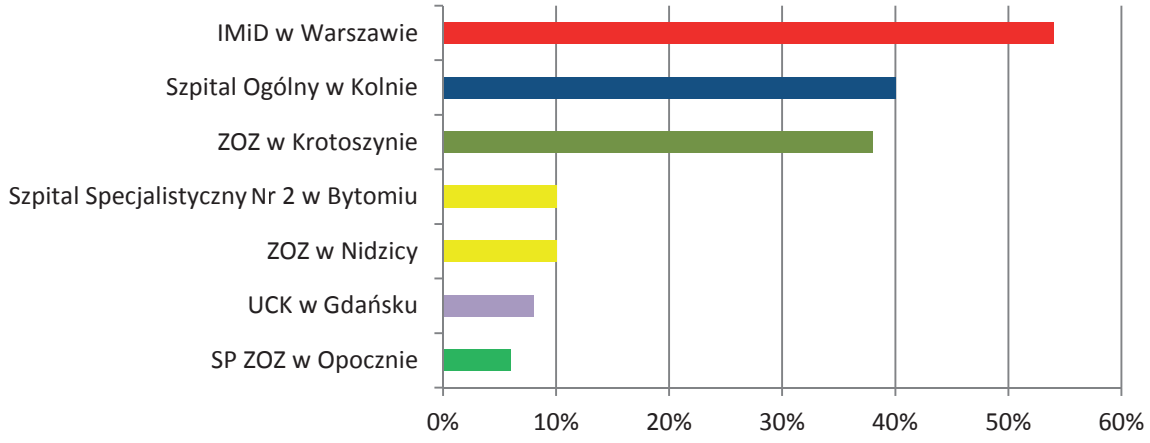
[73] http://www.hli.org.pl/pl/newsy/8-cesarskie-ciecia-w-modzie

[74] Dane z kontroli rozpoznawczej R/15/002 związanej z przygotowaniem kontroli P/15/065.

[75] Dane w oparciu o analizę w każdym ze skontrolowanych szpitali losowo wybranej dokumentacji medycznej 50 pacjentek, które w latach 2013–2015 urodziły dziecko w drodze c. c.

pacjentka po wcześniejszym zabiegu c. c. może urodzić dziecko drogami natury, jeśli istnieją dogodne warunki ze strony rodzącej i płodu, a rodząca wyrazi *„świadomą zgodę na próbę porodu drogami rodnymi, podpisaną w załączonej dokumentacji"*[76]. W ocenie NIK, podpisanie w takiej sytuacji odrębnej zgody na poród drogami natury może być barierą w wybieraniu przez pacjentki tej drogi rozwiązania porodu. Nie posiadają one bowiem pełnej, rzetelnej informacji o możliwości w szeregu przypadkach bezpiecznego rozwiązania porodu drogami natury. W piśmiennictwie światowym coraz częściej stawia się poród siłami natury po cięciu cesarskim wielokrotnym jako bezpieczniejszą alternatywę dla kolejnego cięcia[77]. Także z wytycznych Królewskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w Londynie z października 2015 roku wynika, że najbardziej liczące się w świecie towarzystwa naukowe (National Institute for Health and Care Excellence, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, American College of Obstetricians and Gynecologists, National Institutes of Health) stwierdziły, iż planowany poród drogami natury po wcześniejszym c. c. z klinicznego punktu widzenia jest bezpiecznym wyborem dla większości kobiet, które były poprzednio poddane przezotrzewnemu c. c. (cięcie poprzeczne nad pęcherzem moczowym)[78]. Według badań naukowych, c. c., jak każda operacja brzuszna, może skutkować powikłaniami dotyczącymi np. układu rozrodczego, moczowego i pokarmowego. Wykonanie kolejnego cięcia znacząco podnosi prawdopodobieństwo powikłań[79]. Jeden zaś z uczestników panelu ekspertów zorganizowanego przez NIK stwierdził: *„Proszę Państwa, moja organizacja naukowa, czyli Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, do którego należę, którego jestem honorowym członkiem, wystosowało taką rekomendację, że kobieta musi wyrazić zgodę na poród drogami natury po przebytym cięciu, jeżeli nie powtarzają się schorzenia. To jest bzdura. Cięcie cesarskie jest operacją, dość dużą operacją obarczoną 10-krotnie większą umieralnością niż poród drogami natury. A co jest największym przeciwwskazaniem operacji? Każdy chirurg to powie. Brak wskazań…"*. Dane dotyczące najniższego i najwyższego udziału tych zabiegów w próbie objętej kontrolą przedstawiono na wykresie.

Wykres nr 5
Odsetek c. c. z powodu wcześniejszego operacyjnego rozwiązania ciąży



Źródło: Dane własne NIK.

[76] http://pulsmedycyny.pl/2582141,72628,ciecie-cesarskie-rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologicznego

[77] R. Poręba, M. Jędrzejko, A. Poręba i U. Sioma-Markowska „Wskazania do cięcia cesarskiego", Perinatologia, Neonatologia, tom 1, zeszyt 1, 11–18, 2008.

[78] https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf

[79] M. Jóźwik „Powikłania matczyne związane z cięciem cesarskim", Perinatologia, Neonatologia, tom 1, zeszyt 1, 57–65, 2008.

Wpływ na dużą liczbę porodów rozwiązywanych operacyjnie może mieć też brak odpowiedniej świadomości pacjentek i wynikające stąd negatywne nastawienia do porodu naturalnego. Nie posiadają one wiedzy m.in. o sposobach rodzenia i radzenia sobie z bólem, o szkodliwych skutkach stosowania c. c., o przysługujących im prawach wynikających z rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej i z ustawy o prawach pacjenta[80]. Edukacja pacjentek oraz ich bliskich przygotowujących się do porodu jest zaś kluczowym instrumentem mogącym doprowadzić do zmniejszenia liczby c. c. Co prawda tylko w trzech powiatach na terenie których kontrolowane były oddziały położnicze nie było szkół rodzenia[81], jednak uczęszczała do nich jedynie znikoma część pacjentek.

Spośród 1.621 ankietowanych pacjentek, tylko 293 uczęszczały do szkół rodzenia (18,1%), z tego jedynie 30,6% kobiet, które urodziły pierwsze dziecko. Wiedzę na temat ciąży i porodu ankietowane pacjentki uzyskiwały z rozmów prowadzonych z innymi kobietami (84,2%), ginekologiem (66,2%), własną matką (64,3%), położną (20,7%). Informacje na temat ciąży i porodu respondentki czerpały z Internetu (76,1%), lektury czasopism (55,6%), książek (41,7%) oraz ulotek i poradników otrzymanych w publicznej placówce służby zdrowia (38,9%).

Negatywny wpływ na wzrost liczby porodów rozwiązywanych operacyjnie miało też zapewne nieinformowanie pacjentek o zagrożeniach dla zdrowia dziecka, także w przyszłości. Pacjentki przed zabiegiem c. c. podpisywały bowiem opracowany przez PTG[82] formularz „świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cesarskiego cięcia", w którym informowano je o możliwości wystąpienia 11 powikłań, w tym urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu. Nie było natomiast informacji o zagrożeniach dla zdrowia dziecka. Tymczasem według naukowców poród drogą c. c. ma dalekosiężne skutki dla zdrowia dzieci.

- *Jianmeng Liu z Centrum Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie w Pekinie dowodzi, że dzieci urodzone przez c. c. są bardziej narażone w przyszłości na nadwagę i otyłość. Dziecko, które przychodzi na świat siłami natury, przeżywa w trakcie porodu także silny, ale stopniowy stres, co uodparnia psychikę. Ważny jest też kontakt z florą bakteryjną matki (pierwsza naturalna szczepionka w życiu dziecka)*[83]*. Z kolei zdaniem Mikaela Normana z Karolinska Instituet zabieg c. c. może zmienić strukturę DNA dziecka, skutkiem czego dzieci częściej zapadają na choroby immunologiczne, takie jak cukrzyca, rak, astma, alergie. Czynnik, który powoduje zmiany w kodzie genetycznym, to poziom stresu przy narodzinach. Przy porodzie fizjologicznym stres nasila się stopniowo, zaś przy c. c. występuje u noworodka olbrzymi szok, który prawdopodobnie „przeprogramowuje" DNA*[84]*. Zdaniem Światowej Federacji Ginekologów i Położników poród drogami natury jest bezpieczniejszy w krótkim i dłuższym czasie zarówno dla matki, jak i dziecka. Operacja na macicy stwarza zagrożenia w późniejszych ciążach*[85]*.*

80 Wypowiedzi uczestników panelu ekspertów zorganizowanego przez NIK.

81 Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie, SP ZOZ w Myszkowie i ZOZ w Łęczycy.

82 http://pulsmedycyny.pl/2582141,72628,ciecie-cesarskie-rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologicznego

83 Fragmenty z artykułu „Rodzić po polsku", zamieszczonego w tygodniku „Polityka" nr 9 (2947), 26.02 – 4.03.2014.

84 „Cięcie cesarskie i krwiotwórczych komórek macierzystych epigenetyka noworodka – konsekwencje dla przyszłego zdrowia", opublikowane w American Journal of Obstetrics and Technology z 1 lipca 2014 r. http://ki.se/en/news/cesarean-section-may-cause-epigenetic-changes.

85 http://ciaza.mp.pl/porod/72059,ciecie-cesarskie-na-zyczenie

Wyniki ankiet wskazują, że 93% pacjentek była przed zabiegiem pytana o zgodę na przeprowadzenie zabiegu (w toku kontroli stwierdzono brak zgody tylko w jednym z 1.200 analizowanych przypadków[86]), zaś 57% (261 osób) poinformowano przed zabiegiem o negatywnych skutkach operacji. Według 29% pacjentek (123 osoby) poród tą drogą odbył się na ich życzenie. Zaznajomieni z tym wynikiem ankiet ordynatorzy zaprzeczyli tej ostatniej odpowiedzi.

Według PTG: *„(…) dopuszczenie do poważnego zabiegu operacyjnego zbędnego w świetle wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego wypełnia znamiona przestępstwa. Ponadto wyrażenie przez lekarza zgody na przeprowadzenie zabiegu cesarskiego na życzenie może skutkować odpowiedzialnością lekarza za naruszenie zasad wykonywania zawodu, a nawet odpowiedzialnością karną i cywilną"*[87].

Podnoszonym przez ordynatorów oddziałów położniczych i uczestników panelu ekspertów zorganizowanego przez NIK powodem dużej liczby c. c., była presja pacjentek i osób im bliskich oraz obawa lekarzy przed roszczeniami sądowymi, a także odwlekanie przez kobiety decyzji o macierzyństwie i związany z tym wzrost chorób towarzyszących oraz częstości powikłań.

- *Koordynator jednego z oddziałów położniczych wyjaśnił m.in., że: „przekraczanie zalecanych przez WHO wartości procentowych dla porodów kończonych operacyjnie drogą cięcia cesarskiego (…) zwiększa odsetek noworodków rodzonych w stanie dobrym, zmniejszając jednocześnie i tak dużą liczbę pozwów sądowych dotyczących niepowodzeń okołoporodowych z roszczeniami opiewającymi na setki tysięcy, a nawet miliony polskich złotych, które to zdarzenia medyczne wpisane są w praktykę zawodową wielu, nawet bardzo doświadczonych specjalistów tej dziedziny medycyny. Każde działanie medyczne obarczone jest ryzykiem niepowodzenia, jednakże niepowodzenia położnicze, w tym okołoporodowe, niemal zawsze poddawane są pod niczym nieskrępowany, medialny, a co za tym idzie, społeczny osąd wygłaszany zazwyczaj przez chałupniczych znawców zagadnienia, których główna teza stanowiąca klucz-wytrych łączy z instytucjami prowadzącymi następowe dochodzenia w przedmiotowych sprawach, a uzbrojonymi w nieprzebrane zastępy biegłych i opasłe tomiska najnowszych wytycznych, a także nieograniczony czas na analizę przypadku post factum. Teza ta brzmi: „Gdyby w porę wykonano cięcie cesarskie, nie doszłoby do tego do czego doszło". Położnictwo praktycznie w zakresie opieki okołoporodowej też ma swoje złote myśli, a kluczową dotyczącą porodów jest: „Lepiej wykonać 100 cięć cesarskich za dużo, niż jedno za mało…".*
- *Jeden z uczestników panelu ekspertów stwierdził, że: „lekarz na dyżurze jest w pracy i jest tylko człowiekiem, który się po prostu boi. Ubezpieczenia, na które nas stać, a ubezpieczamy się po to, żeby nie stracić wszystkiego co mamy, są drogie i dlatego najtańszą drogą jest spełnianie oczekiwań pacjentów…".*

Zabezpieczeniu przed roszczeniami zapobiec ma m.in. konieczność wyrażenia pisemnej, wielostronicowej świadomej zgody na wykonanie zabiegu c. c., w której pacjentka oświadcza, że *„w pełni zrozumiała informacje"*, że zapewniono jej *„nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący"*, jak również, że *„spełnione zostały wszelkie"* jej wymagania co do informacji.

Średnio 79%[88] pacjentek, których dokumentację medyczną wylosowano do kontroli, podczas porodu drogami natury było poddane co najmniej jednej z interwencji medycznych, których stosowanie w myśl rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej powinno być ograniczone do niezbędnego minimum (nacięcie krocza, stymulacja czynności skurczowej – podawanie oksytocyny, przebicie pęcherza płodowego). Najniższy wskaźnik wymienionych interwencji stwierdzono w ZOZ w Nidzicy (34%) i w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. (44%). Najwyższy zaś w trzech[89] oddziałach o I poziomie referencyjności,

86 W wylosowanej do kontroli dokumentacji medycznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku nie było zgody jednej z pacjentek na wykonanie zabiegu c. c. Przeprowadzono wewnętrzne postępowanie wyjaśniające, które nie wykazało przyczyn tego stanu. Osoby odpowiedzialne zostały upomniane, a personelowi przypomniano o konieczności skrupulatnej kontroli zgód, zwłaszcza przed zabiegami inwazyjnymi.

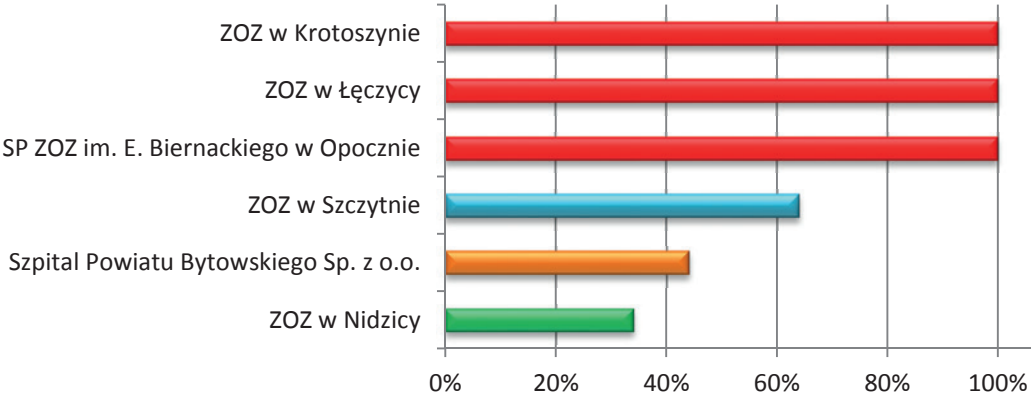
87 http://ciaza.mp.pl/porod/show.html?id=72059

88 W każdym skontrolowanym szpitalu analizę przeprowadzono na próbie 50 pacjentek rodzących siłami natury.

89 SP ZOZ w Krotoszynie, ZOZ w Łęczycy i SP ZOZ w Opocznie.

w których co najmniej jedną z interwencji zastosowano wobec wszystkich wylosowanych pacjentek. Taka sytuacja nie wystąpiła nawet w skontrolowanych oddziałach o III poziomie referencyjności, zajmujących się patologicznymi ciążami i porodami. Podobnie jak przy zabiegach c. c. duże zróżnicowanie skali interwencji medycznych w poszczególnych oddziałach wskazuje, że częstotliwość ich występowania wynika ze stosunku personelu medycznego do zaleceń wynikających ze standardów opieki okołoporodowej. Dane ze szpitali, w których wystąpiło największe zróżnicowanie przedstawiono na wykresie.

Wykres nr 6
Odsetek interwencji medycznych zastosowanych podczas porodu

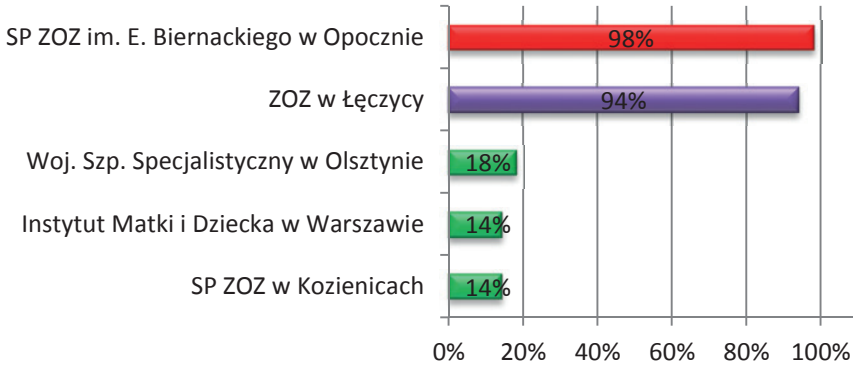


Źródło: Dane własne NIK.

Zróżnicowany był również udział poszczególnych interwencji medycznych w wykonanych ogółem.

- *Oksytocynę w celu stymulacji porodu podawano średnio 44% pacjentek, których dokumentację poddano kontroli. Najrzadziej stosowano ją w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku i Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie (oddziały z III poziomu referencyjnego) oraz w SP ZOZ w Kozienicach (po 14% analizowanych pacjentek). Najczęściej oksytocynę stosowano w SP ZOZ im. E. Biernackiego w Opocznie i ZOZ w Łęczycy, gdzie podawano ją – odpowiednio – 98% i 94% pacjentek, których dokumentacja medyczna była analizowana. Dane ze szpitali, w których wystąpiło największe zróżnicowanie przedstawiono na wykresie.*

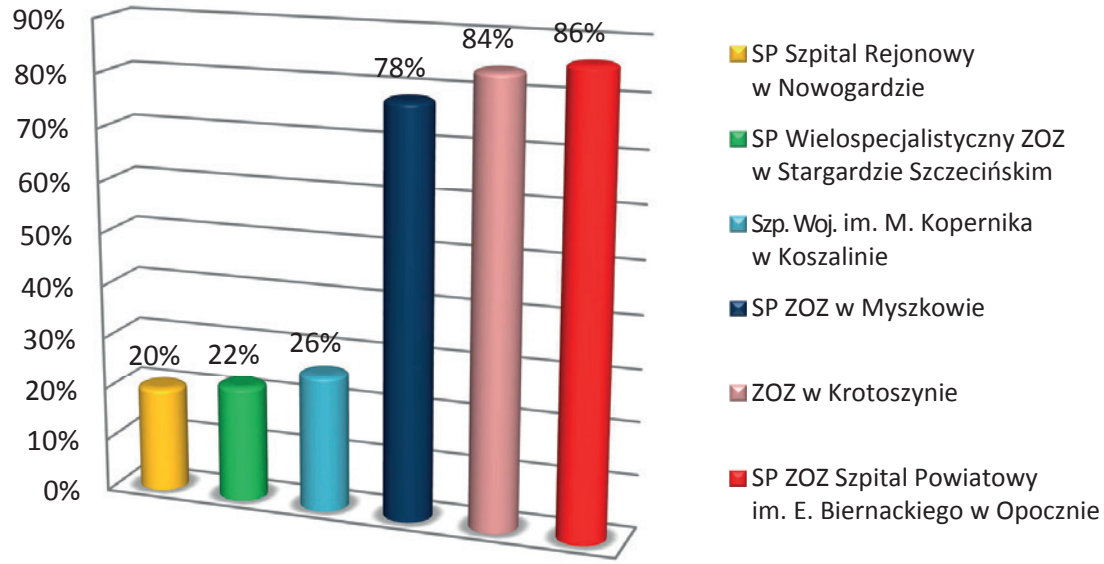
Wykres nr 7
Odsetek pacjentek, którym podawano oksytocynę w celu stymulacji porodu



Źródło: Dane własne NIK.

- *Według dokumentacji medycznej, w skontrolowanych szpitalach, nacięcie krocza wykonano średnio u 57% pacjentek. Najrzadziej wykonywano je w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Rejonowym w Nowogardzie (20% pacjentek), a najczęściej w SP ZOZ w Opocznie (86%). Także w oddziałach o najwyższym poziomie referencyjności ukształtowało się to różnie, od 26% w Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie do 78% w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Stosownie do standardów opieki okołoporodowej[90], zadaniem osób sprawujących opiekę nad rodzącą jest ochrona krocza, zaś jego nacinanie powinno nastąpić tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Według danych Fundacji „Rodzić po Ludzku", w Polsce odsetek nacięć krocza był znacznie wyższy niż w innych rozwiniętych krajach. Na przykład w Szwecji wynosił 9,7%, w Nowej Zelandii 11%, w Wielkiej Brytanii i Danii 12%, a w USA ok. 33%[91]. Dane ze szpitali, w których wystąpiło największe zróżnicowanie przedstawia wykres.*

Wykres nr 8
Odsetek pacjentek, którym podczas porodu nacięto krocze



Źródło: Dane własne NIK.

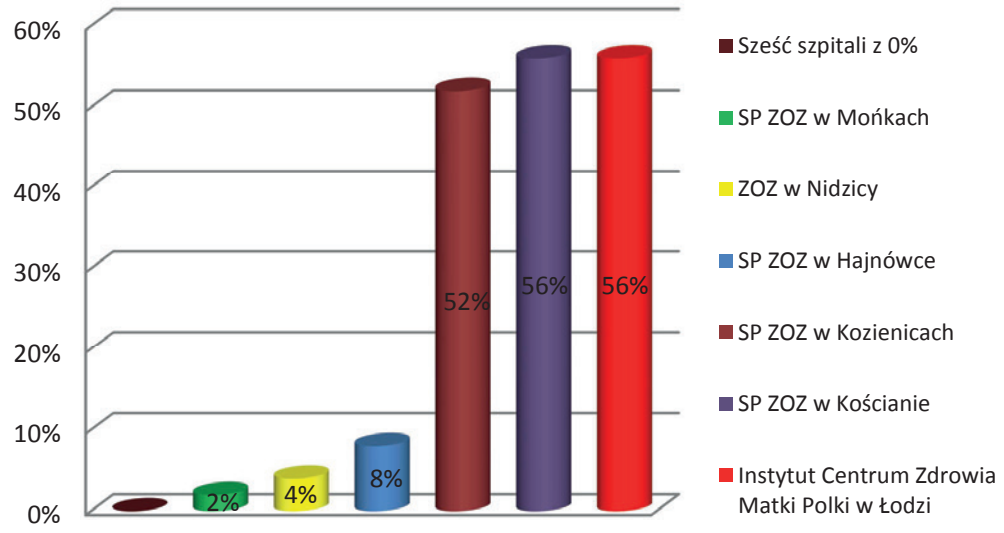
- *Przebicie pęcherza płodowego zastosowano u 17% pacjentek rodzących drogami natury. Nie stosowano tego zabiegu w sześciu oddziałach, z tego w pięciu szpitalach „powiatowych"[92] oraz w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. W pozostałych oddziałach wskaźnik amniotomii wynosił od 2% w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach do 56% w SP ZOZ w Kościanie i Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, w którym wskaźnik c. c. był jednym z najwyższych (od 49,4% w 2010 roku do 57,9% w 2015 roku). Dane z podmiotów, w których wystąpiło największe zróżnicowanie przedstawia wykres.*

90 Część IX ust. 4 pkt 7 standardów.

91 http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Naciecie-krocza-czy-mozesz-tego-uniknac.html

92 SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Myszkowie, Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., ZOZ w Szczytnie.

Wykres nr 9
Odsetek porodów, podczas których wykonano amniotomię



Źródło: Dane własne NIK.

Jednym ze standardów opieki okołoporodowej jest poprzedzenie powyższych zabiegów uzyskaniem zgody pacjentki. Nie określono jednak formy tej zgody (ustnie, na piśmie). We wszystkich placówkach pacjentki wyrażały ogólną zgodę na leczenie i badania diagnostyczne podczas przyjmowania do szpitala. W dziewięciu szpitalach pacjentki wyrażały odrębną, pisemną zgodę na wykonanie wyżej opisanych interwencji medycznych[93]. W pozostałych zgodę wyrażano w planie porodu lub ustnie. Większość ankietowanych pacjentek, które urodziły dziecko drogami natury stwierdziła jednak, że przed nacięciem krocza nie pytano ich o zgodę na jego wykonanie (57% kobiet, które odpowiedziały na ankietę NIK).

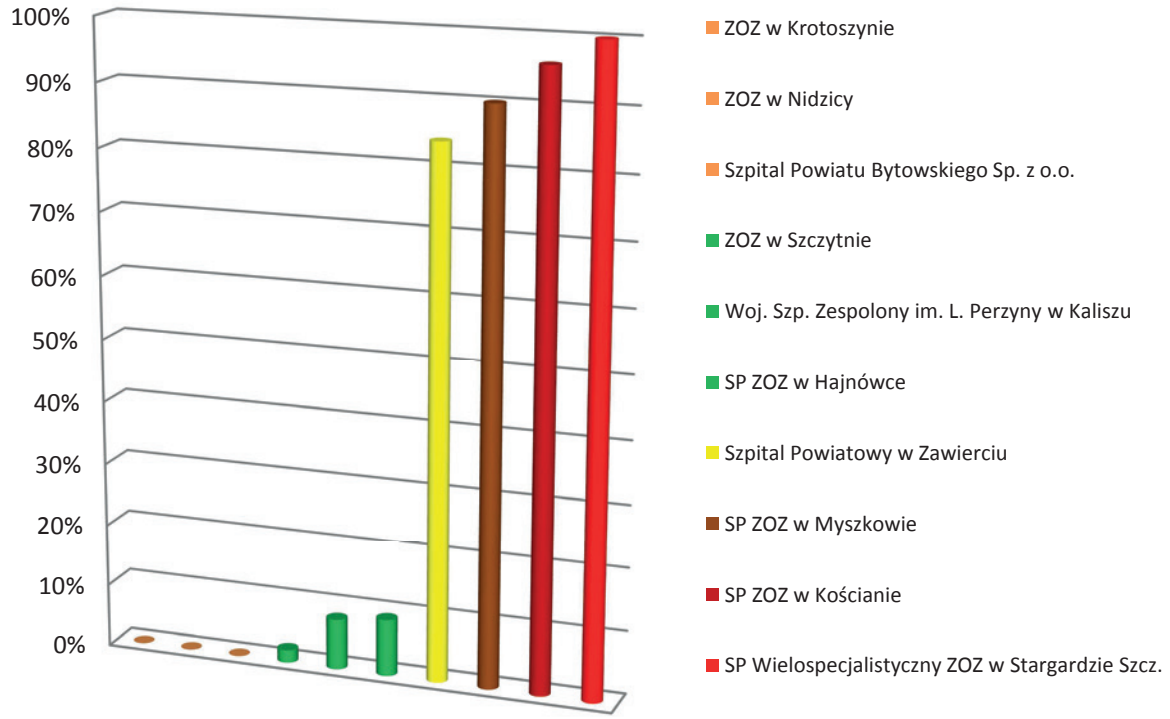
Nadrzędność mleka matki nad sztucznymi mieszankami opartymi na mleku krowim wynika z licznych badań naukowych i publikacji (WHO, UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii, towarzystwa naukowe). Mleko kobiece ma znaczenie odżywcze, immunologiczne i troficzne dla wzrastającego i dojrzewającego organizmu. U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano poprawę przeżywalności, zmniejszenie ryzyka występowania martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, zakażeń, zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia, poprawę parametrów neurorozwojowych[94]. Z tego powodu w standardach opieki okołoporodowej nakazano ograniczenie do niezbędnego minimum podawania noworodkom mleka modyfikowanego, zaś konsultant krajowy ds. neonatologii w 2014 roku opracował „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i oddziałów położniczych III poziomu referencyjnego", zawierający rekomendacje skierowane głównie do oddziałów położniczych i neonatologicznych o III poziomie referencyjności.

93 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ZOZ w Nidzicy, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, SP ZOZ w Opocznie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, ZOZ w Szczytnie.

94 Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, pod redakcją prof. dr hab. E. Helwich, opublikowany w: Standardy Medyczne/Pediatria, 2014, t. 11.

W skontrolowanych oddziałach położniczych na ogół nieprzestrzegany był jednak standard nakazujący ograniczenie do niezbędnego minimum podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego. Średnio co trzeci noworodek, którego dokumentację medyczną analizowano, dokarmiany był sztucznym mlekiem (38%)[95]. Tylko w trzech szpitalach noworodkom nie podawano mleka modyfikowanego[96], a w kolejnych czterech dokarmiano od 2% do 9% noworodków[97]. W pozostałych szpitalach dokarmiano sztucznym mlekiem od 12% aż do 100% noworodków, których dokumentację analizowano (w przedziale od 50% do 100% znajdowało się dziewięć skontrolowanych jednostek). 100% noworodków dokarmiano w Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, 96% w SP ZOZ w Kościanie, 90% w SP ZOZ w Myszkowie, 84% w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu, 80% w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach. Dane ze szpitali, w których wystąpiło największe zróżnicowanie przedstawia wykres.

Wykres nr 10
Odsetek noworodków dokarmianych mlekiem modyfikowanym



Źródło: Dane własne NIK.

W czterech szpitalach, w których wskaźnik dokarmiania noworodków (z próby wytypowanej do zbadania) był szczególnie duży (od 98% do 100%)[98], częste podawanie mleka modyfikowanego uzasadniano m.in. kłopotami z laktacją u matek, które urodziły dziecko w drodze c. c.

95 W każdej ze skontrolowanych jednostek analizie poddano dokumentację medyczną 100 pacjentek, w tym 50, które rodziły drogami natury i 50, których ciążę rozwiązano w drodze c. c.

96 SP ZOZ w Krotoszynie, Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., ZOZ w Nidzicy.

97 ZOZ w Szczytnie (2%), Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu (8%), SP ZOZ w Człuchowie i SP ZOZ w Hajnówce (po 9%).

98 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie, SP ZOZ w Kościanie (po 98% noworodków urodzonych w drodze c. c.), Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim (100%).

Uzasadnienia takiego nie potwierdzają jednak kontrole przeprowadzone w innych szpitalach. W czterech jednostkach w ogóle bowiem nie podawano mleka modyfikowanego dzieciom urodzonym w drodze c. c.[99], zaś na przykład w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, w Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie i w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie wskaźnik ten wynosił – odpowiednio – 8%, 24% i 28% (w szpitalach tych wskaźnik dokarmiania dzieci urodzonych drogami natury także był jednym z najniższych i wynosił – odpowiednio – 8%, 8% i 28%).

Znaczne różnice w dokarmianiu noworodków mlekiem modyfikowanym, zwłaszcza w oddziałach o I poziomie referencyjnym, wynikają z podejścia personelu medycznego, uwarunkowanego od szkoleń w tym zakresie (problematykę tę przedstawiono w punkcie 3.1.1 niniejszej informacji), a często z braku odpowiedniej liczby pielęgniarek i pośpiechu.

W ocenie NIK wpływ na częste podawanie mleka modyfikowanego noworodkom może mieć atrakcyjna cena preparatów dostarczanych do większości skontrolowanych szpitali w stosunku do ceny rynkowej (ok. 3 zł). W latach 2013–2015 producenci i dystrybutorzy dostarczali je bowiem za symboliczną opłatą od 0,01 zł za jednorazową buteleczkę o pojemności 90 ml (ze smoczkiem) lub nawet bezpłatnie. Może to prowadzić do przyzwyczajenia do tego pokarmu noworodków, a także rodziców, gdyż karmienie przez smoczek jest wygodniejsze szczególnie dla matki.

- *W Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym ZOZ w Stargardzie Szczecińskim wszystkie noworodki dokarmiane były mlekiem modyfikowanym. Szpital ten otrzymał nieodpłatnie 19.584 pojemników mleka modyfikowanego. Kierownik Oddziału Neonatologicznego szpitala wyjaśniłam. in., że wzrost zużycia mleka nastąpił po reorganizacji oddziału, polegającej na swobodnym udostępnieniu matkom mleka pochodzącego z darowizn. We wcześniejszych latach, gdy dostęp do mleka był ograniczony, noworodki były dokarmiane przez matki mlekiem przynoszonym z domu i to w różnej postaci – płynnej, proszkowej rozrabianej na oddziale. Aby wyeliminować ten proceder, który mógłby być źródłem zakażeń wewnątrzoddziałowych zdecydowano się na udostępnianie mleka ze źródła wiadomego pochodzenia.*

Skontrolowane szpitale na ogół przestrzegały zakazu reklamowania preparatów do żywienia noworodków i niemowląt, ustalonego w art. 25 ustawy z dnia 25 stycznia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia[100]. Odstępstwa od tego zakazu stwierdzono w dwóch oddziałach położniczych (materiały reklamowe usunięto podczas kontroli NIK).

- *W Szpitalu Ogólnym w Kolnie na terenie oddziału położniczo-ginekologicznego dostępne były ulotki reklamujące preparaty do żywienia niemowląt (tzw. mleko następne powyżej 6. miesiąca życia). Ponadto w pomieszczeniu zabiegowym umieszczono przenośny parawan z nazwą handlową preparatu do żywienia niemowląt. Stosownie do § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego[101], materiały informacyjne i edukacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci mogą być dostarczane nieodpłatnie przez podmioty działające na rynku spożywczym, produkujące lub wprowadzające do obrotu preparaty do początkowego żywienia niemowląt lub przedmioty służące do karmienia niemowląt, pod warunkiem, że nie zawierają nazwy handlowej preparatu do początkowego żywienia niemowląt.*
- *W SP ZOZ w Człuchowie na ścianie korytarza oddziału neonatologicznego znajdował się plakat reklamujący mleko dla noworodków.*

W celu zapewnienia wczesnej i prawidłowej laktacji, szczególnie ważne jest przestrzeganie – ustalonego rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej – obowiązku położenia noworodka na brzuchu matki od razu po urodzeniu (tzw. kontakt „skóra do skóry") i przystawieniu go do jej piersi (pierwsza próba karmienia noworodka piersią, podczas której ma też odbyć się instruktaż w zakresie prawidłowego przystawienia dziecka do piersi).

99 SP ZOZ w Krotoszynie, Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., ZOZ w Nidzicy, ZOZ w Szczytnie.

100 Dz. U. z 2015 r. poz. 594, ze zm.

101 Dz. U. z 2015 r. poz. 1026.

Kontakt „skóra do skóry" powinien trwać co najmniej dwie godziny, bez przerwy – może być przerwany jedynie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka. Standard ten nie był jednak przestrzegany w siedmiu skontrolowanych jednostkach[102], w 12 innych w części analizowanej dokumentacji medycznej brakowało informacji o jego spełnieniu[103], zaś w dwóch kolejnych w dokumentacji odnotowano położenie noworodka na brzuchu matki, lecz nie było informacji o czasie trwania tego kontaktu[104].

- *W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki nie było warunków do stosowania odpowiednich technik opieki, wczesnego i częstego kontaktu „skóra do skóry" (stworzenie takich warunków planowane jest po remoncie pomieszczeń). Uczestniczący w porodach personel wyjaśnił, że bezpośrednio po porodzie niemowlęta są kładzione na piersiach matki, a czas przebywania w takiej pozycji trwa do jednej godziny, ponieważ zachodzi obawa wyziębienia dziecka.*
- *W Szpitalu Ogólnym w Kolnie w 17 przypadkach (z 50 analizowanych) kontakt „skóra do skóry" wynosił najwyżej 5 minut, w 26 nie przekraczał 10 minut, zaś w pięciu trwał od 15 do 20 minut. Po tym czasie noworodki przenoszono do pokoju opieki pośredniej i ciągłej, w którym oczekiwały na matkę (od 35 minut do 2 godzin). Położna oddziałowa wyjaśniła: „Nie jest możliwe, aby noworodki były zabierane matkom po 5 minutach lub wcześniej. Zapisy w dokumentacji zapewne wynikają z błędu. Dzieci spędzają na brzuchu matki minimum 10 – 15 minut (…). Głównym powodem niezapewnienia matkom co najmniej 2-godzinnego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry" są niedostatki kadrowe dotyczące średniego personelu medycznego. Przy obecnej obsadzie etatowej oddziału trudno jest zapewnić nieprzerwany dwugodzinny nadzór nad kangurowaniem".*
- *W ZOZ w Łęczycy zasadą było, że zdrowego noworodka kładziono matce na piersi zaraz po porodzie i pozostawał z nią w nieprzerwanym kontakcie do 5 minut. Uzasadniano to koniecznością wydalenia przez matkę łożyska, potrzebą oceny kompletności popłodu, kontrolą stanu kanału rodnego oraz koniecznością zaopatrzenia chirurgicznego rany w obrębie kanału rodnego. W tym czasie noworodek zabierany był do otwartego inkubatora, obok matki, w celu osuszenia, zważenia, zmierzenia przez położną lub pielęgniarkę noworodkową, zbadania przez lekarza, dokonania oceny Apgar oraz wykonania zabiegów profilaktycznych.*

Ustalenia kontroli NIK potwierdzają wyniki ankiet. Spośród 1.126 respondentek rodzących drogami natury, 1.020 (90,6%) miało bezpośrednio po urodzeniu kontakt z dzieckiem „skóra do skóry". Jednak tylko 117 kobiet (11,5%) przyznało że trwał on dwie godziny lub dłużej, zaś 645 (63,2%) podało, że trwał krócej niż 30 minut. Spośród 459 ankietowanych kobiet rodzących w drodze c. c., tylko 182 (39,7%) miało bezpośrednio po porodzie kontakt z dzieckiem „skóra do skóry", z tego 13 (7%) podało, że trwał on dwie godziny lub dłużej, a 161 (85%) – że trwał krócej niż 30 minut. Wyniki ankiet wskazują też, że 61% kobiet rodzących drogami natury oraz 50% w drodze c. c. nie miało kłopotu z pierwszym karmieniem dziecka, zaś odpowiednio 71% i 76% otrzymało od personelu pomoc w przystawieniu noworodka do piersi. Tylko 5% rodzących drogami natury i 8% w drodze c. c. przed wyjściem ze szpitala przestało karmić dziecko. Mlekiem w proszku dokarmiano 44% dzieci urodzonych drogami natury i 61% w drodze c. c.

Ze względu na nadrzędność mleka matki nad sztucznymi mieszankami, zgodnie z „Programem wczesnej stymulacji laktacji …", w sytuacji gdy noworodek nie jest w stanie prawidłowo ssać z piersi bezpośrednio po urodzeniu, matka powinna rozpocząć odciąganie pokarmu tak szybko, jak to możliwe, najlepiej jeszcze w sali porodowej, jednak nie później niż do szóstej godziny po urodzeniu dziecka. Temu służą laktatory, które powinny się znajdować na terenie oddziału położniczego oraz lodówki do przechowywania pokarmu. Laktatory posiadały oddziały położnicze

[102] Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, SP ZOZ w Kolnie, SP ZOZ w Kościanie, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Sejnach, SP ZOZ w Siemiatyczach, ZOZ w Łęczycy.

[103] SP Szpital Rejonowy w Nowogardzie, SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Mońkach, SP ZOZ w Myszkowie, Szpital Powiatowy w Zawierciu, Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ZOZ w Szczytnie.

[104] Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim, SP ZOZ w Hajnówce.

w 17 objętych kontrolą szpitalach, zaś w 15 znajdowały się lodówki do przechowywania odciągniętego mleka. Brak laktatorów uzasadniany był krótkim pobytem pacjentki na oddziale i wolą korzystania z własnych urządzeń. Spośród oddziałów o III poziomie referencyjności, w pięciu (z siedmiu skontrolowanych) znajdowały się laktatory i lodówki do przechowywania odciągniętego mleka. Nie było tych urządzeń w Klinice Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku i w oddziale położniczym Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, gdyż – jak wyjaśniono – sprzęt ten zapewniały oddziały neonatologii.

Żadnemu z noworodków, których dokumentację medyczną poddano analizie nie podawano mleka gromadzonego w banku mleka kobiecego. Zgodnie z „Programem wczesnej stymulacji laktacji …"[105], standardem w przypadku braku lub niedoboru mleka matki powinno być dokarmianie w pierwszej kolejności mlekiem od kwalifikowanych dawczyń (z banku mleka kobiecego), zaś dopiero pokarmem drugiego wyboru jest sztuczna mieszanka dla niemowląt. Jednym z powodów była znikoma liczba banków mleka w Polsce. W latach 2013–2014 funkcjonowały jedynie cztery takie placówki[106], w tym dwie w Warszawie. O ile jednak można usprawiedliwić tym faktem szpitale daleko położone od tych banków, to trudniej takie tłumaczenie przyjąć w stosunku do podmiotów zlokalizowanych w pobliżu banku mleka lub nawet w tej samej miejscowości.

- *W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie żadnemu z noworodków, którego dokumentację analizowano nie podawano mleka z banku mleka, a odsetek noworodków dokarmianych mlekiem modyfikowanym wynosił 28%, mimo że szpital ten miał umowę z bankiem mleka przy Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rodziny w Warszawie.*
- *W Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu nie korzystano z mleka w Śląskim Banku Mleka Kobiecego w Rudzie Śląskiej (13 km od Bytomia). Zastępca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśniła, że jest to spowodowane skomplikowaną procedurą pozyskania pokarmu, koniecznością stworzenia odpowiednich warunków do jego transportu, a następnie przechowywania, co wiązałoby się z dużymi, niewspółmiernymi do potrzeb kosztami (odsetek noworodków dokarmianych w tym szpitalu wyniósł 46%). Z banku mleka w Rudzie Śląskiej nie korzystały też położone w tym województwie inne objęte kontrolą NIK szpitale: Szpital Powiatowy w Zawierciu i SP ZOZ w Myszkowie, w których dokarmiano – odpowiednio – 84% i 90% noworodków, których dokumentacja medyczna była analizowana.*

Standardy opieki okołoporodowej zalecają korzystanie podczas porodu z niefarmakologicznych form uśmierzania bólów porodowych[107]. W skontrolowanych szpitalach na salach porodowych oddziałów położniczych znajdowały się zalecane urządzenia ułatwiające przyjmowanie dogodnej do porodu pozycji (piłka, worek sako). W 19 podmiotach sale porodowe wyposażono w urządzenia do stosowania imersji wodnych (prysznic, wanna), natomiast w pozostałych dziewięciu[108] dostęp do tego naturalnego środka uśmierzania bólu był znacznie ograniczony, gdyż łazienki znajdowały się poza salami porodowymi.

[105] Pomimo, że Program dotyczy głównie oddziałów o III poziomie referencyjnym, to wskazania medyczne do karmienia noworodków są uniwersalne i niezależne od poziomu referencyjności.

[106] Śląski Bank Mleka Kobiecego w Rudzie Śląskiej oraz w Klinice Neonatologii Szpitala im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rodziny w Warszawie, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Ludwika Rydygiera w Toruniu.
https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/aktualnosci/bank_mleka_faq.pdf

[107] Część VI załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

[108] Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, ZOZ w Łęczycy, ZOZ w Nidzicy, Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Sejnach, SP ZOZ w Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Kolnie.

Małą dostępność do naturalnych środków uśmierzających ból potwierdzają wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek, które urodziły dziecko drogami natury (1.142 osoby). Stwierdziły one, że podczas porodu, w celu ulżenia bólom w okresie skurczy porodowych, były przede wszystkim zachęcane do zmiany pozycji (67%), wykonywania ćwiczeń oddechowych (54%), spaceru (45%). Kąpiel w wannie zaproponowano tylko 9% pacjentek, 34% imersję prysznicem, zaś wykonanie masażu 15% ankietowanych. Żadnej formy uśmierzania bólu nie zaproponowano 191 respondentkom (16,7% ankietowanych). Z ustaleń kontroli w Szpitalu Ogólnym w Kolnie wynika, że pacjentkom proponowano wykonanie masażu, ale przez osoby towarzyszące im podczas porodu.

W 16 skontrolowanych jednostkach pacjentkom nie zapewniono warunków do zachowania intymności i godności, wymaganych art. 20 ust. 1 i art. 22 ust 1 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej[109]. W 12 oddziałach[110] zorganizowano bowiem wielostanowiskowe sale porodowe, w których poszczególne stanowiska oddzielono od siebie głównie parawanami, niegwarantującymi zachowania intymności, m.in. ze względu na obecność w trakcie porodu osób bliskich innym pacjentkom. W 10 szpitalach[111] sale porodowe lub gabinety badań były zaś tak zorganizowane, że przy otwarciu drzwi osoby postronne mogły zobaczyć pacjentkę w intymnej sytuacji. W 10[112] brakowało lub były nieczynne sygnalizacje świetlne ostrzegające przed wejściem osób postronnych do sal i gabinetów w trakcie obecności pacjentki. W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi pacjentki w salach porodowych mogły być widoczne z korytarza, przez okna obu klinik położniczych[113]. W odczuciu kobiet brak możliwości podania znieczulenia zewnątrzoponowego, narusza ich prawo do godnego odbycia porodu drogami natury. Na nierespektowanie prawa do zachowania intymności i prywatności wskazało 300, tj. 21% pacjentek, które odpowiedziały na ankietę NIK.

109 Część V ust. 2 pkt 3 standardów opieki okołoporodowej.

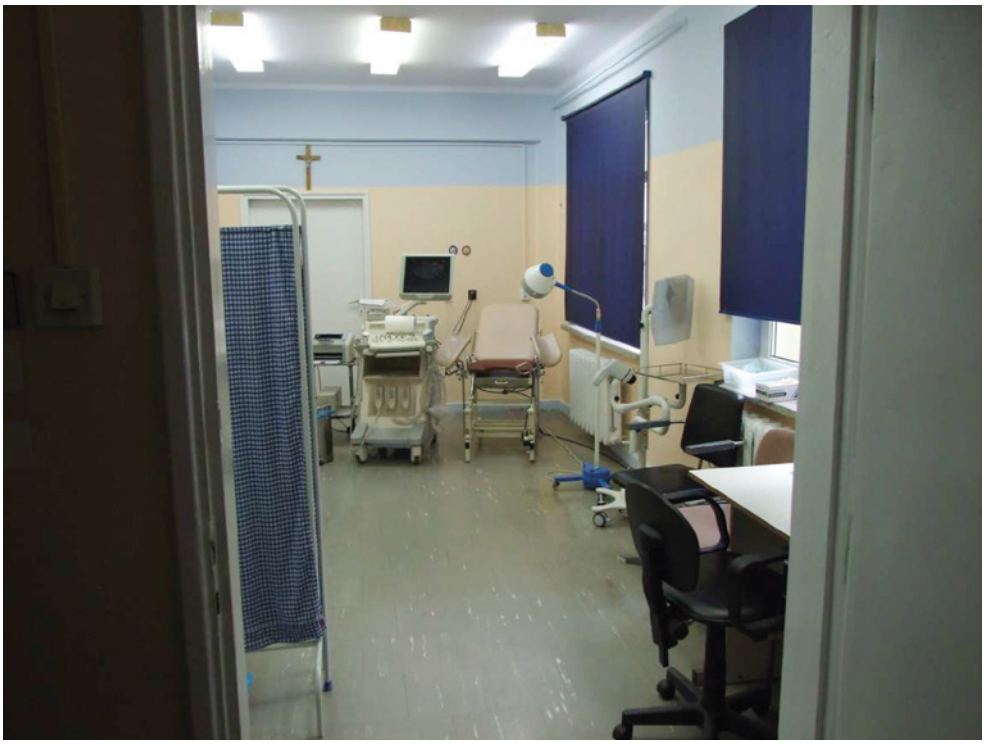
110 Sale wielostanowiskowe były w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (dwa oddziały położnicze w tym szpitalu), Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Siemiatyczach, SP ZOZ w Sokółce, Szpitalu Ogólnym w Kolnie, Szpitalu Powiatowym w Zawierciu, Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu, Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

111 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Hajnówce, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Myszkowie, SP ZOZ w Sejnach, SP ZOZ w Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Kolnie, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ZOZ w Łęczycy.

112 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Hajnówce, SP ZOZ w Kościanie, SP ZOZ w Krotoszynie, SP ZOZ w Sejnach, SP ZOZ w Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Kolnie, Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

113 W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi z korytarza Kliniki Perinatologii i Ginekologii można było zobaczyć, co dzieje się w salach porodowych, ponieważ nie stosowano parawanów lub innych zasłon w miejscu, w którym odbywał się poród. Podobnie było w Klinice Położnictwa i Ginekologii, jeżeli w sali wieloosobowej nie została zasłonięta zasłonka, a w sali jednoosobowej nie został ustawiony parawan.

Zdjęcie nr 2
Widok z korytarza gabinetu badań USG w SP ZOZ w Hajnówce (wewnątrz fotel ginekologiczny przeznaczony dla pacjentek oddziału położniczego)



Źródło: Dane własne NIK.

Zdjęcie nr 3
Widok z korytarza gabinetu przyjęć w SP ZOZ w Człuchowie

Źródło: Dane własne NIK.

Zdjęcie nr 4
Wanna do imersji wodnych w sali porodowej w SP ZOZ w Hajnówce usytuowana na wprost drzwi wejściowych z korytarza

Źródło: Dane własne NIK.

Zdjęcie nr 5
Widok z korytarza dwustanowiskowej sali porodowej w Szpitalu Ogólnym w Kolnie (stanowiska oddzielone od siebie zasłonką – brak jakiegokolwiek oddzielenia stanowisk od strony drzwi wejściowych)

Źródło: Dane własne NIK.

W skontrolowanych szpitalach „powiatowych" pacjentki zgłaszające się do porodu podczas dyżurów (poza godzinami zwykłej ordynacji) nie miały zagwarantowanego prawa wyboru osoby do opieki spośród osób uprawnionych do jej sprawowania[114]. Na oddziałach położniczych tych szpitali dyżurował bowiem tylko jeden lekarz.

Potwierdzają to wyniki ankiet, w których 84,8% respondentek wskazało, że nie mogły wybrać osoby prowadzącej poród. Według ankietowanych nie był również przestrzegany standard współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych (postępowanie w II okresie porodu część IX ust. 4 pkt 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej). O ile pacjentki w pierwszej fazie porodu mogły się poruszać, zmieniać pozycję, to poród według 90% respondentek odbywał się w łóżku porodowym, a według 93% – w pozycji leżącej (a więc nie wertykalnej). Miejsce porodu (łóżko, krzesło porodowe, wannę, inne miejsce) mogło wybrać tylko 15% ankietowanych, zaś pozycję do porodu 18%.

Tylko w trzech skontrolowanych oddziałach[115] – przestrzegano ustalonego w standardach opieki okołoporodowej – obowiązku wykonania i udokumentowania wykonania wszystkich czynności wymaganych standardami. W pozostałych nie odnotowano wykonania niektórych z 27 czynności, w tym najczęściej:

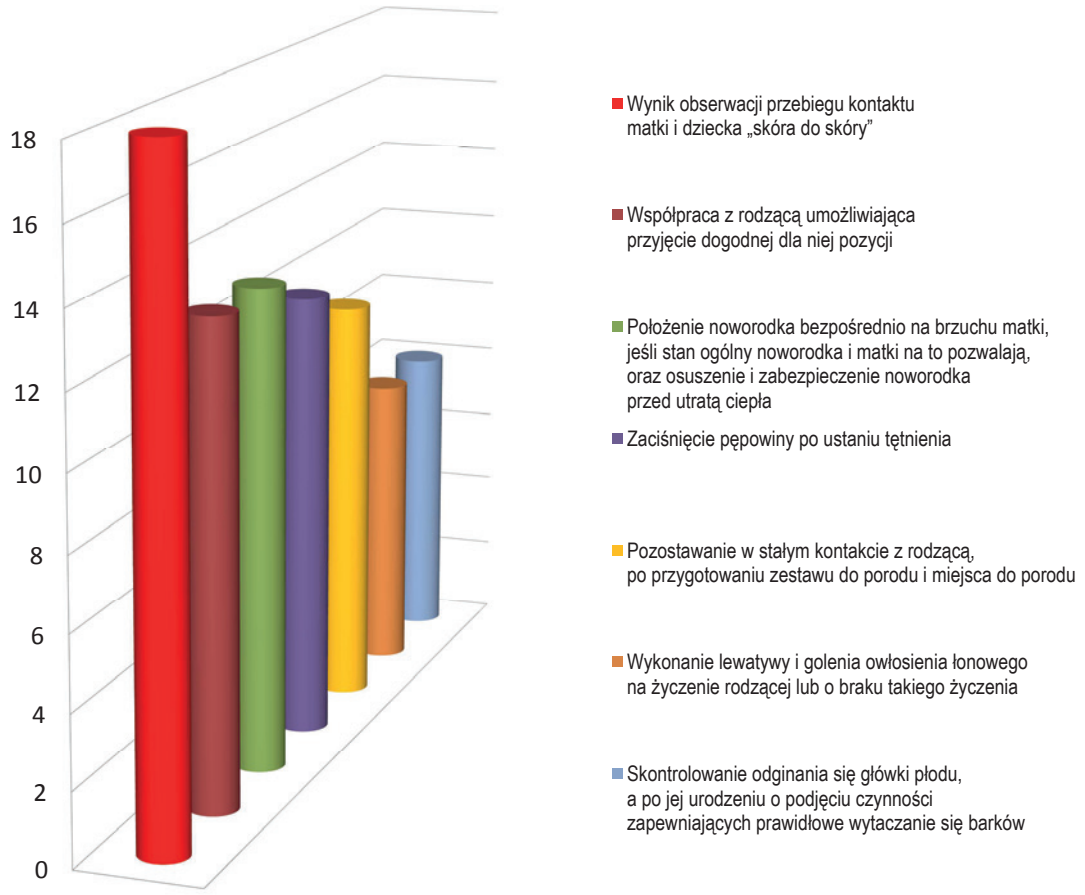
- wyników obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry" i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają (w 18 szpitalach);
- współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych (w 13 jednostkach);
- położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła (w 12 szpitalach);
- zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia (w 12 podmiotach);
- pozostawanie w stałym kontakcie z rodzącą po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu (11 oddziałów);
- skontrolowanie odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu o podjęciu czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków (osiem szpitali);
- wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego na życzenie rodzącej lub o braku takiego życzenia (w ośmiu jednostkach).

[114] Zgodnie z częścią I ust. 12 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, realizacja praw pacjenta polega w szczególności na możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

[115] W Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, SP ZOZ w Krotoszynie i w ZOZ w Nidzicy.

Czynności, których wykonania najczęściej nie dokumentowano przedstawiono na poniższym wykresie:

Wykres nr 11
Czynności, których wykonania najczęściej nie dokumentowano



Źródło: Dane własne NIK.

Zgodnie z art. 34 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, tj. do opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych[116]. W 15 objętych kontrolami NIK oddziałach położniczych nie zapewniono możliwości do skorzystania z takiej opieki. Dyrektorzy placówek uzasadniali to brakiem zainteresowania pacjentek lub brakiem potrzeby, argumentując, że opieka w oddziale jest wystarczająca. Zauważyć jednak należy, że dodatkowa opieka pielęgnacyjna jest prawem pacjenta, zaś podmiot leczniczy powinien być przygotowany do umożliwienia realizacji tego prawa. Nie obciąża ona kosztów podmiotu leczniczego, bowiem w myśl art. 35 ustawy o prawach pacjenta, ponosi je pacjent. Spośród dziewięciu oddziałów,

[116] Zgodnie z art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Jest to opieka, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opieka sprawowana nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Art. 35 tej ustawy stanowi, że pacjent ponosi koszty realizacji tego prawa, jeżeli jego realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Wysokość opłaty rekompensującej koszty ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji tego prawa. Informacja o wysokości opłaty oraz o sposobie jej ustalenia jest jawna i powinna być udostępniana w lokalu przedsiębiorstwa podmiotu.

w których możliwe było skorzystanie z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, w czterech nikt z niej nie korzystał[117]. W pozostałych trzech oddziałach korzystanie z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej było możliwe tylko w określonych sytuacjach.

- *W oddziale położniczym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. umożliwiano korzystanie przez pacjentki z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej tylko w sytuacjach, kiedy w czasie rozpoczęcia drugiego okresu porodu przypadała zmiana dyżuru, a pacjentka życzyła sobie aby w akcji porodowej uczestniczyła położna, która przyjmowała ją do bloku porodowego. Wówczas położna pozostawała z pacjentką w ramach wypracowania nadgodzin, za które płacił Szpital.*
- *W Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu ze względu na warunki lokalowe oraz możliwości organizacyjne (sale wieloosobowe), dodatkowa opieka pielęgnacyjna mogła mieć miejsce tylko do godzin wieczornych. Dodatkowa opieka była bezpłatna.*
- *W SP ZOZ w Myszkowie możliwe było bezpłatne korzystanie z dodatkowej pomocy przez osobę wskazaną przez pacjentkę, pod warunkiem, że osoba ta, sprawując dodatkową opiekę, nie narusza praw innych pacjentów oraz nie zakłóca pracy oddziału. Wybór osoby opiekującej się spośród położnych oddziału położniczego był możliwy tylko wtedy, gdy sprawowanie opieki nie pokrywało się z pracą według grafiku dyżurów.*

W 22 skontrolowanych szpitalach, pacjentkom oddziałów położniczych zapewniono możliwość skorzystania z opieki psychologa. Nie zapewniono takiej pomocy w ZOZ w Szczytnie i SP ZOZ w Opocznie.

Z odpowiedzi 33 respondentek (2,9%, które urodziły dziecko drogami natury i odpowiedziały na ankietę NIK) wynika, że mógł być wobec nich stosowany tzw. chwyt Kristellera, polegający na uciskaniu brzucha w celu przyspieszenia porodu. W opinii położników (w tym konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii), stosowanie tego chwytu może prowadzić do powikłań (przedwczesne oddzielenie łożyska, uszkodzenia krocza, uraz mechaniczny dziecka)[118]. O stosowaniu tej niedozwolonej techniki mogą świadczyć odpowiedzi na pytania z ankiet, że nacisk miał miejsce w II fazie porodu oraz że naciskano całym ciałem.

W opinii dyrektorów szpitali i ordynatorów oddziałów położniczych barierą w przestrzeganiu standardów opieki okołoporodowej jest niedofinansowanie przez NFZ procedur położniczych, brak środków na unowocześnianie oddziałów, brak wzorów dokumentów, które należałoby prowadzić w związku z tym rozporządzeniem. Podnoszono presję medialną, obawę personelu przed roszczeniami cywilnoprawnymi, odpowiedzialnością zawodową, służbową i karną, w przypadku niepowodzenia podczas porodu. Dyrektorzy dwóch szpitali wskazali na potrzebę edukacji kobiet w ciąży, małą dostępność do szkół rodzenia. Pomocne byłoby szkolenie personelu w zakresie relacji interpersonalnych oraz nauki radzenia sobie z typowymi i nietypowymi problemami pacjentek, co spowodowałoby wzrost empatii. Zmianie powinien ulec sposób finansowania świadczeń. Zredukowana powinna być konieczność dokumentowania rzeczy oczywistych, np. odstąpienie od golenia krocza, pozostawanie w stałym kontakcie z rodzącą. Pożądana byłaby jednolita dokumentacja, która wymusiłaby stosowanie wymaganych czynności i zachowań.

3.3 Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów

W żadnym skontrolowanym szpitalu nie pobierano opłat za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem z NFZ. W trzech z nich pobierano zaś opłaty m.in. za poród w towarzystwie osoby bliskiej, poród w wodzie lub za pobyt matki karmiącej dziecko na oddziale noworodków i intensywnej terapii.

[117] Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ w Stargardzie Szczecińskim, SP ZOZ w Człuchowie, SP ZOZ w Nidzicy, Szpital Powiatowy w Zawierciu.

[118] http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html

- *W Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. pobierano 56 zł opłaty związanej z uczestnictwem osoby towarzyszącej podczas porodu. Zorganizowano też jednoosobową salę o podwyższonym standardzie, w której przebywać mogły pacjentki z osobą towarzyszącą, która opłacała 70 zł za dobę pobytu. Przychody Szpitala z tytułu tych opłat wyniosły: 5.468 zł w 2013 roku, 5.648 zł w 2014 roku i 3.290 zł w 2015 roku (do 30 października).*
- *W SP ZOZ w Opocznie pobierano 250 zł za poród w wannie, zaś za poród rodzinny 100 zł. Łącznie w latach 2012–2015 (do końca września) wpływy z tytułu porodu w wodzie wyniosły 20,5 tys. zł, a porodu rodzinnego 58,8 tys. zł. Liczba porodów rodzinnych zmniejszyła się ze 175 w 2012 roku, do 140 w 2013 roku, 130 w 2014 roku i 102 po trzech kwartałach 2015 roku. Wprowadzenie opłat za poród w wannie i poród rodzinny tłumaczono dodatkowymi kosztami Szpitala, których nie finansował NFZ.*
- *W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu ustalono opłatę w kwocie 15,50 zł za dobę pobytu matki karmiącej dziecko na oddziale noworodków i intensywnej terapii (opłata za łóżko).*

NIK zwraca jednak uwagę, że poród rodzinny, to jedno z udogodnień przewidzianych w ustawie o prawach pacjenta i rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Zgodnie z art. 21 ust. 1 tej ustawy, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, a ze standardów opieki okołoporodowej wynika, że w trakcie porodu osoby sprawujące opiekę powinny zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej[119]. Zgodnie zaś z rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2009 r. i z 2013 r., jednym z warunków realizacji świadczeń przez oddziały położnicze, niezależnie od poziomu referencyjnego, jest stosowanie standardów opieki okołoporodowej.

W 21 powiatach na obszarze których NIK prowadziła kontrole, znajdowały się szkoły rodzenia, z tego 16 funkcjonowało przy podmiotach leczniczych objętych kontrolami. W dwóch z nich pobierano opłaty za uczęszczanie do tych szkół (prowadzenie szkół rodzenia nie jest finansowane przez NFZ).

- *W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu uczestnictwo w kursie grupowym w szkole rodzenia przy Szpitalu, kosztowało 250 zł od osoby w okresie od 21 marca 2011 do 24 czerwca 2013 r., a 150 zł od osoby od 25 czerwca do 3 lipca 2013 r. Od 4 lipca 2013 roku uczęszczanie do tej szkoły jest bezpłatne.*
- *W latach 2013–2015 w SP ZOZ w Kościanie pobierano opłaty za uczęszczanie do szkoły rodzenia w wysokości 200 zł za cały cykl w przypadku kobiety, a 300 zł w przypadku pary uczestników. Stawki opłat jednorazowych wynosiły – odpowiednio – 30 zł i 45 zł.*

[119] Cz. V ust. 3 pkt 3 rozporządzenia i cz. VI pkt 5 – „Strategia uśmierzania bólu podczas porodu".

4 INFORMACJE DODATKOWE

4.1 Przygotowanie kontroli

Na etapie przygotowywania kontroli, w czterech szpitalach z obszaru województwa podlaskiego przeprowadzono kontrole rozpoznawcze[120], które pozwoliły na opracowanie tematyki i metodyki kontroli planowej koordynowanej oraz wskaźników i mierników oceny na jej potrzeby. Zorganizowano też panel ekspertów, w którym udział wzięło 21 osób (spoza NIK), w tym: konsultanci krajowi i wojewódzcy w dziedzinie ginekologii i położnictwa, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, ordynatorzy oddziałów położniczych, przedstawiciele NFZ i organizacji pozarządowych zajmujących się przestrzeganiem standardów opieki okołoporodowej. Wnioski z panelu ekspertów pokrywają się z wnioskami płynącymi z kontroli NIK.

Z NFZ uzyskano informacje dotyczące m.in. liczby porodów fizjologicznych i c. c. w poszczególnych placówkach, a z gmin znajdujących się na terenie kontrolowanych szpitali, informacje na temat szkół rodzenia funkcjonujących na ich terenie. Pozyskano również informacje od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii, dotyczące przestrzegania w województwach objętych kontrolą standardów opieki okołoporodowej i ewentualnych problemów w tym zakresie.

Z informacji uzyskanych od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii (z województw, na terenie których znajdowały się szpitale objęte niniejszą kontrolą) wynika, że w województwach łódzkim i wielkopolskim standardy opieki okołoporodowej były przestrzegane i nie występują problemy związane z ich realizacją. Konsultanci ci wskazywali na brak planów porodów, zaś konsultant warmińsko-mazurski – na uchybienia dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz na brak szkoleń z zakresu resuscytacji noworodka. W opinii podlaskiego konsultanta wojewódzkiego realizowanie standardów opieki okołoporodowej powinno sprawdzać się w ośrodkach o I stopniu referencyjności. Powinny być w nich świadczone bowiem usługi medyczne wyłącznie kobietom rodzącym fizjologicznie, bez zidentyfikowanych ryzyk przedporodowych i śródporodowych. Stosowanie zaś powołanych standardów jest możliwe tylko przy takiej ciąży. Porody fizjologiczne odbywają się również w ośrodkach II i III poziomu referencji. Jednak ze względu na dużą liczbę porodów, opieka w nich nierzadko może być odbierana ze strony rodzącej kobiety jako niewystarczająca i niezgodna z rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, kontrole przeprowadzono u publicznych świadczeniodawców, w tym w ośmiu prowadzących oddziały położnicze o II lub III poziomie referencyjnym i w 16 – o I poziomie. Do kontroli wybrano osiem jednostek, w których NIK przeprowadziła w 2009 roku kontrolę opieki okołoporodowej i w wyniku których sformułowano wnioski pokontrolne[121]. Pozostałe jednostki typowano kierując się wysoką liczbą c. c. oraz doniesieniami medialnymi wskazującymi na możliwość wystąpienia nieprawidłowości.

W trakcie kontroli zalecano stosowanie opisowych ocen działalności kontrolowanych szpitali. Wynikało to głównie z powszechnego niedokumentowania przez personel medyczny wykonania poszczególnych czynności wymaganych standardami opieki okołoporodowej, co znacznie utrudniało jednoznaczne stwierdzenie, że standardy nie były przestrzegane.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Podczas postępowania kontrolnego losowo w każdej z jednostek wybrano dokumentację medyczną 100 pacjentek (50 rodzących fizjologicznie i 50 w drodze c. c.). W szpitalach o II i III poziomie referencyjności do kontroli wylosowano dokumentację pacjentek, które odbyły poród

[120] Kontrola nr R/15/002 „Opieka okołoporodowa w oddziale położniczym". Kontrolą objęto Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Sejnach, Siemiatyczach i Sokółce.

[121] P/09/166 „Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych" przeprowadzona w 43 zoz.

rozliczony przez szpital jako procedura N01, czyli poród nieskomplikowany, który mógłby się odbyć w placówce o I poziomie referencyjności. Dokumentacja ta była analizowana pod kątem prawidłowości jej prowadzenia w aspekcie przestrzegania standardów opieki okołoporodowej, w tym stosowania interwencji medycznych. W ten sam sposób wytypowano w każdym ze szpitali po 300 pacjentek, które w latach 2013–2015 urodziły dziecko[122] i do pacjentek tych wysłano anonimowe ankiety.

Od dyrektorów i ordynatorów oddziałów położniczych skontrolowanych szpitali pobrano wyjaśnienia na temat barier utrudniających stosowanie standardów opieki okołoporodowej.

Do kierowników skontrolowanych jednostek (także w ramach kontroli rozpoznawczej) skierowano 28 wystąpień pokontrolnych. W 26 z nich sformułowano 105 wniosków, dotyczących głównie:

- przestrzegania standardów opieki okołoporodowej;
- dokumentowania wykonania czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej;
- zorganizowania pomieszczeń oddziałów położniczych w sposób zapewniający intymność i poszanowanie godności pacjentek;
- dostosowania pomieszczeń oddziałów położniczych do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 r.;
- wyeliminowania przypadków ciągłej pracy personelu medycznego w wymiarze ponad 24 godziny;
- umożliwienia pacjentkom korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Z otrzymanych odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że na 9 maja 2016 r. 83 wnioski zostały zrealizowane, 11 było w trakcie realizacji, zaś kolejnych 11 nie zrealizowano.

Zastrzeżenia do wystąpienia zgłosił Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku i Dyrektor SP ZOZ w Sokółce, który został skontrolowany w ramach kontroli rozpoznawczej. Zastrzeżenia z SP ZOZ w Sokółce zostały częściowo uwzględnione, zaś zastrzeżenia z UCK w Gdańsku oddalono.

[122] 200 pacjentek, które urodziły dziecko drogami natury i 100 pacjentek, które rodziły dziecko w drodze c. c. W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie ankiety wysłano do 263 pacjentek, tj. wszystkich, które Szpital rozliczył w ramach procedury N01.

Wykaz ważniejszych aktów normatywnych i literatury dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 r. poz. 1082, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2016 r. poz. 694).
14. Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmienione kolejnymi: 87/2011/DSOZ, 90/2011/DSOZ, 11/2012/DSOZ/, 23/2012/DSOZ/, 39/2012/DSOZ, 48/2012/DSOZ, 49/2012/DSOZ/, 62/2012/DSOZ, 90/2012/DSOZ i 34/2013/DSOZ.
15. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmienione kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

16. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (załącznik do uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r.).
17. „Udany poród. Jak wcześnie zapobiec dystocji i ją leczyć" Penny Simkin, Ruth Ancheta. Redakcja naukowa wydania polskiego Bogdan Chazan. Wydawnictwo PZWL.
18. „Optymalizacja porodu – Zagadnienia interdyscyplinarne" pod redakcją Emilii Lichtenberg-Kokoszki, Ewy Janiuk, ks. Jerzego Dzierżanowskiego. Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2008.

Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

1. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 roku w Polsce zarejestrowano 376.501 urodzeń, w tym 375.160 żywych (99,6%)[123]. Dla porównania w 2013 roku odnotowano 370.962 urodzenia, z tego 369.576 żywych. Rok 2014 był trzecim z kolei, w którym liczba ludności Polski zmalała po notowanym w latach 2008–2011 wzroście, zaś tempo przyrostu rzeczywistego wyniosło minus 0,04%. Na finansowanie porodów Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył w 2013 roku 760,1 mln zł, zaś w 2014 roku 844,1 mln zł. Na 2015 rok zakontraktowano na porody 1.137 mln zł[124].

   W 2014 roku współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,2‰ (4,6‰ w 2013 roku), co oznacza, że na każde 1000 urodzeń żywych, zmarło czworo niemowląt (w połowie lat 90-tych XX w. – 15, a na początku tego wieku – ośmioro[125]). Współczynnik ten w 2012 roku był wyższy dla Polski o 0,8 punktu procentowego, niż dla całej populacji 27 państw Unii Europejskiej. Najwyższy odsetek zgonów niemowląt w krajach unijnych miała wówczas Rumunia (9,0‰) zaś najniższy Słowenia (1,6‰)[126]. Z ogólnej liczby niemowląt ponad 70% umarło przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia. Przyczyną ponad 52% zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych sześciu dni życia noworodka. Podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt, także współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0–6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) wykazuje tendencję spadkową: w 2014 roku kształtował się na poziomie ok. 5,6‰ (6,5‰ w 2012 roku), zaś na początku lat 90-tych prawie 2%. Umieralność kobiet w związku z porodem w 2013 roku wyniosła 0/10.000 (w skali całego kraju odnotowano siedem zgonów związanych z ciążą, porodem i połogiem – w 2012 roku były cztery przypadki śmierci związane z ciążą, porodem i połogiem).

   W 2014 roku w Polsce funkcjonowało 513 oddziałów ginekologiczno-położniczych, dysponujących 1.326 stanowiskami porodowymi (w tym 863 do porodów rodzinnych).

2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.), jako jeden z celów operacyjnych dotyczących wybranych populacji, ustanowił poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. Wybór tego celu wynikał np. z faktu, że najczęstszą przyczyną zgonu niemowląt były stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Oczekiwanymi efektami realizacji wymienionego celu było obniżenie do 2015 roku np. umieralności okołoporodowej z 8,6/1.000 do 6,0/1.000 urodzeń i umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i połogiem z 7,4/100.000 do 5,0/100.000 urodzeń żywych. Wskaźniki te zostały osiągnięte już w latach 2012–2013[127].

3. Stosownie do art. 68 ust. 1–3 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej[128] każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

123 http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2015,3,9.html
124 Wg danych otrzymanych z NFZ.
125 http://stat.gov.pl/wyszukiwarka/szukaj.html
126 http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/podstawowe-dane-demograficzne-o-dzieciach-w-polsce,14,1.html
127 http://stat.gov.pl/wyszukiwarka/szukaj.html
128 Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Ustawa o prawach pacjenta stanowi o licznych prawach pacjentów podczas ich leczenia. Na przykład pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych (art. 9). Pacjent ma też prawo wyrażania zgody na wykonywanie zabiegów operacyjnych, stosowanie leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko (art. 17 ust. 1 i art. 18 ust. 1). Ponadto pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 i 22 ust. 1).

Zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą określono w ustawie o działalności leczniczej. Podmiotami leczniczymi są np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (art. 4 ust. 1 pkt 2 powołanej ustawy). Jednym z rodzajów działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (art. 8 pkt 1 ustawy).

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej określono zakres i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń. Zgodnie z tą ustawą, 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 ograniczenie (art. 15). Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 132). NFZ finansuje świadczenia gwarantowane określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. Zgodnie z powołanymi przepisami, poród jest jednym ze świadczeń gwarantowanych wymienionym w załączniku nr 1 do tych rozporządzeń.

Zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007–2015, ustalono podstawowe zadanie służące realizacji poprawy opieki nad matką i noworodkiem, służące podjęciu działań na rzecz unowocześnienia programu trójstopniowej opieki, który polega na zróżnicowaniu udzielania świadczeń przez zoz według trzech poziomów referencyjnych. W zależności od poziomu referencyjnego, Minister Zdrowia w rozporządzeniach z dnia 29 sierpnia 2009 r., a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. określił warunki jakie powinien spełniać zoz podczas udzielania świadczeń gwarantowanych. Są to warunki dotyczące organizacji działania, wymagania dotyczące personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę, zapewnienia możliwości wykonywania badań itp.

Podczas kontraktowania świadczeń z zakresu położnictwa, od 2012 roku obowiązywało również zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne[129] (przepis ten miał zastosowanie począwszy od umów zawieranych na 2012 rok). Jako wymagane (niezbędne) dla udzielania świadczeń z zakresu położnictwa określone zostały warunki wskazane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i następnie z dnia 22 listopada 2013 r. dla poszczególnych poziomów referencyjnych. Określono również, dla poszczególnych poziomów referencyjnych, warunki dodatkowo oceniane przez NFZ podczas konkursów na udzielanie świadczeń (im wyższy poziom referencyjny oddziału tym wyższe wymagania).

Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Obecnie wymagania te określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. Szczególne wymogi dla oddziału położnictwa i neonatologii oraz dla zespołu porodowego ustalono w pkt III i IV załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia. Zgodnie z nimi zespół porodowy składa się z:

- co najmniej jednej sali porodowej jednostanowiskowej, w tym co najmniej jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych lub
- sali porodowej wielostanowiskowej, lub
- co najmniej jednego pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu.

Dla zespołu porodowego zapewnia się salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych w drodze c. c., wyposażoną w stanowisko do resuscytacji noworodka. W zespole porodowym powinno się znajdować co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

Zgodnie z art. 207 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który w dniu wejścia w życie tej ustawy (tj. 1 lipca 2011 r.) nie spełniał wymagań z jej art. 22 ust. 1, obowiązany jest dostosować pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r. (do 2 grudnia 2015 r. termin ten przypadał na 31 grudnia 2016 r.) oraz obowiązany był przedstawić do 31 grudnia 2012 r. organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (właściwemu wojewodzie) program dostosowania do ww. wymagań, zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej (ust. 2).

4. Standardy opieki okołoporodowej ustalono rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Określają one poszczególne elementy opieki medycznej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, c. c., podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem

[129] Zarządzenie to było zmienione kolejnymi: 87/2011/DSOZ, 90/2011/DSOZ, 11/2012/DSOZ/, 23/2012/DSOZ/, 39/2012/DSOZ, 48/2012/DSOZ, 49/2012/DSOZ, 62/2012/DSOZ, 90/2012/DSOZ i 34/2013/DSOZ. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmienione kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Nie ustalono jednak kiedy mamy do czynienia z przekroczeniem „niezbędnego minimum interwencji medycznych".

Zgodnie z rozporządzeniem, ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że:

– I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży (w zakładach o tym poziomie referencyjności realizuje się porody oznaczone kodem N01);
– II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia (na tym poziomie można prowadzić porody mnogie lub przedwczesne (kod N02) oraz patologię ciąży lub płodu wraz z porodem, gdzie pobyt w szpitalu trwa ponad 5 dni (kod N03), a także możliwe jest udzielanie świadczeń właściwych dla poziomu I;
– III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży (na tym poziomie obejmuje się opieką pacjentki z ciężką patologią ciąży, z porodem z rozszerzoną diagnostyką i leczeniem kompleksowym trwającym ponad 6 dni (N09) lub ponad 10 dni (N11). Możliwe jest także udzielanie świadczeń właściwych dla poziomu I i II.

W częściach IV – XI załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej opisano wymogi postępowania, zaczynając od sporządzenia na piśmie planu opieki porodowej i planu porodu, przedstawienia rodzącej strategii uśmierzania bólu oraz postępowanie podczas kolejnych okresów porodu (wyróżniono cztery okresy). Nie określono w standardach opieki okołoporodowej jak powinno odbywać się dokumentowanie przez świadczeniodawców przestrzegania tych standardów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[130], podobnie jak poprzedzające je rozporządzenie w tej samej sprawie z 21 października 2010 r.[131], przewiduje zamieszczanie danych o przebiegu porodu w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej: w karcie noworodka (§ 23 ust. 2 pkt 5, poprzednio § 21 ust. 2 pkt 5) oraz w dołączanej do niej karcie obserwacji przebiegu porodu (§ 17 ust. 2 pkt 1 i § 18, poprzednio § 15 ust. 1 pkt 3 i § 16). Jednak dane dotyczące przebiegu porodu, wymagane w karcie noworodka, określono w sposób ogólny, bez odesłania do standardów opieki okołoporodowej. Natomiast wzór karty przebiegu porodu, określony w załączniku nr 2 do ww. rozporządzeń, uwzględnia tylko niektóre z czynności, przewidzianych tymi standardami i nie zawiera rubryk na wpisy dodatkowe lub uzupełniające.

Polska jest jednym z nielicznych w Europie państw, w których opracowano na piśmie standardy opieki okołoporodowej. Analogiczne dokumenty opracowano w Anglii[132] oraz w Hiszpanii[133].

[130] Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

[131] Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm. Rozporządzenie uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.

[132] National Institute for Health Excellence w 2007 roku opracował wytyczne dotyczące postępowania w trakcie porodu fizjologicznego mającego miejsce w terminie 37–42 tygodnia ciąży.

[133] „Strategia działań na rzecz opieki przy porodzie naturalnym w Krajowym Systemie Opieki Zdrowotnej" z 2008 roku („Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud").

Choć standardy te różnią się w niektórych szczegółach od polskich (np. czas trwania bezpośredniego kontaktu matki z noworodkiem zaraz po urodzeniu, metody łagodzenia bólu), ale wszystkie na pierwszym miejscu stawiają uniwersalne wartości, takie jak dobro kobiety i dziecka, serdeczność, szacunek, troskę, respektowanie potrzeb.

WHO i UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii oraz naukowe towarzystwa żywieniowe uznały nadrzędność pokarmu matki w żywieniu dziecka w stosunku do mieszanek sztucznych opartych na mleku krowim. Mleko kobiece ma znaczenie odżywcze, immunologiczne i troficzne dla wzrastającego i dojrzewającego organizmu. U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano poprawę przeżywalności, zmniejszenie ryzyka występowania martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, zakażeń, zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia, poprawę parametrów neurorozwojowych. Z tego powodu konsultant krajowy ds. neonatologii opracował „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i oddziałów położniczych III poziomu referencyjnego”[134].

[134] „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”, pod redakcją prof. Dr hab. E. Helwich, opublikowany w: Standardy Medyczne/Pediatria, 2014, t. 11.

Zbiorcze zestawienia wyników ankiet

Zbiorcze zestawienie wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentek 24 oddziałów położniczych

Tabela nr 1
Poród fizjologiczny

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	1 142		100%	
1. Które z kolei dziecko Pani urodziła?				
pierwsze	478		42%	
drugie	496		43%	
trzecie	122		11%	
czwarte	33		3%	
piąte	14		1%	
szóste	4		0%	
2. Kiedy je Pani urodziła? [rok]				
2013	337		30%	
2014	418		37%	
2015	379		33%	
CIĄŻA				
3. Czy w okresie ostatniej ciąży rozmawiała Pani na temat ciąży i porodu?				
z własną matką	732		64%	
z innymi kobietami, które mają (miały) dzieci	971		85%	
z położną	506		44%	
z lekarzem ginekologiem	879		77%	
W tym dla kobiet w pierwszej ciąży – rozmowy na temat ciąży i porodu				
z własną matką	349		31%	
z innymi kobietami, które mają (miały) dzieci	409		36%	
z położną	230		20%	
z lekarzem ginekologiem	341		30%	
4. Czy w okresie ostatniej ciąży czytała Pani na temat ciąży i porodu?				
ulotki i poradniki otrzymane w placówce publicznej służby zdrowia	436		19%	
artykuły w czasopismach	620		26%	
książki	454		19%	
materiały w Internecie	846		36%	
	TAK	**NIE**	**TAK**	**NIE**
5. Czy chodziła Pani do szkoły rodzenia	208	907	19%	81%
w tym chodzących do szkoły rodzenia przy pierwszym dziecku	158		33%	
6. W którym tygodniu swojej ciąży spotkała się Pani po raz pierwszy z osobą prowadzącą ciążę? [średnia dla ankiet]		6,56		X
PLAN PORODU	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
7. Czy miała Pani sporządzony przez lekarza lub położną plan porodu?	285	844	25%	75%
8. Czy przy sporządzaniu planu porodu pytano Panią o zdanie?	239	510	32%	68%

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	1 142		100%	
9. Czy dostarczyła Pani plan porodu do szpitala, w którym odbywała się poród?	217	604	26%	74%
10. Czy mogła Pani wybrać szpital, w którym miał odbyć się Pani poród?	930	177	84%	16%
IZBA PRZYJĘĆ	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
11. Czy po przybyciu po raz pierwszy do szpitala, w którym miała Pani rodzić, przyjęto Panią na oddział położniczy w tym szpitalu?	1 019	104	91%	9%
12. Jak długo przebywała Pani na izbie przyjęć (w godzinach), zanim znalazła się Pani na oddziale? [średnia dla ankiet]		0,86		X
13. Czy mogła Pani wybrać osobę prowadzącą Pani poród w szpitalu?	134	986	12%	88%
14. Czy osoba prowadząca Pani poród w szpitalu:	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
wystarczająco poinformowała o stanie Pani zdrowia i zagrożeniach ciąży?	727	395	65%	35%
wystarczająco objaśniła Pani jak będzie przebiegał poród?	597	532	53%	47%
pytała Panią o pisemną zgodę na nacięcie krocza?	498	604	45%	55%
pytała Panią o pisemną zgodę na cesarskie cięcie?	406	670	38%	62%
pytała Panią o pisemną zgodę na podanie znieczulenia?	400	698	36%	64%
zaproponowała aby przy porodzie był ktoś Pani bliski?	732	396	65%	35%
pytała o zgodę na obecność przy Pani porodzie osób innych niż personel szpitala przyjmujący poród?	334	780	30%	70%
PORÓD W SZPITALU				
15. Ile czasu upłynęło [średnia dla ankiet]:				
od momentu przyjęcia Pani do szpitala do pełnego rozwarcia (w godzinach)? Podać cyfrę		12,61		X
od momentu pełnego rozwarcia do wydalenia łożyska? Podać cyfrę		1,63		X
OKRES SKURCZY PORODOWYCH				
16. Czy w celu ulżenia bólom w okresie skurczy porodowych zaproponowano Pani:	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
wykonanie masażu?	171	937	15%	85%
wykonanie ćwiczeń oddechowych?	599	520	54%	46%
kąpiel w wannie?	97	1 008	9%	91%
kąpiel pod prysznicem?	384	733	34%	66%
zmianę pozycji, w której się Pani znajdowała?	758	370	67%	33%
spacer?	504	614	45%	55%
Żadnej z ww. form łagodzenia bólu nie proponowano 191 ankietowanym (16,7%)				
17. Czy w okresie skurczy porodowych zachęcano Panią do picia wody lub innych przejrzystych płynów?	424	697	38%	62%
OKRES PARCIA	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
18. Czy prowadzący poród informował Panią, w jakim stanie w tym okresie jest Pani i dziecko?	687	427	62%	38%
19. Gdzie odbył się poród?				
w łóżku porodowym	1 039		90%	
na krześle porodowym	107		9%	
w wannie z wodą	0		0%	
inaczej	13		1%	

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	1 142		100%	
20. Czy mogła Pani wybrać miejsce porodu?	168	948	15%	85%
21. W jakiej pozycji obył się poród?				
leżącej	1 074		93%	
stojącej	22		2%	
innej	55		5%	
22. Czy mogła Pani wybrać pozycję, w jakiej będzie Pani rodzić?	198	908	18%	82%
OBECNI PRZY PORODZIE				
23. Czy w tej fazie porodu towarzyszyła Pani osoba bliska?	715	422	63%	37%
24. Czy w tej fazie porodu były obecne jeszcze inne osoby oprócz personelu medycznego przyjmującego poród?	213	917	19%	81%
ZNIECZULENIE				
25. Czy podczas porodu pytano Panią, czy podać znieczulenie?	283	841	25%	75%
26. Czy podczas porodu prosiła Pani o podanie znieczulenia?	372	740	33%	67%
27. Czy podano Pani znieczulenie?	365	758	33%	67%
28. Jeśli tak, to jakie to było znieczulenie?				
przeciwbólowo-rozkurczowe	167		41%	
gazowe	138		34%	
zewnątrzoponowe	100		25%	
29. Czy mogła Pani wybrać rodzaj znieczulenia?	80	492	14%	86%
30. Czy znieczulenie ulżyło Pani?				
tak	91		23%	
do pewnego stopnia tak	185		47%	
nie	119		30%	
CIĘCIA	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
31. Czy podczas porodu nacięto Pani krocze?	770	360	68%	32%
32. Jeśli tak, to czy przed nacięciem krocza pytano Panią o zgodę na ten zabieg?	343	462	43%	57%
„WYGNIATANIE NOWORODKA"	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
37. Czy podczas porodu naciskano (ugniatano) Pani brzuch?	300	827	27%	73%
38. Jeśli tak, to czy pytano Panią o zgodę na ten zabieg?	41	283	13%	87%
39. Jeśli tak, to czy zgodziła się Pani na ten zabieg?	63	113	36%	64%
40. Czym naciskano Pani brzuch?				
dłonią	206		60%	
łokciem	91		27%	
całym ciałem leżąc na mnie	37		11%	
czymś innym	8		2%	
41. W którym momencie porodu naciskano na Pani brzuch?				
w I okresie (rozwieranie się szyjki macicy)	11		3%	
w II okresie (podczas wypierania dziecka)	219		60%	
po narodzinach dziecka	112		30%	
nie pamiętam	26		7%	
Prawdopodobne zastosowanie chwytu Kristellera (naciskanie na brzuch całym ciałem leżąc na rodzącej w II okresie porodu) – jednoczesne zaznaczenie w pytaniu 40. odpowiedzi „całym ciałem" oraz w pytaniu 41. odpowiedzi „w II okresie"	33		11%	

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	1 142		100%	
KONTAKT Z DZIECKIEM	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
42. Czy po urodzeniu położono noworodka przy Pani tak, że miała Pani z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”?	1 020	106	91%	9%
43. Jeśli tak, to jak długo miała Pani dziecko przy sobie bezpośrednio po urodzeniu?				
2 godziny lub dłużej	117		11%	
Od 1 do 2 godzin	147		14%	
Od 30 min do godziny	118		11%	
krócej niż 30 minut	645		63%	
44. Czy po urodzeniu prowadzący poród powiedział Pani, jaki jest stan noworodka?	966	159	86%	14%
45. Czy stan noworodka oceniano w Pani obecności?	614	509	55%	45%
OCENA PRZEBIEGU PORODU				
46. Jak ocenia Pani personel szpitala odbierający poród ze względu na jego:				
A) Umiejętności zawodowe				
bardzo źle	10		1%	
źle	18		2%	
przeciętnie	127		11%	
dobrze	452		40%	
bardzo dobrze	527		46%	
B) Sposób informowania Pani o stanie jej zdrowia i zdrowia dziecka				
bardzo źle	34		3%	
źle	74		7%	
przeciętnie	276		24%	
dobrze	414		37%	
bardzo dobrze	335		30%	
C) Sposób traktowania Pani – troskliwość, okazywanie szacunku				
bardzo źle	43		4%	
źle	51		4%	
przeciętnie	293		24%	
dobrze	406		33%	
bardzo dobrze	422		35%	
POŁÓG	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
47. Jak długo była Pani w szpitalu po porodzie? [średnia dla ankiet]; w dobach		3,70		
48. Czy miała Pani kłopot z pierwszym karmieniem dziecka piersią?	437	695	39%	61%
49. Czy ktoś z personelu szpitala pokazał Pani jak przystawiać dziecko do piersi?	799	331	71%	29%
50. Czy w szpitalu odciągano Pani mleko do nakarmienia dziecka?	84	1 049	7%	93%
51. Czy przed wyjściem ze szpitala przestała Pani karmić dziecko piersią?	55	1 075	5%	95%
52. Czy w szpitalu podawano Pani dziecku mleko z proszku?	489	634	44%	56%

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	1 142		100%	
OGÓLNA OCENA POBYTU W SZPITALU				
53. Czy podczas pobytu w szpitalu czuła się Pani wystarczająco poinformowana o:				
swoim stanie zdrowia	854	278	75%	25%
stanie zdrowia dziecka przed porodem	756	366	67%	33%
stanie zdrowia noworodka	979	154	86%	14%
sposobie karmienia dziecka piersią	806	320	72%	28%
54. Czy podczas pobytu w szpitalu:				
miała Pani zaufanie do umiejętności zawodowych zajmujących się Panią położnych i lekarzy ?	977	151	87%	13%
czuła się Pani bezpiecznie?	951	172	85%	15%
55. Czy podczas pobytu w szpitalu była Pani traktowana z szacunkiem przez:	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
osobę prowadzącą poród?	1 036	98	91%	9%
pozostały personel medyczny szpitala?	957	169	85%	15%
56. Czy w szpitalu respektowano Pani prawo do prywatności i intymności?	908	210	81%	19%
57. Czy w trakcie Pani pobytu w szpitalu zaraziła się Pani lub dziecko drobnoustrojami (np. gronkowcem)?	29	1 101	3%	97%
58. Czy w trakcie pobytu w szpitalu zetknęła się Pani z reklamami albo ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem?	761	368	67%	33%
59. Czy w związku z tymi działaniami marketingowymi otrzymywała Pani później propozycje zakupu towarów lub usług?	475	598	44%	56%
INFORMACJE O ANKIETOWANEJ				
60. W jakim Pani jest wieku?				
19 lat lub mniej	7		1%	
20–24	122		11%	
25–29	391		34%	
30–34	409		36%	
35–39	164		14%	
40–44	38		3%	
45 lat lub więcej	4		0%	
61. Gdzie Pani mieszka?				
na wsi	492		44%	
w mieście	630		56%	
62. Jakie ma Pani wykształcenie?				
podstawowe	20		2%	
gimnazjalne	22		2%	
zasadnicze zawodowe	67		6%	
średnie	340		30%	
wyższe	686		60%	
63. Czy przed porodem pracowała Pani zawodowo?	845	281	75%	25%

Zbiorcze zestawienie wyników badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentek 24 oddziałów położniczych

Tabela nr 2
Poród w drodze c. c.

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	479		100%	
1. Które z kolei dziecko Pani urodziła?				
pierwsze	253		52%	
drugie	172		35%	
trzecie	49		10%	
czwarte	14		3%	
piąte	2		0%	
szóste	1		0%	
2. Kiedy je Pani urodziła? [rok]				
2013	171		36%	
2014	177		37%	
2015	131		27%	
CIĄŻA	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
3. Czy w okresie ostatniej ciąży rozmawiała Pani na temat ciąży i porodu?				
z własną matką	311		65%	
z innymi kobietami, które mają (miały) dzieci	394		82%	
z położną	189		39%	
z lekarzem ginekologiem	396		83%	
W tym dla kobiet w pierwszej ciąży – rozmowy na temat ciąży i porodu				
z własną matką	175		37%	
z innymi kobietami, które mają (miały) dzieci	208		43%	
z położną	105		22%	
z lekarzem ginekologiem	194		41%	
4. Czy w okresie ostatniej ciąży czytała Pani na temat ciąży i porodu?				
ulotki i poradniki otrzymane w placówce publicznej służby zdrowia	194		18%	
artykuły w czasopismach	282		26%	
książki	222		20%	
materiały w Internecie	388		36%	
5. Czy chodziła Pani do szkoły rodzenia	85	382	18%	82%
w tym chodzących do szkoły rodzenia przy pierwszym dziecku	66		26%	
6. W którym tygodniu swojej ciąży spotkała się Pani po raz pierwszy z osobą prowadzącą ciążę? [średnia dla ankiet]		6,49		X
PLAN PORODU	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
7. Czy miała Pani sporządzony przez lekarza lub położną plan porodu?	121	346	26%	74%
8. Czy przy sporządzaniu planu porodu pytano Panią o zdanie?	105	198	35%	65%

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	479		100%	
9. Czy dostarczyła Pani plan porodu do szpitala, w którym odbywała się poród?	97	245	28%	72%
10. Czy mogła Pani wybrać szpital, w którym miał odbyć się Pani poród?	373	83	82%	18%
IZBA PRZYJĘĆ				
11. Czy po przybyciu po raz pierwszy do szpitala, w którym miała Pani rodzić, przyjęto Panią na oddział położniczy w tym szpitalu?	406	47	90%	10%
12. Jak długo przebywała Pani na izbie przyjęć (w godzinach), zanim znalazła się Pani na oddziale? [średnia dla ankiet]		0,91		X
13. Czy mogła Pani wybrać osobę prowadzącą Pani poród w szpitalu?	105	352	23%	77%
14. Czy osoba prowadząca Pani poród w szpitalu:				
wystarczająco poinformowała o stanie Pani zdrowia i zagrożeniach ciąży?	348	119	75%	25%
wystarczająco objaśniła Pani jak będzie przebiegał poród?	294	167	64%	36%
pytała Panią o pisemną zgodę na nacięcie krocza?	115	276	29%	71%
pytała Panią o pisemną zgodę na cesarskie cięcie?	388	66	85%	15%
pytała Panią o pisemną zgodę na podanie znieczulenia?	334	114	75%	25%
zaproponowała aby przy porodzie był ktoś Pani bliski?	168	280	38%	63%
pytała o zgodę na obecność przy Pani porodzie osób innych niż personel szpitala przyjmujący poród?	99	350	22%	78%
OKRES SKURCZY PORODOWYCH	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
15. Czy w celu ulżenia bólom w okresie skurczy porodowych zaproponowano Pani:				
wykonanie masażu?	31	251	11%	89%
wykonanie ćwiczeń oddechowych?	94	189	33%	67%
kąpiel w wannie?	31	246	11%	89%
kąpiel pod prysznicem?	85	195	30%	70%
zmianę pozycji, w której się Pani znajdowała?	129	154	46%	54%
spacer?	89	192	32%	68%
16. Czy w okresie skurczy porodowych zachęcano Panią do picia wody lub innych przejrzystych płynów?	71	209	25%	75%
CIĘCIA	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
17. Czy urodziła Pani przez cesarskie cięcie?	478	0	100%	0%
18. Jeśli tak, to czy przed wykonaniem cesarskiego cięcia pytano Panią o zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu?	436	31	93%	7%
19. Jeśli tak, to czy przed wykonaniem cesarskiego cięcia prowadzący poród poinformował Panią o negatywnych skutkach tego zabiegu?	261	195	57%	43%
20. Jeśli tak, to czy poród w drodze cesarskiego cięcia odbył się na Pani życzenie?	123	304	29%	71%
KONTAKT Z DZIECKIEM	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
21. Czy po urodzeniu położono noworodka przy Pani tak, że miała Pani z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”?	182	277	40%	60%

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	479		100%	
22. Jeśli tak, to jak długo miała Pani dziecko przy sobie bezpośrednio po urodzeniu?				
2 godziny lub dłużej	13		7%	
Od 1 do 2 godzin	7		4%	
Od 30 min do godziny	8		4%	
krócej niż 30 minut	161		85%	
23. Czy po urodzeniu prowadzący poród powiedział Pani, jaki jest stan noworodka?	359	107	77%	23%
24. Czy stan noworodka oceniano w Pani obecności?	192	266	42%	58%
OCENA PRZEBIEGU PORODU				
25. Jak ocenia Pani personel szpitala odbierający poród ze względu na jego:				
A) Umiejętności zawodowe				
bardzo źle	8		2%	
źle	11		2%	
przeciętnie	43		9%	
dobrze	176		37%	
bardzo dobrze	240		50%	
B) Sposób informowania Pani o stanie jej zdrowia i zdrowia dziecka				
bardzo źle	16		3%	
źle	31		6%	
przeciętnie	108		23%	
dobrze	144		30%	
bardzo dobrze	179		37%	
C) Sposób traktowania Pani – troskliwość, okazywanie szacunku				
bardzo źle	15		3%	
źle	29		6%	
przeciętnie	93		19%	
dobrze	153		32%	
bardzo dobrze	188		39%	
POŁÓG	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
26. Jak długo była Pani w szpitalu po porodzie? [średnia dla ankiet]; w dobach		4,77		X
27. Czy miała Pani kłopot z pierwszym karmieniem dziecka piersią?	238	236	50%	50%
28. Czy ktoś z personelu szpitala pokazał Pani jak przystawiać dziecko do piersi?	361	113	76%	24%
29. Czy w szpitalu odciągano Pani mleko do nakarmienia dziecka?	65	409	14%	86%
30. Czy przed wyjściem ze szpitala przestała Pani karmić dziecko piersią?	38	434	8%	92%
31. Czy w szpitalu podawano Pani dziecku mleko z proszku?	288	186	61%	39%

Liczba wypełnionych ankiet	ilość		%	
	479		100%	
OGÓLNA OCENA POBYTU W SZPITALU				
32. Czy podczas pobytu w szpitalu czuła się Pani wystarczająco poinformowana o:				
swoim stanie zdrowia	349	128	73%	27%
stanie zdrowia dziecka przed porodem	335	142	70%	30%
stanie zdrowia noworodka	403	74	84%	16%
sposobie karmienia dziecka piersią	332	141	70%	30%
33. Czy podczas pobytu w szpitalu:	**TAK**	**NIE**	**TAK**	**NIE**
miała Pani zaufanie do umiejętności zawodowych zajmujących się Panią położnych i lekarzy ?	413	61	87%	13%
czuła się Pani bezpiecznie?	389	84	82%	18%
34. Czy podczas pobytu w szpitalu była Pani traktowana z szacunkiem przez:				
osobę prowadzącą poród?	434	42	91%	9%
pozostały personel medyczny szpitala?	398	76	84%	16%
35. Czy w szpitalu respektowano Pani prawo do prywatności i intymności?	372	90	81%	19%
36. Czy w trakcie Pani pobytu w szpitalu zaraziła się Pani lub dziecko drobnoustrojami (np. gronkowcem)?	18	459	4%	96%
37. Czy w trakcie pobytu w szpitalu zetknęła się Pani z reklamami albo ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem?	319	156	67%	33%
38. Czy w związku z tymi działaniami marketingowymi otrzymywała Pani później propozycje zakupu towarów lub usług?	202	258	44%	56%
INFORMACJE O ANKIETOWANEJ				
39. W jakim Pani jest wieku?				
19 lat lub mniej	3		1%	
20–24	40		8%	
25–29	156		33%	
30–34	176		37%	
35–39	79		17%	
40–44	22		5%	
45 lat lub więcej	1		0%	
40. Gdzie Pani mieszka?				
na wsi	180		40%	
w mieście	269		60%	
41. Jakie ma Pani wykształcenie?				
podstawowe	7		1%	
gimnazjalne	7		1%	
zasadnicze zawodowe	27		6%	
średnie	135		28%	
wyższe	301		63%	
42. Czy przed porodem pracowała Pani zawodowo?	374	99	79%	21%

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Jednostka NIK	Jednostka objęta kontrolą	Poziom referencyjności
1.	Delegatura w Białymstoku	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach Szpital Ogólny w Kolnie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	II I I
2.	Delegatura w Gdańsku	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	III I I
3.	Delegatura w Katowicach	Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu Szpital Powiatowy w Zawierciu Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myszkowie	III I I
4.	Delegatura w Łodzi	Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie	III I I
5.	Delegatura w Poznaniu	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kościanie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	II I I
6.	Delegatura w Olsztynie	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie	III I I
7.	Delegatura w Szczecinie	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie	III I I
8.	Delegatura w Warszawie	Instytut Matki i Dziecka w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kozienicach Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	III I I

ZAŁĄCZNIK NR 5

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. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Rzecznik Praw Pacjenta
10. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
11. Komisja Zdrowia Sejmu RP
12. Komisja Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu RP
13. Komisja Zdrowia Senatu RP
14. Komisja Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Senatu RP

Informację o wynikach kontroli opublikowano na stronie internetowej:
https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/.

Minister Zdrowia

Warszawa, 2016 -07- 05

DNM.093.5.2016.3.KCZ

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie

w nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych"**, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Na wstępie uprzejmie informuję, że po zapoznaniu się z treścią przywołanego powyżej dokumentu oraz biorąc pod uwagę stwierdzenie w nim zawarte, że *„Skontrolowane oddziały położnicze nie zapewniały pacjentkom i noworodkom wymaganej jakości świadczeń medycznych"* planowane jest wystąpienie do Pani Leokadii Jędrzejewskiej – Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego w sprawie przygotowania planu działania w zakresie:

- organizacji, realizacji i oceny przeprowadzenia działań na terenie każdego województwa zmierzających do poszerzenia wiedzy i stosowania przepisów poprawiających sytuację w zakresie opieki okołoporodowej, wskazanie roli położnej w realizacji przepisów,
- opracowania wytycznych i przekazania ich pielęgniarkom oraz położnym zarządzającym pracą pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a za ich pośrednictwem położnym we wszystkich województwach (we współpracy z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, a w przypadku ich braku z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

pielęgniarstwa lub konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego) dotyczących obowiązujących przepisów w zakresie opieki okołoporodowej, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji w zakresie porodów drogami natury i porodów drogą cięcia cesarskiego, znaczenia karmienia piersią, praw pacjenta do zachowania godności i intymności oraz stosowania odpowiednich technik opieki,

- uczestnictwa podmiotów leczniczych o I poziomie referencyjnym posiadających w swojej strukturze oddziały położnicze, (które w ciągu roku przyjmują więcej niż 600 porodów) w „Programie opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej",
- rozpoznania przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa potrzeb dotyczących przeprowadzenia szkoleń dokształcających, tj.: karmienia piersią, kangurowania poporodowego, znaczenia prowadzenia dokumentacji medycznej oraz specjalistycznych np. resuscytacji noworodka dla położnych realizujących świadczenia zdrowotne w oddziałach położniczych w szpitalach oraz położnych podstawowej opieki zdrowotnej,
- współpracy położnych podstawowej opieki zdrowotnej ze szkołami rodzenia,
- prowadzenia oceny i ewentualnych kontroli ustalania norm zatrudnienia zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545),

W mojej ocenie powyższe działania mogą przyczynić się do poprawy stosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 1:

Uprzejmie informuję, iż Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia zwrócił się o opinię w tej sprawie do Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W najbliższym czasie planowane są prace nad

zmianą ww. rozporządzenia, zatem rozważona zostanie zasadność zmian także we wnioskowanym zakresie.

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 2:

Najwyższa Izba Kontroli, w podsumowaniu wyników kontroli przeprowadzonej w podmiotach realizujących świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa stwierdza, iż wymóg określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.), dotyczący personelu medycznego na oddziale ginekologii i położnictwa jest niewystarczający, jednocześnie wskazując, iż Minister Zdrowia powinien podjąć prace legislacyjne w celu zmiany obecnego stanu rzeczy.

Zaznaczyć należy, że Najwyższa Izba Kontroli wskazując na niedobory w powyższym zakresie, wymieniła jedynie wymagania dotyczące stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, pomijając fakt, że przedmiotowe rozporządzenie określa również, iż na oddziale ginekologii i położnictwa, świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić obok anestezjologa, również stałą obecność lekarza specjalisty lub lekarza z I stopniem specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

W związku z faktem, iż Najwyższa Izba Kontroli formułując wnioski pokontrolne, nie przytoczyła ww. przepisu w całości, przedmiotową uwagę uważam za bezzasadną.

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 3:

Uprzejmie informuję, iż prawo do poszanowania intymności i godności wynika wprost z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) i dotyczy wszystkich pacjentów przebywających na oddziałach i w gabinetach badań. W celu zapewnienia intymności pacjentom i poszanowania ich godności, w tym pacjentkom rodzącym, kierownik podmiotu leczniczego powinien przedsięwziąć wszystkie dostępne środki (materialne i niematerialne), aby osiągnąć ten cel. Biorąc pod uwagę powyższe uprzejmie wyjaśniam, iż sama zmiana przepisów rozporządzenia, w sytuacji gdy 90% szpitali realizuje w różnym zakresie program dostosowawczy (pomieszczenia i urządzenia) do 31 grudnia 2017 r., może w praktyce nie przynieść pożądanego efektu.

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 4:

W nawiązaniu do wskazanej przez Najwyższą Izbę Kontroli potrzeby podjęcia inicjatywy zmierzającej do utworzenia banków mleka na terenie każdego

z województw, wyjaśniam, że na mocy zarządzenia z dnia 12 marca 2014 r. Głównego Inspektora Sanitarnego został powołany zespół ekspertów do spraw funkcjonowania laktariów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Głównym jego zadaniem jest opracowanie procedury postępowania z mlekiem kobiecym przez tzw. banki mleka kobiecego, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pobierania, przechowywania i stosowania u niemowląt mleka kobiecego, pochodzącego od matki dziecka oraz kobiety innej niż matka dziecka. Aktualnie trwają prace nad opracowaniem zasad pobierania i przechowywania mleka kobiecego, określeniem procedury prawidłowej pasteryzacji mleka, minimalnych wymagań sprzętowych dla prowadzenia banku mleka kobiecego, zasad kwalifikacji kobiet, które mogą być dawczyniami mleka, określeniem niezbędnych badań mikrobiologicznych mleka oraz wymaganiami dla personelu. Ponadto Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydanie rekomendacji w sprawie zmiany wyceny oraz warunków żywienia enteralnego niemowląt. Poziom finansowania żywienia enteralnego dzieci przedwcześnie urodzonych uzależniony byłby od rodzaju stosowanego pokarmu, przy założeniu wyższej wyceny w przypadku stosowania pokarmu kobiecego dostarczanego przez banki mleka kobiecego. Powyższe działanie może pośrednio wpłynąć na zwiększenie liczby banków mleka kobiecego.

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 5:

Odnosząc się do wniosku pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego kampanii informującej kobiety o ewentualnych, negatywnych skutkach, jakie może spowodować cesarskie cięcie, uprzejmie informuję, że w celu odwrócenie niepokojącego trendu wykonywanych w Polsce cesarskich cięć, Minister Zdrowia w dniu 9 listopada 2015 r. powołał na wniosek Pana prof. dr. hab. Stanisława Radowickiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii Zespół roboczy do spraw opracowania kierunków działań dla zmniejszenia liczby cesarskich cięć. Rolą Zespołu jest analiza dotychczasowych rekomendacji w zakresie cesarskich cięć, a także opracowanie rozwiązań systemowych pozwalających w sposób istotny na zmniejszenie ich liczby. Do chwili obecnej Zespół nie zakończył jeszcze prac nad rekomendacjami w tym zakresie.

Strona 14, wniosek pokontrolny nr 6:

Uprzejmie informuję, że wiodącym aktem prawnym, zapewniającym jednolite sposoby postępowania dla personelu medycznego zajmującego się kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu i noworodkiem są wydane na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 20 września 2012 r. standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Opisane w nich metody postępowania oparte są na dowodach naukowych oraz doświadczeniach polskich ekspertów w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Celem „standardów opieki okołoporodowej" jest poprawa opieki okołoporodowej, która powinna być realizowana m.in. poprzez:

- ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego,
- przestrzeganie praw pacjenta,
- stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej,
- zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki okołoporodowej,
- optymalizację kosztów tej opieki przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa.

Zgodnie z ww. standardami, każda ingerencja w naturalny proces porodu i laktacji musi wiązać się z medycznie uzasadnioną przesłanką. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces porodu, np. znieczulenie farmakologiczne lub poród zabiegowy oznacza, iż poród wymaga zastosowania szczególnych procedur, wykraczających poza niniejszy standard. Zgodnie z ust. 1 Postanowień ogólnych, w standardach określone są poszczególne elementy opieki medycznej mające na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych. Wśród wymienionych tam głównych interwencji nie wskazano podawania znieczulenia zewnątrzoponowego. Jednocześnie, w części VI standardów zawarte są strategie uśmierzania bólu podczas porodu. Osoba sprawująca opiekę nad rodzącą powinna przekazać jej pełną informację o metodach łagodzenia bólu porodowego, zarówno niefarmakologicznych, jak i farmakologicznych, dostępnych w podmiocie leczniczym, do którego ciężarna się zgłosiła. Ponadto powinna wspierać ją w stosowaniu tych metod i respektować jej decyzje w tym zakresie. Przepis ten nie ogranicza sposobów łagodzenia bólu podczas porodu wyłącznie do niefarmakologicznych. Zgodnie z powyższym, standardy opieki okołoporodowej nie stoją w sprzeczności z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który wprowadził dodatkową opłatę dla podmiotów leczniczych stosujących znieczulenie

zewnątrzoponowe podczas porodu siłami natury. Zastosowanie takiego znieczulenia, wymaga jednak spełnienia innych procedur, których zakres wykracza poza przedmiotowy standard. Skuteczna i dobrze oceniana przez pacjentki analgezja porodu wymaga efektywnego połączenia działań lekarzy położników, położnych i lekarzy prowadzących analgezję regionalną porodu. Wymaga też współpracy ze strony rodzącej i jej bliskich. Minister Zdrowia dążąc do poprawy jakości opieki okołoporodowej 9 listopada 2015 r. wydał w formie rozporządzenia standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997). Standardy te są komplementarne do standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Standardy te definiują zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu. Przedmiotowe rozporządzenie wejdzie w życie 31 sierpnia 2016 r. po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia, co pozwoli na dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących standardów, w tym dokonanie zmian organizacji pracy w tych podmiotach.

Przepisy zawarte w standardach opieki okołoporodowej są przepisami prawa powszechnie obowiązującego, co oznacza, że każdy pracownik medyczny jest obowiązany do ich stosowania w praktyce, a za nadzór nad pracą pracowników podmiotów leczniczych odpowiadają ich zwierzchnicy.

Liczne informacje docierające do Ministerstwa Zdrowia świadczą, że postanowienia ww. standardów nie zawsze są przestrzegane. Potwierdza to również ww. Informacja Najwyższej Izby Kontroli. W związku z powyższym, uznano za zasadne powołanie Zespołu, którego celem będzie diagnoza barier utrudniających realizację standardów opieki okołoporodowej i wypracowanie skutecznych rozwiązań w tym zakresie, co w dalszej perspektywie przyczyni się do wzrostu jakości opieki nad matką i dzieckiem w Polsce. Zespół został utworzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., w jego skład wchodzą eksperci oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Przywołane w ww. Informacji ustalenia Najwyższej Izby Kontroli dotyczące: organizacji pracy personelu medycznego na oddziałach położniczych,

salach porodowych, medykalizacji procesu porodu, poszanowania praw pacjentów oraz nieuzasadnionego dokarmiania noworodków mlekiem modyfikowanym stanowią przedmiot prac powyższego Zespołu. Opracowane rozwiązania powinny przyczynić się do większej satysfakcji pacjentek z opieki okołoporodowej, optymalizacji kosztów tej opieki przy jak najniższym poziomie interwencji medycznej, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa oraz wzrostu świadomości kobiet na temat przysługujących im praw. Planowane jest zakończenie prac Zespołu z dniem 31 sierpnia 2016 r. po przedstawieniu Ministrowi Zdrowia stosownych rekomendacji w powyższym zakresie.

Natomiast odnosząc się do kwestii, iż *Prezes NFZ wprowadził dodatkową opłatę dla podmiotów leczniczych stosujących ten sposób uśmierzania bólu podczas porodu siłami natury*, należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z kompetencjami określonymi w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), przeprowadza analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – dokonuje wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenie „Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w wartości JGP", wprowadzone zarządzeniem nr 34/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, przygotowane zostało w oparciu o opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 23 lutego 2015 r., znak: AOTMiT-WT-553-I/ACh/2015 .

2 pouczeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Warczyński

PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

LBI.410.008.00.2015
P/15/065

Warszawa, 19 lipca 2016 r.

Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie
Informacji o wynikach kontroli opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[1], przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie *Informacji o wynikach kontroli opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych*, zawartego w piśmie z 5 lipca 2016 r. (DNM.093.5.2016.3.KCZ).

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje deklarację Ministra Zdrowia co do działań na rzecz poprawy sytuacji w opiece okołoporodowej na oddziałach położniczych i podtrzymuje uwagi oraz wszystkie wnioski zawarte w Informacji NIK, w tym te, które Minister kwestionuje bądź ocenia jako nieprzynoszące pożądanego efektu.

W ocenie NIK, zasadny jest wniosek o rozważenie wprowadzenia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych[2] wymogu takiej organizacji pracy anestezjologów, aby w razie konieczności było możliwe natychmiastowe znieczulenie pacjentki. Wniosek ten nie wymagał przytoczenia w „całości" odpowiedniego przepisu tego rozporządzenia, to jest również w części dotyczącej lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, gdyż ustalenia kontroli dają podstawę wyłącznie do uwag dotyczących organizacji pracy anestezjologów.

Zasadny jest również wniosek o rozważenie wprowadzenia w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[3], uregulowań gwarantujących zapewnienie pacjentkom prawa do intymności i godności na salach porodowych i w gabinetach badań. Potrzebne są w tym obszarze uregulowania szczegółowe, a nie tylko przyznanie takiego prawa ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[4]. Przy tym, nagannym jest, że szpitale w tak ważnej sprawie, wykorzystują przepisy pozwalające na szereg odstępstw od norm i wymagań. Zgodnie bowiem z *ustawą o działalności leczniczej*[5], placówki, które w dniu wejścia w życie tej ustawy nie spełniały jej wymagań, otrzymały czas na dostosowanie się do końca 2017 r., pod warunkiem opracowania programu naprawczego. W tej sytuacji zoz zamiast dostosować pomieszczenia do przepisów, od wielu lat – niektóre od ponad 20 – powszechnie korzystają z możliwości opracowania takiego programu.

NIK nadal stoi na stanowisku, że są rozbieżności w podejściu do stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych pomiędzy Ministrem Zdrowia, który w standardach opieki okołoporodowej[6] zalecił ograniczenie interwencji medycznych do niezbędnego minimum, a Prezesem NFZ, który wprowadził dodatkową opłatę za stosowanie takich znieczuleń podczas porodów rozwiązywanych siłami natury. Niewątpliwie krokiem w dobrym kierunku jest wydanie przez Ministra Zdrowia, w dniu 9 listopada 2015 r., rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego[7] (przepis wejdzie w życie 31 sierpnia 2016 r.) ale nie wyklucza to odpowiedniego przeredagowania zapisów w standardach opieki okołoporodowej.

---

1 Dz. U. z 2015 r. poz.1096 oraz z 2016 r. poz. 677. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK".
2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.).
3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
4 Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.
5 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
6 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100 ze zm.)
7 Dz. U. poz. 1997.