



KZD.430.1.2024

Nr ewid.15/2024/P/23/047/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**PRZESTRZEGANIE PRAW
PACJENTA W SYSTEMIE OCHRONY
ZDROWIA**

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk
/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Michał Jędrzejczyk
/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

Warszawa, lipiec 2024 r.

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

www.nik.gov.pl

Spis treści

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć.....	4
1. Wprowadzenie	6
2. Ocena ogólna.....	8
3. Synteza wyników kontroli	10
4. Wnioski	17
5. Ważniejsze wyniki kontroli.....	18
5.1. Rzecznik Praw Pacjenta.....	18
5.1.1. Przygotowanie regulacji prawnych zapewniających ochronę praw pacjenta oraz wystąpień do innych organów.....	18
5.1.2. Prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawie naruszeń prawa pacjenta.....	20
5.1.3. Prowadzenie postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów	24
5.1.4. Ustalanie odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych	25
5.1.5. Ochrona praw pacjentów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.....	26
5.1.6. Realizacja strategii wieloletniej rzecznika	29
5.2. Podmioty lecznicze	30
5.2.1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta	30
5.2.2. Przestrzeganie prawa do informacji.....	31
5.2.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.....	33
5.2.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i zawartych w niej danych.....	36
5.2.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.....	41
6. Załączniki	44
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	44
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych	50
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	52
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	53

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

- ból** Nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek lub też doznanie opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia (International Association for the Study of Pain, ISAP Taxonomy 1979, 2008); jest sygnałem potencjalnego zagrożenia, wyzwała odruchową i behawioralną odpowiedź organizmu w celu ograniczenia do minimum skutków uszkodzenia¹.
- dokumentacja** Dokumentacja medyczna – jest to chronologicznie uporządkowany zbiór danych dotyczących stanu zdrowia i choroby pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
- EKP** Europejska Karta Praw Pacjenta zawiera 14 praw pacjentów, które łącznie prowadzą do zagwarantowania wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia (art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej²) i do zapewnienia wysokiej jakości usług dostarczanych przez różne systemy ochrony zdrowia w Europie. Karta została opracowana w 2002 r. przez organizacje konsumentów i pacjentów skupione w Sieci Aktywności Obywatelskiej.
- k.p.a.** Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 572)
- odleżyna** Uszkodzenie skóry i niżej położonych tkanek spowodowane miejscowym działaniem ucisku i/lub tarcia. Umiejscowienie zmian zależy od tego, które okolice ciała są narażone na niedokrwienie. Brak zmiany pozycji ciała, narażenie skóry na działanie wilgoci i zaniedbania higieniczne są czynnikami istotnymi w patomechanizmie powstawania odleżyn³.
- pacjent** Osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny – art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
- Rzecznik lub RPP** Rzecznik Praw Pacjenta
- rozporządzenie w sprawie dokumentacji** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798)
- rozporządzenie w sprawie OWU** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.)
- ustawa o działalności leczniczej** ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)
- ustawa o prawach pacjenta** ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*
- ustawa o świadczeniach** ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

¹ Choroby wewnętrzne, Edra Urban & Partner, rozdział 5. *Opieka paliatywna i leczenie bólu*. D. Oxenham.

² Dz. Urz. UE C 83 z 30 marca 2010 r., str. 389.

³ *Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku* Via Medica E.Krupińska

zdarzenie niepożądane zdarzenie zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej⁴.

⁴ Definicja zawarta w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta* (Dz. U. poz. 1692).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy w systemie ochrony zdrowia przestrzegane są prawa pacjenta?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

- 1) Czy Rzecznik analizował funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz inicjował zmiany poprawiające sytuację pacjenta?
- 2) Czy prawidłowo prowadził postępowania wyjaśniające?
- 3) Czy prawidłowo prowadził postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów?
- 4) Czy prawidłowo realizował zadania związane z systemem ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych?
- 5) Czy rzetelnie realizował zadania związane z ochroną praw pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień?
- 6) Czy zapewnił realizację *Strategii wieloletniej Rzecznika Praw Pacjenta*?
- 7) Czy w szpitalu zapewniono rzetelny nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta?
- 8) Czy pacjentom zapewniono dostęp do informacji?
- 9) Czy zapewniono odpowiednią dostępność świadczeń?
- 10) Czy prowadzenie, udostępnianie oraz zabezpieczenie dokumentacji medycznej było zgodne z przepisami?
- 11) Czy organizacja i warunki udzielania świadczeń respektują prawo pacjentów do poszanowania ich intymności i godności?

Jednostki kontrolowane

Biuro Rzecznika,
17 podmiotów leczniczych.

Okres objęty kontrolą

Lata 2019–2023 do czasu zakończenia czynności kontrolnych z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem

Koncepcja praw pacjenta rozwinęła się w oparciu o Powszechną Deklarację Praw Człowieka uchwaloną w 1948 r. przez Trzecią Sesję Ogólnego Zgromadzenia ONZ, która uznała wrodzoną wolność i równość wszystkich ludzi pod względem godności i praw. Koncepcja indywidualnych praw człowieka stopniowo rozszerzała swoją definicję obejmując również prawa pacjenta – a więc kwestie dotyczące dostępu i uprawnień osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Celem praw pacjenta jest ochrona jego wolności przed ingerencją ze strony innych podmiotów oraz prawo domagania się słusznie przynależnych warunków realizacji tych praw. Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W polskim ustawodawstwie prawa pacjenta są zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁵ i ustawie *o prawach pacjenta*. Ustawa uwzględnia m.in. Europejską Kartę Praw Pacjenta z 2002 r. (dalej Karta), jednak nie realizuje wszystkich zawartych w niej zaleceń. Jako statut zalecanych praktyk, Karta została opracowana przez organizacje konsumentów i pacjentów skupione w Sieci Aktywności Obywatelskiej. Opiera się na założeniach Deklaracji Promocji Praw Pacjenta w Europie przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 r.

W ustawie *o prawach pacjenta* wyszczególniono prawa do:

- 1) świadczeń zdrowotnych (rozdział 2);
- 2) informacji (rozdział 3);
- 3) tajemnicy informacji z nim związanych (rozdział 4);
- 4) wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (rozdział 5);
- 5) poszanowania intymności i godności pacjenta (rozdział 6);
- 6) dokumentacji medycznej (rozdział 7);
- 7) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (rozdział 8);
- 8) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (rozdział 9);
- 9) opieki duszpasterskiej (rozdział 10);
- 10) przechowania rzeczy wartościowych w depozycie (rozdział 11).

Wskazany powyżej, pierwotnie unormowany w 2008 r., katalog praw pacjenta nie jest jednak wyczerpujący, w tym znaczeniu, że może zaistnieć potrzeba uregulowania innych obszarów ochrony praw pacjentów. Świadczy o tym między innymi dodanie do ustawy w 2013 r. prawa pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych – ustawą z dnia 27 września 2013 r. *o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw*⁶, a także uzupełnienie ustawy o prawo do łagodzenia bólu (art. 20a) – ustawą z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*⁷.

Zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta jest dbanie o to, aby prawa pacjentów były w należyty sposób przestrzegane przez podmioty lecznicze. Od 2009 r. wyodrębniono instytucję Rzecznika Praw Pacjenta, który wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Najwyższa Izba Kontroli, od momentu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie przeprowadziła odrębnej kontroli poświęconej szeroko pojętej problematyce przestrzegania praw pacjenta. Zagadnienia związane z ochroną tych praw były podejmowane jedynie wycinkowo, najczęściej w trakcie kontroli poświęconych wybranym obszarom systemu ochrony zdrowia. Ustalenia tych kontroli uzasadniały podjęcie przez NIK odrębnej kontroli dotyczącej ochrony i przestrzegania praw pacjenta.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.). Dalej „Konstytucja RP”.

⁶ Dz. U. poz. 1245.

⁷ Dz. U. poz. 836.

Przesłanką do podjęcia kontroli przez NIK była również analiza dotychczas publikowanych sprawozdań Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz poglądów przedstawicieli doktryny z zakresu praw pacjenta. Z informacji tych wynikało, iż szczególnie rozpowszechnionym zjawiskiem jest łamanie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ograniczenie dostępności świadczeń. Personel medyczny nie zawsze respektuje prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności oraz prawo do informacji.

2. OCENA OGÓLNA

Nieprzestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia

Prawa pacjenta nie były w pełni przestrzegane przez świadczeniodawców, zaś organ państwowy powołany do ich ochrony w niewystarczającym stopniu wywiązywał się ze swoich zadań. Co więcej zakres ochrony tych praw, przewidziany w polskim porządku prawnym, był węższy niż w szeregu innych krajów UE⁸.

Rzecznik Praw Pacjenta nie realizował w pełni zadań ustawowych dotyczących ochrony praw pacjenta, pomimo posiadania informacji o problemach i nieprawidłowościach występujących w tym zakresie. Jednocześnie część inicjatyw Rzecznika nie znalazła uznania i akceptacji, w szczególności Ministra Zdrowia, a procedowanie niektórych projektów aktów prawnych nie zostało zakończone, z przyczyn od niego niezależnych. **W ocenie NIK, negatywny wpływ na realizację zadań przez Rzecznika miała niedostateczna obsada pracownicza i znaczna fluktuacja kadr w Biurze RPP oraz status prawny Rzecznika powoływanego ustawą o prawach pacjenta.** Rzecznik nie podjął skutecznych działań, aby stworzyć warunki organizacyjne w celu prawidłowego prowadzenia postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta oraz postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów⁹, w trakcie których naruszano przepisy k.p.a. Rzecznik nie w pełni rzetelnie wykonywał zadania związane z ochroną praw pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, nie obejmując odpowiednim wsparciem pacjentów z części szpitali psychiatrycznych oraz ograniczając ochronę praw pacjentów w placówkach leczenia uzależnień. Na ogół prawidłowo realizował natomiast obowiązki związane z funkcjonowaniem wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. „Strategia wieloletnia Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023” nie była realizowana zgodnie z przyjętymi założeniami, a część zaplanowanych w niej zadań nie została wykonana.

W przypadku 65 % kontrolowanych podmiotów leczniczych nie zapewniono pełnego dostępu pacjentom do wszystkich, wymaganych przepisami prawa informacji w miejscach ogólnodostępnych, a w 53 % podmiotów w regulaminach organizacyjnych nie zamieszczono wszystkich niezbędnych elementów. Strony internetowe kontrolowanych szpitali nie zawsze zawierały wszystkie przydatne dla pacjentów informacje. Jednocześnie, w przypadku 35 % podmiotów, pacjenci nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani. W celu przekazania pacjentowi informacji o planowanym zabiegu i uzyskania zgody na jego przeprowadzenie stosowano mniej lub bardziej ogólne formularze, które niekiedy nie były dostosowane do planowanego zabiegu.

Ograniczony dostęp do niektórych świadczeń powodował konieczność oczekiwania na ich uzyskanie. Monitorowanie oceny i skuteczności leczenia bólu w 35 % podmiotów nie było prowadzone, bądź dokumentowane, w pełni rzetelnie. W niektórych dokumentacjach medycznych brakowało wpisów dotyczących oceny natężenia bólu, co naruszało obowiązujące procedury i mogło świadczyć o sprawowaniu opieki nad pacjentem bez dołożenia należytej staranności. Podobne braki, dotyczące monitorowania stanu odleżyn i procesu ich leczenia, stwierdzono w przypadku 42 % kontrolowanych podmiotów leczniczych. W 24 % podmiotów wystąpiły

⁸ Na przykład, zgodnie z Europejską Kartą Praw Pacjenta z 2002 r. pacjentowi przysługuje prawo do poszanowania jego czasu bez względu na etap, czy miejsce leczenia. Dostawcy usług medycznych powinni ustalić czas oczekiwania/czas gwarantowany na uzyskanie niezbędnego leczenia zgodnie z przyjętymi zasadami. Gwarancji takiej nie wprowadzono w naszym kraju. Została ona natomiast wprowadzona w niektórych krajach europejskich, takich jak na przykład: Szwecja, Dania, Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Hiszpania czy Holandia.

⁹ Dalej: postępowanie.

nieprawidłowości w procesie rejestrowania i raportowania zdarzeń niepożądanych.

W 29 % podmiotów pacjentom nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie jego udzielenia, stosownie do postanowień art. 23a ustawy o świadczeniach.

Żaden z kontrolowanych podmiotów nie prowadził w pełni elektronicznej dokumentacji medycznej¹⁰. Prowadzono ją w całości bądź częściowo w postaci papierowej (w mniejszym lub większym zakresie), a częściowo w formie elektronicznej. Taka praktyka nie usprawniała pracy personelu medycznego i nie sprzyjała respektowaniu prawa pacjenta do dokumentacji medycznej.

W 47 % podmiotów leczniczych dokumentacja medyczna pacjentów nie była prowadzona w pełni rzetelnie. W 41 % podmiotów wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania, a w 18 % podmiotów stwierdzono nieprawidłowości w procesie jej udostępniania.

Wszystkie kontrolowane podmioty lecznicze podejmowały działania w celu poszanowania intymności i godności pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Respektowaniu tego prawa nie sprzyjały jednak niewłaściwe warunki techniczne (29 % podmiotów) oraz nieprawidłowe stosowanie monitoringu wizyjnego (24 % placówek).

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości w podmiotach leczniczych dotyczące praw pacjenta wskazują na niewystarczający nadzór kierownictwa tych podmiotów nad ich przestrzeganiem.

¹⁰ Zgodnie z obowiązującymi przepisami, placówki medyczne udzielające świadczeń zdrowotnych prowadzą dokumentację medyczną w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji). Dokumentacja może być prowadzona również w postaci papierowej, jeżeli przepisy rozporządzenia tego wymagają lub jeśli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji).

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Ograniczona niezależność Rzecznika od władzy wykonawczej

Rzecznik Praw Pacjenta jest, zgodnie z art. 42 ustawy *o prawach pacjenta*, centralnym organem administracji rządowej, nad którego działalnością nadzór sprawuje Prezes Rady Ministrów¹¹. RPP jest wyłaniany w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru. Procedura ta jest realizowana przez zespół powołany przez Ministra Zdrowia i spośród trzech wyłonionych w tym trybie kandydatów, Prezes RM powołuje Rzecznika¹².

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż pozycja Rzecznika w systemie organów państwa i sposób jego powoływania nie sprzyja budowie autorytetu RPP, którego misja z założenia ma polegać na obiektywnym i bezkompromisowym staniu na straży praw pacjenta. Należy podkreślić, że do przestrzegania tych praw są również obowiązane organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia (w tym Minister Zdrowia i Prezes NFZ).

Nie zawsze skuteczne inicjatywy Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta analizował funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i corocznie zgłaszał Ministrowi Zdrowia propozycje zmian systemowych i projekty zmian regulacji prawnych, jednak nie zawsze były one akceptowane. Na przykład po kontroli „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”¹³, w której Najwyższa Izba Kontroli wskazała, iż w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia, Rzecznik dwukrotnie, w 2018 r. i 2019 r., wystąpił do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów poprawiających funkcjonowanie tego systemu, zgodnie z wnioskami NIK, deklarując jednocześnie pełną gotowość współpracy. Na te wystąpienia nie uzyskał żadnej odpowiedzi. Minister Zdrowia nie reagował na wnioski Rzecznika pomimo że zgodnie z art. 47 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta*¹⁴ był zobowiązany do ustosunkowania się do tych wniosków w terminie 30 dni od ich otrzymania. Ostatecznie stworzony został nowy model pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych oparty na Funduszu Kompensacyjnym, przyjęty ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i RPP oraz niektórych innych ustaw*¹⁵. Ustawa ta weszła w życie 6 września 2023 r.¹⁶ [str. 18–19, 26]

Brak inicjatywy Rzecznika dotyczącej badań genetycznych

Rzecznik, pomimo posiadania informacji od Najwyższej Izby Kontroli, Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej Polskiej Akademii Nauk, a także analiz z innych źródeł, nie skorzystał z uprawnienia określonego w art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy *o prawach pacjenta* i nie wystąpił z wnioskiem do Ministra Zdrowia o doprowadzenie do podjęcia inicjatywy ustawodawczej dotyczącej badań genetycznych. Zaniechanie działań w tym zakresie było postępowaniem nierzetelnym. Brak stosownych regulacji stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i poszanowania ich praw.

¹¹ Dalej Prezes RM.

¹² Procedura powoływania Rzecznika została opisana w art. 44 ustawy *o prawach pacjenta*. Nabór na stanowisko Rzecznika przeprowadza zespół powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów.

¹³ Informacja o wynikach kontroli została zatwierdzona 31 października 2018 r. (Nr ewid. 163/2018/P/18/057/KZD).

¹⁴ Zgodnie z tym przepisem organy, do których Rzecznik zwrócił się z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta, są obowiązane ustosunkować się do tego wniosku w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

¹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1675.

¹⁶ Ocena funkcjonowania przyjętego rozwiązania dotyczącego Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych nie była przedmiotem kontroli NIK z uwagi na krótki okres obowiązywania przepisów w tym zakresie.

Najwyższa Izba Kontroli już w 2018 r., po kontroli „Bezpieczeństwo badań genetycznych”¹⁷ alarmowała, iż w Polsce, mimo dynamicznego rozwoju genetyki, nie ma regulacji prawnych, które określałyby kompleksowo zasady wykonywania poradnictwa genetycznego, bankowania materiału oraz bezpieczeństwa danych genetycznych.

Z ustaleń obecnie przeprowadzonej kontroli wynika, iż prace legislacyjne w tym zakresie prowadził Minister Zdrowia. Nie przyniosły one jednak oczekiwanego skutku. Po przygotowaniu projektu ustawy, której celem było prawne uregulowanie wykonywania testów genetycznych w ramach systemu ochrony zdrowia, Minister Zdrowia 2 maja 2023 r. skierował wniosek do Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu o wprowadzenie do *Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów* projektu tej ustawy¹⁸. Zespół nie wyraził jednak zgody na wprowadzenie projektu do tego *Wykazu*¹⁹. [str. 19–20]

Brak warunków organizacyjnych dla prawidłowego prowadzenia postępowań wyjaśniających

Rzecznik, w okresie objętym kontrolą, wszczął ogółem 6339 postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta, w tym: w 2019 r. – 570; w 2020 r. – 1021; w 2021 r. – 1846; w 2022 r. – 1609; w 2023 r. (do 29 września) – 1293. Rzecznik nie podjął skutecznych działań, aby stworzyć odpowiednie warunki organizacyjne w celu rzetelnego i zgodnego z prawem prowadzenia postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta. W Departamencie Postępowań Wyjaśniających Biura Rzecznika średnia liczba postępowań wyjaśniających przypadająca na jeden etat, w latach 2019–2023 (do 30 września), rokrocznie była wyższa, tj. wynosiła odpowiednio: 71, 87, 143, 198, 216. Średnia liczba prowadzonych postępowań przypadająca na jeden etat w 2023 r. zwiększyła się aż o 204,2 %, w porównaniu do 2019 r. [str. 20–21]

W 85 z 87 (97,7 %) analizowanych postępowań wyjaśniających²⁰ przekroczono terminy wynikające z art. 12 § 1, art. 35 § 3 w zw. z art. 61 § 3 k.p.a. i w zw. z art. 54 ustawy o *prawach pacjenta*. Działanie to było również niezgodne z § 5 zarządzenia nr 16/2019 Rzecznika z dnia 31 października 2019 r. w *sprawie postępowań wyjaśniających prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta*, zgodnie z którym pracownik prowadzący sprawę powinien na bieżąco monitorować etap sprawy i podejmować czynności zmierzające do szybkiego uzyskania kompletnego materiału dowodowego. Ponadto, w toku badania wspomnianych postępowań, stwierdzono szereg innych naruszeń przepisów k.p.a. [str. 21]

W 22 % zbadanych przypadków Rzecznik nie podejmował działań lub podejmował je przewlekłe, w celu wyegzekwowania informacji, o które występował w wystąpieniach kierowanych na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 2 ustawy o *prawach pacjenta*.

Prowadzenie postępowań wyjaśniających po powzięciu informacji o zgonie pacjenta

W latach 2019–2023 (do 30 września) wszczęto i prowadzono ogółem 396 postępowań wyjaśniających w sprawach o naruszenie praw pacjenta, po powzięciu informacji o zgonie pacjenta, mimo iż w ustawie o *prawach pacjenta* brak jest regulacji w tym zakresie. Zgodnie z art. 54 ustawy o *prawach pacjenta* w zakresie nieuregulowanym w art. 49 – 53 ustawy do postępowania prowadzonego przez Rzecznika stosuje się odpowiednio przepisy k.p.a. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w orzecznictwie przesądzono, iż charakter strony przysługujący osobie fizycznej wygasa wraz z jej śmiercią, tym

¹⁷ Informacja o wynikach kontroli została zatwierdzona 9 kwietnia 2018 r. (Nr ewid. 19/2018/P/17/102/LWA).

¹⁸ Ustawa miała zapewnić wprowadzenie wysokich standardów wykonywania testów genetycznych poprzez ustawowe gwarancje dla funkcjonowania na rynku usług medycznych wyłącznie uprawnionych podmiotów, posiadających odpowiednie zaplecze organizacyjno-techniczne, kadrowe – w postaci lekarzy specjalistów, genetyków i specjalistów w dziedzinie laboratoryjnej diagnostyki genetycznej.

¹⁹ Informacje uzyskane od Ministra Zdrowia w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

²⁰ Zastosowano dobór celowy próby do kontroli: 80 najdłużej trwających postępowań wszczętych na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta* oraz siedem postępowań wybranych na podstawie analizy zgromadzonego materiału.

Przewlekłe prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

samym w stosunku do osoby nieżyjącej nie można wszcząć i prowadzić (kontynuować) postępowania. [str. 22–23]

W latach 2019–2023²¹ wszczęte zostały ogółem 874 postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w tym: w 2019 r. 48, w 2020 r. 138, w 2021 r. 181, w 2022 r. 279, w 2023 r. 228 postępowań.

W przypadku 12 z 22 (54,5 %) analizowanych postępowań, poszczególne czynności, przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie, wykonywane były z przekroczeniem terminów wskazanych w art. 12 § 1 w zw. z art. 35 § 1 i 3 k.p.a. oraz w zw. z art. 65 ustawy o *prawach pacjenta*²². Okresy przerw w wykonywaniu kolejnych czynności w sprawach wynosiły od 57 do 613 dni. W czterech z ośmiu analizowanych postępowań (50 %), w których Rzecznik nałożył kary na podstawie art. 68 lub 69 ustawy o *prawach pacjenta*, Rzecznik przewlekłe prowadził działania w celu wyegzekwowania tych kar. Najwyższa Izba Kontroli ocenia to jako postępowanie nierzetelne. [str. 24]

Niewystarczająca ochrona praw pacjentów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W latach 2019–2022 oraz do 30 września 2023 r., liczba rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego (RzPPSzP) zatrudnionych w BRPP zmniejszyła się i wynosiła odpowiednio: 46, 35, 27, 20 i 23²³. Rzecznik nie objął wsparciem pacjentów z części szpitali psychiatrycznych w Polsce poprzez przypisanie tych placówek RzPPSzP, pomimo, że art. 47 ust. 1 pkt 3a ustawy o *prawach pacjenta* zobowiązywał do ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. W latach 2019–2022 (na koniec kolejnych lat) liczba szpitali nieobjętych wsparciem Rzecznika wynosiła odpowiednio: 96, 137, 73 i 52; natomiast według stanu na 30 września 2023 r. było to 13 placówek. Oznacza to, że odsetek placówek nieprzypisanych RzPPSzP w latach 2019–2022 oraz w roku 2023 (do 30 września) wynosił odpowiednio: 34,7 %, 48,1 %, 22,7 %, 16,9 % i 4,3 %. W latach 2019–2023 (do 30 września) Rzecznik zwiększał liczbę szpitali psychiatrycznych przypisanych RzPPSzP, jednak działanie to – zdaniem NIK – nie zapewniało rzetelnej ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te podmioty i było jednym z powodów rezygnacji z pracy RzPPSzP z powodu nadmiernego obciążenia zadaniami.

Rzecznik, 1 grudnia 2022 r., utworzył stanowisko specjalisty, w celu wykonywania zadań dotyczących zapewnienia ochrony praw pacjentów przebywających w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień. Pracownikowi temu przypisano 98 placówek tego rodzaju na terenie Polski, co było działaniem niecelowym. Ta zmiana organizacyjna nie zapewniała bowiem rzetelnej ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady lecznicze sprawujące całodobową opiekę odwykową. Pracownik zatrudniony na wymienionym stanowisku nie mógł korzystać z uprawnień określonych w art. 10b ust. 4 ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*, ponieważ nie pełnił funkcji RzPPSzP. Zdaniem NIK, działaniem tym Rzecznik obniżył standardy ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez placówki leczenia uzależnień. [str. 26–28]

²¹ Do 19 września.

²² Zastosowano dobór celowy próby do kontroli: 22 trwające najdłużej postępowania wszczęte w latach 2019–2022.

²³ Instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RzPPSzP) została wprowadzona ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o *zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 141, poz. 1183). Zadaniem rzeczników była ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Od dnia 4 maja 2019 r. zadanie, o którym mowa, należy do RPP, który wykonuje je w szczególności przy pomocy rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego stosownie do art. 10b ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.) w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz. U. poz. 730).

Niepełna realizacja zadań zaplanowanych w „Strategii wieloletniej Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023”

Jednym z projektów wieloletnich w ramach Strategii było utworzenie *Kompleksowej platformy edukacyjno-informacyjnej dla Pacjentów*, co uzasadniano tym, że pacjenci coraz częściej korzystają z niewiarygodnych źródeł wiedzy na temat problemów zdrowotnych i sposobów ich rozwiązywania. Dlatego problem ten miał być rozwiązany dzięki uruchomieniu portalu wiedzy agregującego rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia. W BRPP nie podjęto prac planistycznych i nie stworzono tego portalu. [str. 29–30]

Niezapewnienie pacjentom pełnego dostępu do informacji w miejscach ogólnodostępnych i regulaminach kontrolowanych podmiotów

W przypadku 65 % kontrolowanych podmiotów leczniczych nie zapewniono pełnego dostępu pacjentom do wszystkich, wymaganych przepisami prawa informacji w miejscach ogólnodostępnych. Naruszano w ten sposób postanowienia z § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie *OWU*. Pacjentów nie informowano m. in. o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; zasadach potwierdzania prawa do świadczeń, czy istniejących udogodnieniach osób z niepełnosprawnościami. Zaniechanie realizacji obowiązków w tym zakresie tłumaczono najczęściej przeoczeniem bądź prowadzonymi pracami remontowymi. Część brakujących informacji udało się uzupełnić jeszcze w czasie trwania badań kontrolnych NIK.

W 53 % podmiotów w regulaminach organizacyjnych nie zamieszczono wszystkich niezbędnych elementów. Regulaminy niektórych podmiotów zawierały nieaktualne dane o strukturze organizacyjnej i wykonywanych świadczeniach zdrowotnych. Brakowało w nich także niektórych informacji wymaganych postanowieniami ustawy o *działalności leczniczej*, takich jak np. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o *prawach pacjenta*, czy wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością²⁴. [str. 31]

Brak pełnej informacji dla pacjentów o podwyższonego ryzyka

W 35 % podmiotów, pacjenci nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani. W celu przekazania pacjentowi informacji o planowanym zabiegu i uzyskania zgody na jego przeprowadzenie stosowano mniej lub bardziej ogólne formularze, które niekiedy nie były dostosowane do planowanego zabiegu. Nie zawsze zawierały też informację, jakie są spodziewane korzyści i najczęściej występujące ryzyka związane z tym zabiegiem. Naruszano w ten sposób art. 9 ust. 1–2 ustawy o *prawach pacjenta*²⁵. Niewskazanie daty i godziny złożenia podpisu przez pacjenta uniemożliwiało z kolei ustalenie, czy zgoda została wyrażona przed czy uzupełniona już po zabiegu.

W ocenie NIK, podstawą świadomego wyrażenia zgody przez pacjenta jest uzyskanie przystępnej informacji dotyczącej proponowanego sposobu leczenia, oczekiwanych korzyści, ryzyka i skutków odległych. Zgoda powinna zatem dotyczyć konkretnego rodzaju zabiegu, na temat którego pacjent uzyskał kompletne i przystępne informacje. Rzetelne udokumentowanie na co pacjent rzeczywiście się zgodził i jaką wcześniej informację otrzymał, jest również istotne dla podmiotu leczniczego w razie ewentualnych spraw sądowych, gdy staje się to przedmiotem sporu²⁶. [str. 32–33]

²⁴ Naruszono w ten sposób przepisy art. 24 ust. 1 pkt 9 i 12 ustawy o *działalności leczniczej*.

²⁵ Zgodnie z powołanym przepisem pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

²⁶ Jak podano w Wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r. I ACa 846/07, jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane.

Ograniczony dostęp do świadczeń	Ograniczony dostęp do świadczeń powodował konieczność oczekiwania na ich wykonanie. Kontrolowane podmioty na bieżąco weryfikowały listy oczekujących na udzielenie świadczenia. W przypadkach konieczności zmiany terminu, z przyczyn leżących po stronie pacjenta np. nieodpowiadającego terminu, po uzyskaniu informacji od pacjenta zwalniającego miejsce, informowano o tym fakcie kolejnych pacjentów z listy bądź realizowano inne pilne zgłoszenia. Wysoki odsetek pacjentów, którzy nie zgłaszali się w wyznaczonym terminie, nie informując wcześniej o tym fakcie, utrudniał dostęp do świadczeń innym osobom. W skrajnych przypadkach w poradniach przyszpitalnych liczba niezgłaszających się osób stanowiła nawet połowę wszystkich zarejestrowanych pacjentów. [str. 33–34]
Niewystarczające monitorowanie bólu i skuteczności jego leczenia u pacjentów	Monitorowanie oceny i skuteczności leczenia bólu w 35 % podmiotów nie było prowadzone, bądź dokumentowane w pełni rzetelnie. Brakowało niektórych ocen natężenia bólu, co było niezgodne z wewnętrznymi procedurami i mogło świadczyć o niewystarczającej opiece nad pacjentem. Naruszano w ten sposób prawo pacjenta określone w art. 20a ust. 2 ustawy o <i>prawach pacjenta</i> ²⁷ . Ustalenia kontroli NIK wskazują więc, iż nadzór nad prawidłowością funkcjonowania procedur wewnętrznych dotyczących oceny i skuteczności leczenia bólu, sprawowany przez kierujących kontrolowanymi podmiotami leczniczymi, był niewystarczający. [str. 33–35]
Niewystarczające monitorowanie profilaktyki i leczenia odleżyn	W 42 % podmiotów stwierdzono uchybienia w zakresie monitorowania stanu odleżyn i działań leczniczych ich dotyczących ²⁸ . Wystąpiły przypadki niedokumentowania oceny ryzyka wystąpienia odleżyn ²⁹ , stosowania innej, niż obowiązująca w danym podmiocie leczniczym skali jego oceny, braku wpisów dotyczących podejmowanych działań terapeutycznych. [str. 34]
Nierzetelne rejestrowanie i raportowanie zdarzeń niepożądanych	W 24 % podmiotów wystąpiły przypadki nierzetelnego rejestrowania, analizy lub raportowania zdarzeń niepożądanych. W ocenie NIK, prawidłowe rejestrowanie zdarzeń niepożądanych jest istotne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów. Natomiast niedokonywanie ich analizy i oceny uniemożliwia podjęcie skutecznych działań zmierzających do ograniczenia liczby takich zdarzeń i ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie szpitala. [str. 35]
Niezapewnienie możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną	W 29 % podmiotów pacjentom nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie jego udzielenia, stosownie do postanowień art. 23a ustawy o <i>świadczeniach</i> . Jednocześnie w podmiotach, które udostępniły pacjentom taką możliwość, zainteresowanie elektroniczną rejestracją było znikome i nie przekraczało 1 % wszystkich przyjętych pacjentów. Jak wskazywano istotną przyczyną, niepozwalającą na szersze wykorzystanie tego kanału umawiania się na wizyty lekarskie, jest wiek pacjentów, a co za tym idzie ograniczenie możliwości korzystania z Internetu i wybieranie formy telefonicznej oraz osobistej, jako najkorzystniejszej do kontaktu. W ocenie NIK, taka sytuacja wymaga przede wszystkim odpowiednich działań informacyjnych skierowanych do pacjentów, którzy od lat przyzwyczajeni są do tradycyjnej formy kontaktu z podmiotem leczniczym. [str. 35]

²⁷ Zgodnie z powołanym przepisem podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

²⁸ Leczenie odleżyn wymaga szeregu czynności takich jak zabezpieczenie odleżyn opatrunkami, natuszczanie skóry, masaże, zmiany pozycji. Dla pacjentów z odleżynami, stosowane są materace przeciwodleżynowe, podpórki pod ręce i nogi, poduszki przeciwodleżynowe

²⁹ Zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pierwszym etapem profilaktyki przeciwodleżynowej jest ocena ryzyka powstania odleżyn dokonywana z zastosowaniem skali tej oceny.

**Nieprzewodzenie
w pełni elektronicznej
dokumentacji
medycznej**

Żaden z kontrolowanych podmiotów nie prowadził w pełni dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Prowadzono ją w całości bądź częściowo w postaci papierowej (w mniejszym lub większym zakresie), a częściowo w formie elektronicznej. Taka praktyka nie usprawniała pracy personelu medycznego i nie sprzyjała respektowaniu prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Stwarzała również ryzyko wytworzenia dwóch, dotyczących tego samego przypadku, dokumentów medycznych o różnej treści, co nie odpowiada wymogom rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Należy bowiem zauważyć, że dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w § 1 ust. 1 i 2 (elektroniczna bądź papierowa), nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (§ 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji). [str. 36]

**Nierespektowanie
prawa pacjenta
do rzetelnie
prowadzonej
dokumentacji
medycznej**

W 47 % podmiotów leczniczych dokumentacja medyczna pacjentów nie była prowadzona w pełni rzetelnie. Stwierdzono m.in. przypadki: braku wpisów potwierdzających obserwacje lekarskie lub ich dokonywanie z wielodniowym opóźnieniem i w sposób nieczytelny, niedokonywania autoryzacji wpisów, braku protokołów z przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, niespójności pomiędzy kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego a wewnętrzną dokumentacją medyczną. (str. 37)

**Niewystarczające
zabezpieczenie
dokumentacji
medycznej**

W 41 % podmiotów wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczenia dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania. Nie zawsze przeprowadzano w sposób systematyczny szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem, czym naruszano § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Nie stosowano udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, wymaganych przez § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. W przypadku papierowej dokumentacji medycznej warunki jej przechowywania nie zawsze zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą. [str. 38]

W 18 % podmiotów wystąpiły przypadki nieprawidłowego udostępniania dokumentacji medycznej polegające m.in. na jej niewłaściwym zabezpieczeniu oraz niezweryfikowaniu tożsamości osób odbierających dokumentację medyczną. [str. 40]

W podobnej liczbie podmiotów wystąpiły nieprawidłowości dotyczące przetwarzania danych osobowych pacjentów. Polegały one m.in. na przetwarzaniu tych danych przez osoby niewykonyjące zawodów medycznych, które nie posiadały stosownego upoważnienia administratora danych osobowych, dostosowanego do zakresu obowiązków i rodzaju pracy, którą wykonują. Naruszano w ten sposób art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta³⁰. [str. 39]

**Niepełne
respektowanie prawa
pacjenta
do poszanowania jego
intymności i godności**

Dla poszanowania prawa do intymności i godności niezbędne jest stworzenie pacjentowi przez szpital właściwych warunków pobytu. Tymczasem niewłaściwa infrastruktura techniczna, brak wyposażenia lub jego dewastacja, utrudniała realizację tego prawa w 29 % podmiotów. Stwierdzono m.in. przypadki braku łazienek przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami, niezapewnienia zamknięcia ogólnodostępnych sanitariatów, niezabezpieczenia okien łazienek przed oglądem z zewnątrz, czy braku odpowiedniej liczby parawanów, które umożliwiałyby zbadanie pacjenta na sali wieloosobowej z poszanowaniem jego intymności. [str. 41]

³⁰ Zgodnie z powołanym przepisem do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione: 1) osoby wykonujące zawód medyczny; 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

Monitoringiem wizyjnym obejmowano pomieszczenia, w których obowiązujące w okresie objętym kontrolą przepisy nie przewidywały obecności kamer, a regulaminy wewnętrzne dotyczące monitoringu wizyjnego były niekiedy sporządzane nierzetelnie. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w przypadku 18 % podmiotów. [str. 42]

Nieokreślenie standardów organizacyjnych

Minister Zdrowia nie określił standardów organizacyjnych opieki geriatrycznej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez realizację delegacji wynikającej z art. 22 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*, mimo skierowania przez NIK wniosków *de lege ferenda* w tej sprawie³¹. W przypadku opieki geriatrycznej Minister uznał wniosek za niezasadny, natomiast w odniesieniu do opieki paliatywnej i hospicyjnej uzależnił jego realizację od wyników prac powołanego przez siebie zarządzeniem z dnia 29 lipca 2022 r.³² organu pomocniczego – *Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej*. W ocenie NIK, biorąc pod uwagę funkcjonowanie zarówno opieki geriatrycznej, jak również paliatywnej i hospicyjnej celowe jest wprowadzenie standardów jako wzorców postępowania, które ujednoczą sprawowanie opieki i mogą przyczynić się do poprawy jakości udzielanych świadczeń.

³¹ Wnioski zawarte w informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej”, 3 luty 2022 r. oraz informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej”, 26 lipca 2019 r.

³² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. MZ poz. 81)

4. WNIOSKI

- Minister Zdrowia**
- 1) Każdorazowe ustosunkowywanie się do wniosków Rzecznika³³, stosownie do postanowień art. 47 ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta* co powinno wspierać realizację inicjatyw na rzecz skuteczniejszej ochrony praw pacjenta.
 - 2) Stworzenie, we współpracy z Rzecznikiem, internetowej platformy edukacyjno-informacyjnej dla pacjentów³⁴. W ocenie NIK, uruchomienie portalu wiedzy agregującego rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia byłoby korzystne dla pacjentów, którzy często korzystają z niewiarygodnych źródeł wiedzy na temat problemów zdrowotnych i sposobów ich rozwiązywania. Ponadto przy użyciu platformy można byłoby kształtować korzystne zachowania prozdrowotne np. większy udział obywateli w badaniach profilaktycznych.
- Minister Zdrowia
- wnioski de lege
ferenda**
- 1) Przygotowanie projektu zmiany przepisów dotyczących pozycji Rzecznika Praw Pacjenta w systemie organów państwa, która zapewniłaby uniezależnienie Rzecznika od wpływu władzy wykonawczej, umożliwiając skuteczniejsze niż do tej pory wykonywanie jego misji (np. poprzez wyłanianie osoby na urząd Rzecznika przez Sejm RP za zgodą Senatu RP i wprowadzenie zasady iż RPP jest w swojej działalności niezależny od innych organów państwowych i odpowiada przed Sejmem na zasadach określonych w ustawie)³⁵.
 - 2) Przygotowanie projektu zmiany ustawy o *prawach pacjenta* tak aby uregulować postępowania wyjaśniające prowadzone po zgonie pacjenta.
 - 3) Przygotowanie projektu regulacji prawnych gwarantujących ochronę praw pacjenta w zakresie badań genetycznych.
- Rzecznik
Praw Pacjenta**
- 1) Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia prawidłowego prowadzenia postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta oraz postępowań w sprawach naruszenia zbiorowych praw pacjentów.
 - 2) Podjęcie skutecznych działań w celu objęcia przez rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego wsparciem pacjentów we wszystkich szpitalach psychiatrycznych, w tym w podmiotach leczniczych sprawujących całodobową opiekę odwykową.
- Kierownicy
podmiotów
leczniczych**
- 1) Zapewnienie pacjentom wszystkich niezbędnych informacji wynikających z obowiązujących przepisów.
 - 2) Zapewnienie pacjentom spersonalizowanych formularzy zgód na poszczególne zabiegi zawierających wszystkie niezbędne informacje.
 - 3) Zapewnienie rzetelnego stosowania procedur w zakresie oceny i skuteczności leczenia bólu oraz profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn.
 - 4) Prowadzenie dokumentacji medycznej i umożliwienie rejestrowania się na wizytę w formie elektronicznej.
 - 5) Systematyczne szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzanie tym ryzykiem.
 - 6) Wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych zapewniających poszanowanie prawa pacjenta do intymności i godności.

³³ Kierowanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 i 8 ustawy o *prawach pacjenta*.

³⁴ Wniosek dotyczący stworzenia takiej platformy NIK sformułowała już w 2019 w megainformacji „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”.

³⁵ Rekomendację dotyczącą zwiększenia niezależności RPP formułuje również Wydział Nauk Medycznych Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk w *Rekomendacjach strategicznych na lata 2023–2027*.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Rzecznik Praw Pacjenta

Niepełna realizacja zadań ustawowych dotyczących ochrony praw pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta analizował funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i corocznie zgłaszał Ministrowi Zdrowia propozycje zmian systemowych i projekty zmian regulacji prawnych, jednak nie zawsze były one akceptowane. Rzecznik, pomimo posiadania informacji o istniejących nieprawidłowościach, nie wystąpił z wnioskiem do Ministra Zdrowia o doprowadzenie do podjęcia inicjatywy ustawodawczej w zakresie uregulowania obszaru badań genetycznych dla celów zdrowotnych, co było działaniem nierzetelnym. 98 % analizowanych postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta prowadzonych było przewlekłe, a w trakcie postępowań wielokrotnie naruszano przepisy k.p.a. Rzecznik nie zapewnił również w pełni prawidłowego prowadzenia postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Nie objął wsparciem pacjentów z części szpitali psychiatrycznych. *Strategia wieloletnia Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023* nie była realizowana zgodnie z przyjętymi założeniami, a część zaplanowanych w niej zadań nie została wykonana.

5.1.1. Przygotowanie regulacji prawnych zapewniających ochronę praw pacjenta oraz wystąpień do innych organów

Brak efektów prac nad niektórymi projektami przygotowanymi przez Rzecznika

Rzecznik Praw Pacjenta analizował funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i corocznie zgłaszał Ministrowi Zdrowia propozycje zmian systemowych i projekty zmian regulacji prawnych, jednak nie zawsze były one akceptowane. W przypadku niektórych projektów podjęte prace legislacyjne nie zostały zakończone.

Przykładowo Rzecznik w 2023 r. zgłosił Ministrowi Zdrowia problemy dotyczące realizacji praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach opieki podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zwrócił m.in. uwagę na utrudnienia związane z rejestracją, kontaktem telefonicznym czy odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego lub długim czasem oczekiwania przez pacjentów na te świadczenia. Przekazał także Ministrowi Zdrowia wyniki analizy przepisów prawa i propozycje zmian w ustawie z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*³⁶ oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych dotyczących dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym np. doprecyzowania zasad informowania pacjentów o wolnych terminach kolejnych wizyt podczas rejestracji. Zaproponował także zmianę przepisów w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*³⁷, tj. zobowiązanie świadczeniodawcy, który sprawuje opiekę nad danym pacjentem, do wyznaczenia w ciągu siedmiu dni terminu porady, w przypadku, gdy pacjent przedstawi kartę informacyjną z leczenia szpitalnego zawierającą zalecenie kontynuacji leczenia.

Propozycje zmian przepisów prawa nie zostały przyjęte przez Ministra Zdrowia, który poinformował, że należy wzmocnić nadzór nad przestrzeganiem już obowiązujących przepisów, a działania powinny koncentrować się na ich egzekwowaniu oraz wyjaśnianiu indywidualnych spraw.

Z inicjatywy Rzecznika były prowadzone prace dotyczące nowelizacji ustawy *o prawach pacjenta*. W ocenie Rzecznika ustawa ta, która weszła w życie w czerwcu 2009 r., wymagała znacznych zmian, dlatego zaproponował rozszerzenie praw przysługujących pacjentom, w tym zwiększenie dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz wzmocnienie autonomii pacjenta poprzez ustanowienie instytucji kuratora medycznego oraz pełnomocnika medycznego.

³⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.

³⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

Wzmocnieniu miały ulec kompetencje Rzecznika, tj. umożliwienie mu udziału w rozprawach przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz występowanie do Naczelnego Sądu Administracyjnego z wnioskami o podjęcie uchwał dotyczących interpretacji przepisów prawnych. W projekcie ustawy przewidziano także możliwość nakładania kar pieniężnych na podmioty lecznicze z powodu stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Rzecznik kilkakrotnie – po raz pierwszy w październiku 2018 r., a ostatni w kwietniu 2022 r. – przedkładał Ministrowi Zdrowia projekty ustawy o zmianie ustawy *o prawach pacjenta*, z prośbą o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. Z upoważnienia Ministra Zdrowia Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że w latach 2021–2022 projekt ustawy został poddany wewnętrznym pracom analitycznym i uzgodnieniom przez departamenty merytoryczne. Decyzją Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, prace nad nowelizacją przepisów ustawy *o prawach pacjenta* zostały wstrzymane i do końca ówczesnej kadencji parlamentu nie były kontynuowane³⁸.

Brak inicjatywy Rzecznika dotyczącej badań genetycznych

Rzecznik, pomimo posiadania informacji od Najwyższej Izby Kontroli, Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej Polskiej Akademii Nauk, a także analiz z innych źródeł, nie skorzystał z uprawnienia określonego w art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy *o prawach pacjenta* i nie wystąpił z wnioskiem do Ministra Zdrowia o doprowadzenie do podjęcia inicjatywy ustawodawczej w zakresie obszaru badań genetycznych dla celów zdrowotnych, co było działaniem nierzetelnym.

W 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli, w wyniku kontroli „Bezpieczeństwo badań genetycznych”³⁹ wskazała, iż w Polsce, mimo dynamicznego rozwoju genetyki, nie ma regulacji prawnych, które określałyby kompleksowo zasady wykonywania poradnictwa genetycznego, bankowania materiału oraz bezpieczeństwa danych genetycznych. Minister Zdrowia nie zorganizował systemu opieki genetycznej i nie stworzył stosownych rozwiązań prawnych w tym zakresie, co stwarzało zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i poszanowania ich praw.

Zasadniczą konsekwencją braku regulacji prawnych dotyczących wykonywania testów genetycznych dla celów zdrowotnych jest gwałtowny przyrost liczby laboratoriów genetycznych oferujących tego typu badania. Wykonywaniu testów genetycznych w ten sposób nie towarzyszy poradnictwo genetyczne, które powinno być wymogiem stosowania tego typu procedur diagnostycznych. Całkowicie poza kontrolą pozostaje kwestia stosowania zasad świadomej zgody, zabezpieczenia pobranego materiału biologicznego poufności uzyskanych danych genetycznych (są to wrażliwe dane osobowe). Efektem korzystania z testów może być, nieuzasadniona zmiana dotychczasowego tradycyjnego leczenia, koniecznej diety czy zalecanego stylu życia albo nabranie fałszywego przekonania o braku zagrożenia zdrowotnego. Naraża to system opieki zdrowotnej na dodatkowe koszty i konieczność nadmiarowych interwencji⁴⁰.

Genomika (badania genomów) to obecnie najszybciej rozwijający się dział badań genetycznych. Związane jest to z postępowaniem technologicznym oraz ze znacznym obniżeniem kosztów procedur sekwencjonowania DNA. Wiele laboratoriów krajowych, w szczególności laboratoriów diagnostycznych, zleca podwykonawstwo usług w tym zakresie podmiotom zagranicznym, zwłaszcza dalekowschodnim. Wynika to z rachunku ekonomicznego – firmy chińskie oferują takie usługi za stawki znacząco niższe od realnych krajowych kosztów takich procedur. Są laboratoria, które działają wyłącznie na zasadzie pobierania

³⁸ W ramach postępowania kontrolnego informacje o stanie prac uzyskano od Ministra Zdrowia, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*.

³⁹ Informacja o wynikach kontroli została zatwierdzona 9 kwietnia 2018 r. (Nr ewid. 19/2018/P/17/102/LWA).

⁴⁰ Na potrzeby realizacji kontroli P/23/047 informacje w tym zakresie NIK uzyskała na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK* od dyrektora Instytutu Genetyki Człowieka PAN prof. dr hab. n. med. Michała Wita oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Genetyki Medycznej prof. dr hab. n. med. Anny Latos-Bieleńskiej.

materiału do badań i wysyłania go natychmiast za granicę, same nie wykonując żadnych procedur analitycznych, co powoduje całkowitą utratę kontroli nad jego losem i sposobem jego wykorzystania. Wiadomo, że w ten sposób Chiny tworzą największy zbiór danych genomowych na świecie, który daje im dominację na światowym rynku leków personalizowanych i testów diagnostycznych.

Prace nad przygotowaniem projektu ustawy o testach genetycznych trwały w Ministerstwie Zdrowia od wielu lat, ale były przerywane. Wreszcie, po przygotowaniu projektu ustawy, której celem było prawne uregulowanie wykonywania testów genetycznych w ramach systemu ochrony zdrowia, Minister Zdrowia 2 maja 2023 r. skierował wniosek do Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu o wprowadzenie do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów projektu tej ustawy. Zespół nie wyraził jednak zgody na wprowadzenie projektu do tego wykazu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność pilnego wprowadzenia regulacji, które chroniłyby prawa pacjenta określając zasady wykonywania badań genetycznych, poradnictwa genetycznego, ochrony danych genetycznych oraz bankowania i wykorzystania materiału genetycznego.

Niekorzystanie z uprawnień ustawowego

Rzecznik, od lipca 2021 r. do września 2023 r., nie korzystał z uprawnienia określonego w art. 47 ust. 1 pkt 8 ustawy o *prawach pacjenta* – przedstawienia organom administracji publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta. Było to postępowanie nierzetelne.

5.1.2. Prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawie naruszeń prawa pacjenta

Rzecznik, w okresie objętym kontrolą, wszczął ogółem 6339 postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta, w tym: w 2019 r. – 570; w 2020 r. – 1021; w 2021 r. – 1846; w 2022 r. – 1609; w 2023 r. (do 29 września) – 1293.

W 2019 r. zakończono 979 postępowań wyjaśniających, z czego w przypadku 63,7 % stwierdzono naruszenie praw pacjenta, odpowiednio: w 2020 r. z 1345 71,8 % stwierdzeń, w 2021 r. z 1512 82,7 % stwierdzeń, w 2022 r. z 1332 67,4 % stwierdzeń, w 2023 r. z 1379 74,0 %. Stwierdzone naruszenia dotyczyły praw do: świadczeń zdrowotnych, dokumentacji medycznej, poszanowania intymności i godności, informacji, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, tajemnicy informacji, przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego.

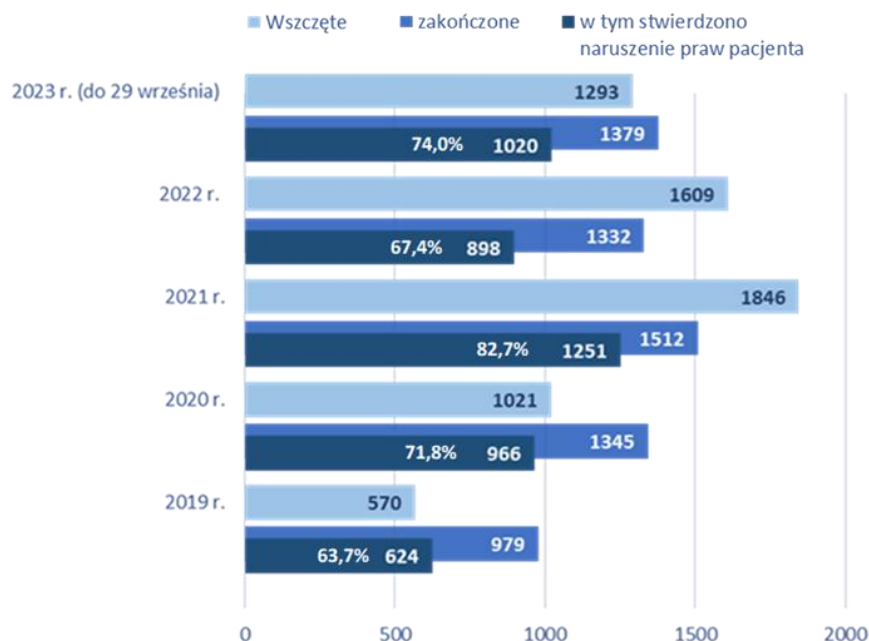
Na podstawie art. 9 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *konsultantach w ochronie zdrowia*⁴¹, w przypadku niektórych postępowań wyjaśniających⁴², Rzecznik kierował do konsultantów w ochronie zdrowia prośbę o sporządzenie opinii. W przypadku części analizowanych postępowań konsultanci nie przekazywali Rzecznikowi opinii lub przekazywali je po kilkumiesięcznym okresie od otrzymania prośby o ich sporządzenie. Rzecznik nie zawiadamiał o tym fakcie organu, który powołał konsultanta (województwo w przypadku konsultanta wojewódzkiego lub ministra, w przypadku konsultanta krajowego). Uprawnienia organu powołującego, jakie przewiduje ustawa o *konsultantach w ochronie zdrowia* są ograniczone. Organ powołujący konsultanta, jak również Rzecznik, nie ma ustawowych, skutecznych kompetencji do wyznaczania terminu konsultantowi na sporządzenie opinii. Nadzór, jaki wykonuje organ powołujący, zgodnie z ustawą o *konsultantach w ochronie zdrowia* dotyczy przede wszystkim organizacji pracy konsultantów.

⁴¹ Dz. U. z 2024 r. poz.69, dalej: ustawa o *konsultantach w ochronie zdrowia*.

⁴² Oraz postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Wykres nr 1

Liczba wszczętych oraz zakończonych postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta, w tym dane dotyczące stwierdzonych naruszeń praw pacjenta



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Rzecznika Praw Pacjenta.

Brak warunków dla prawidłowego prowadzenia postępowań wyjaśniających

Rzecznik nie podjął skutecznych działań, aby stworzyć odpowiednie warunki organizacyjne w Departamencie Postępowań Wyjaśniających (DPW), w celu rzetelnego i zgodnego z prawem prowadzenia postępowań wyjaśniających w sprawach o indywidualne naruszenie praw pacjenta.

W DPW średnia liczba postępowań wyjaśniających przypadająca na jeden etat w latach 2019–2023 (do 30 września) rocznie była wyższa, tj. wynosiła odpowiednio: 71, 87, 143, 198, 216. Średnia liczba prowadzonych postępowań przypadająca na jeden etat w 2023 r. zwiększyła się aż o 204,2 %, w porównaniu do 2019 r.

W okresie od 3 lutego 2020 r. do 29 listopada 2020 r. Rzecznik nie odebrał 1799 zgłoszeń zawierających m.in. skargi i wnioski od pacjentów przekazanych mu z wykorzystaniem formularza kontaktowego, który był ogólnie dostępny na stronie internetowej, co zdaniem NIK było nierzetelne. Nieodbieranie tych zgłoszeń zostało zauważone przez dyrektora Departamentu Organizacyjno-Administracyjnego dopiero 18 listopada 2020 r. Skutkiem tego było niezarejestrowanie tych spraw w systemie elektronicznego zarządzania dokumentacją bezpośrednio po ich wpłynięciu, a w konsekwencji brak ich bieżącego rozpatrywania. Zgłoszenia te zostały zarejestrowane do końca grudnia 2020 r. i przekazane do realizacji przez referentów. Odpowiedzialnym za taki stan rzeczy był dyrektor Departamentu Organizacyjno-Administracyjnego, jako że do zadań tego departamentu należy m.in. zarządzanie zasobami i infrastrukturą informatyczno-techniczną oraz systemami teleinformatycznymi, w tym ich budowa, rozwój, utrzymanie, obsługa oraz wsparcie (§ 24 ust. 2 pkt 5 regulaminu organizacyjnego), a także organizacja i nadzór nad pracą sekretariatu głównego (§ 24 ust. 3 pkt 1 regulaminu organizacyjnego) oraz obsługa kancelaryjno-biurowa urzędu, w szczególności ewidencjonowanie i ekspediowanie korespondencji wpływającej oraz wychodzącej oraz zapewnienie jej prawidłowego obiegu (§ 24 ust. 3 pkt 1 regulaminu organizacyjnego).

W 85 z 87 (97,7 %) analizowanych postępowań wyjaśniających przekroczone terminy wynikające z art. 12 § 1, art. 35 § 3 w zw. z art. 61 § 3 k.p.a. Działanie to

Przewlekłe prowadzenie postępowań wyjaśniających

było również niezgodne z § 5. 1 zarządzenia nr 16/2019 Rzecznika z dnia 31 października 2019 r. w sprawie postępowań wyjaśniających prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z którym pracownik prowadzący sprawę powinien na bieżąco monitorować etap sprawy i podejmować czynności zmierzające do szybkiego uzyskania kompletnego materiału dowodowego. W 22 % zbadanych przypadków Rzecznik nie podejmował działań lub podejmował je przewlekłe, w celu wyegzekwowania informacji żądanych w wystąpieniach kierowanych na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta.

Niekierowanie pism do wnioskodawców w sprawie możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem rozstrzygnięcia

W przypadku 51 z 67 (76,1 %) postępowań wyjaśniających, w których do 13 listopada 2023 r. wydano rozstrzygnięcie, nie kierowano do wnioskodawców pisma informującego o możliwości wypowiedzenia się, przed wydaniem rozstrzygnięcia, w sprawie zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Było to niezgodne z art. 10 § 1 k.p.a., który stanowił, że organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Zgodnie z art. 73 § 1 k.p.a., strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania. Jednocześnie w przypadku 16 badanych postępowań Rzecznik skierował do wnioskodawców pisma informujące o możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Brak informacji o niezakończonym sprawie w terminie ze wskazaniem nowego terminu jej załatwienia

W 79 (92,9 %) z 85 zbadanych postępowań wyjaśniających, w których nie zakończono sprawy w terminie, nie zawiadomiono wnioskodawców o tym fakcie i nie wskazano nowego terminu załatwienia sprawy. Natomiast w sześciu przypadkach skierowano informację o terminie załatwienia sprawy, która nie obejmowała okresu całego postępowania. Działanie jednostki kontrolowanej było sprzeczne z art. 36 ust.1 i 2 k.p.a. Skutkowało to niepoinformowaniem strony postępowania o prawie i trybie wniesienia ponaglenia, o którym mowa w art. 37 § 1-3 k.p.a.

Przedstawienie informacji dotyczącej postępowania mimo braku pełnomocnictwa

W przypadku dwóch analizowanych postępowań wyjaśniających wnioskodawcom udzielano szczegółowych informacji dotyczących prowadzonego postępowania mimo nieprzedstawienia przez nich odrębnego pełnomocnictwa i mimo braku stosownego upoważnienia w dokumentacji medycznej pacjenta. Było to niezgodne z art. 33 § 2 k.p.a., stanowiącym, że pełnomocnictwo powinno być udzielone na piśmie lub zgłoszone do protokołu. Zgodnie z art. 32 k.p.a., strona może działać przez pełnomocnika, chyba że charakter czynności wymaga jej osobistego działania.

Prowadzenie postępowań po śmierci pacjenta

W latach 2019–2023 (do 30 września) wszczęto i prowadzono ogółem 396 postępowań wyjaśniających w sprawach o naruszenie praw pacjenta, po powzięciu informacji o zgonie pacjenta, w tym: w 2019 r. – 40; w 2020 r. – 47; w 2021 r. – 90; w 2022 r. – 116; w 2023 r. – 103.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła jednak uwagę, że w orzecznictwie przesądzono, iż charakter strony przysługujący osobie fizycznej wygasa wraz z jej śmiercią, tym samym w stosunku do osoby nieżyjącej nie można wszcząć i prowadzić (kontynuować) postępowania, a w efekcie wydać decyzji administracyjnej⁴³. Decyzja wydana w takich okolicznościach rażąco narusza prawo, a więc jest nieważna po myśli art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a., zaś wada ta nie podlega konwalidacji⁴⁴. Nie ma przy tym znaczenia czy organ, który skierował decyzję do zmarłej strony, wiedział, że osoba ta nie żyje, czy też takiej wiedzy nie posiadał. Powinien bowiem w sposób prawidłowy na każdym etapie postępowania ustalić krąg podmiotów mających interes prawny w rozpoznawanej sprawie⁴⁵. Powyższe reguły należy odpowiednio odnieść

⁴³ Wyr. NSA z 16 lipca .2010 r., I OSK 1290/09, Legalis.

⁴⁴ Wyr. NSA z 01 grudnia 2015 r., I OSK 626/14, Legalis.

⁴⁵ Wyr. NSA z 22 stycznia 2014 r., I OSK 708/12, Legalis.

również do przypadków ustania bytu prawnego jednostki organizacyjnej, wobec czego w razie zaistnienia takiego zdarzenia również nie można wszcząć i prowadzić (kontynuować) postępowania, a w efekcie wydać decyzji administracyjnej w stosunku do nieistniejącej jednostki prawnej⁴⁶.

Pismo Rzecznika skierowane do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym stwierdził naruszenie praw pacjenta nie jest wprawdzie decyzją administracją ani zaskarżalnym postanowieniem administracyjnym, ale zgodnie z art. 54 ustawy *o prawach pacjenta* w zakresie nieuregulowanym w art. 49–53 ustawy do postępowania prowadzonego przez Rzecznika stosuje się odpowiednio przepisy k.p.a. Przepisy 49–53 ustawy *o prawach pacjenta* nie regulują wielu szczegółów związanych z postępowaniem wyjaśniającym, dlatego odpowiednie zastosowanie przepisów k.p.a. będzie miało charakter szeroki. Zgodnie z art. 28 k.p.a., stroną jest każdy, czyjego interesu prawnego lub obowiązku dotyczy postępowanie albo kto żąda czynności organu ze względu na swój interes prawny lub obowiązek. Przepis ten nie ustanawia samoistnej normy materialnoprawnej, nie wystarcza do przypisania statusu strony jakimkolwiek podmiotowi. W tym zakresie przepis ten należy powiązać z właściwymi przepisami prawa materialnego, z których można wyprowadzić interes prawny, przyznający określonemu podmiotowi status strony postępowania. Źródłem interesu prawnego, o którym mowa w art. 28 k.p.a., jest norma materialna prawa powszechnie obowiązującego. Stwierdzenie interesu prawnego sprowadza się więc do ustalenia związku o charakterze materialno-prawnym między obowiązującą normą prawa materialnego, a sytuacją prawną konkretnego podmiotu w zakresie prawa materialnego. Zgodnie z art. 30 § 4 k.p.a. w sprawach dotyczących praw zbywalnych lub dziedzicznych w razie zbycia prawa lub śmierci strony w toku postępowania na miejsce dotychczasowej strony wstępują jej następcy prawni. Należy zauważyć, że prawa pacjenta m.in. do udzielania świadczeń zdrowotnych są co do zasady prawami niezbywalnymi i osobistymi, ściśle związanymi z osobą pacjenta, któremu te świadczenia są udzielane. Nie jest bowiem możliwe, aby dane świadczenia zdrowotne mogły być udzielone osobie innej niż konkretny pacjent. Konsekwencją powinno być uznanie, że w przypadku śmierci pacjenta z jego uprawnienia nie mogą korzystać inne osoby, nie mają bowiem uprawnień do ustalenia w toku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika, że prawo (zmarłego pacjenta) zostało albo nie zostało naruszone. Wnioskodawca nie będący pacjentem nie może być uznany za stronę postępowania. Interes prawny podmiotu do uczestnictwa w postępowaniu administracyjnym wywodzi się z bezpośredniego wpływu tego postępowania na sferę prawną tego podmiotu, który to wpływ musi wynikać z prawa materialnego. W konsekwencji oznacza to, że podmiot dla którego z przepisów prawa materialnego nie wynikają żadne uprawnienia ani obowiązki, nie ma przymiotu strony w świetle art. 28 k.p.a. Prowadzi to do przekonania, że postępowanie nie powinno być wszczęte, gdy żądanie jego wszczęcia zostało złożone przez podmiot do tego nieuprawniony.

Z uwagi na powyższe wątpliwości, Rzecznik powinien dokonać analizy ryzyk związanych z prowadzeniem postępowań wyjaśniających, po powzięciu informacji o zgonie pacjenta. Biorąc natomiast pod uwagę celowość prowadzenia przez Rzecznika postępowań wyjaśniających po śmierci pacjenta, których wynik może wskazywać na istotne nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, kwestię tę należałoby uregulować w ustawie *o prawach pacjenta*. Jednocześnie należałoby przyjąć w ustawie ramy czasowe, w których możliwe jest prowadzenie takich postępowań, tak aby nie prowadzić postępowań wiele lat po śmierci pacjenta, kiedy zgromadzenie odpowiedniego materiału dowodowego jest utrudnione, a niekiedy niemożliwe.

⁴⁶ Wyr. WSA w Warszawie z 05 sierpnia 2010 r., I SA/Wa 982/10, Legalis; wyr. NSA z 05 grudnia 2014 r., I FSK 94/14, Legalis, oraz z 09 grudnia 2015 r., II OSK 935/14, Legalis.

5.1.3. Prowadzenie postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

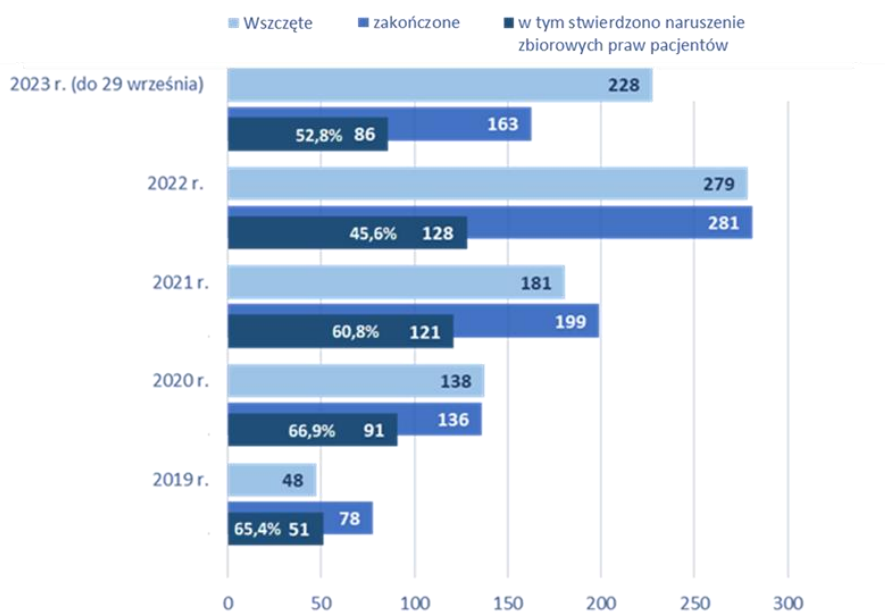
W latach 2019–2023⁴⁷ wszczęte zostały ogółem 874 postępowania, w tym: w 2019 r. 48, w 2020 r. 138, w 2021 r. 181, w 2022 r. 279, w 2023 r. 228 postępowań. W latach 2019–2023 zakończono odpowiednio 78, 136, 199, 281, 163 postępowań⁴⁸. Naruszenie zbiorowych praw pacjentów stwierdzono odpowiednio w 65,4 %, 66,9 %, 60,8 %, 45,6 %, 52,8 % zakończonych postępowań.

Prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów⁴⁹ zostało uregulowane w art. 59–67 ustawy o *prawach pacjenta*, a zgodnie z art. 65 tej ustawy, w zakresie nieuregulowanym miały zastosowanie przepisy k.p.a. Przyjęto do stosowania procedury wewnętrzne Biura Rzecznika.

W procedurze wewnętrznej *Metodyka prowadzenia postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów* (Uwagi ogólne) wskazano „Terminy wydania decyzji: niezwłocznie, nie dłużej niż 3-miesiące, od dnia wszczęcia postępowania oraz 5-miesiący w przypadku spraw szczególnie skomplikowanych”. Było to niezgodne z art. 35 § 3 k.p.a., zgodnie z którym *załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania (...)*.

Wykres nr 2

Liczba wszczętych oraz zakończonych postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w tym dane dotyczące stwierdzonych naruszeń praw pacjentów



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Rzecznika Praw Pacjenta.

Decyzje o odmowie wszczęcia postępowania podejmowane z naruszeniem k.p.a.

Sześć z 10 (60 %) analizowanych decyzji o odmowie wszczęcia postępowania wydanych zostało z naruszeniem art. 12 § 2 w zw. z art. 35 § 2 k.p.a., zgodnie z którym *niezwłocznie powinny być załatwiane sprawy, które mogą być rozpatrzone w oparciu o dowody przedstawione przez stronę łącznie z żądaniem wszczęcia postępowania lub w oparciu o fakty i dowody powszechnie znane albo znane z urzędu organowi, przed którym toczy się postępowanie, bądź możliwe do ustalenia na podstawie danych, którymi rozporządza ten organ.*

⁴⁷ Do 19 września.

⁴⁸ Wydane decyzje administracyjne.

⁴⁹ Dalej: postępowanie.

**Opieszale
podejmowanie
czynności przed
wydaniem
rozstrzygnięcia w
sprawie**

Decyzje o odmowie wszczęcia postępowania zostały wydane po upływie odpowiednio 47, 64, 49, 77, 81 i 330 dni od otrzymania przez Biuro wniosku.

W przypadku 12 z 22 (54,4 %) analizowanych postępowań poszczególne czynności przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie wykonywane były poprzez podejmowanie czynności w dużych odstępach czasu, co było niezgodne z art. 12 § 1 w zw. z 35 § 1 i 3 k.p.a.

Przykład

W sprawie RzPP-DPR-WPZ.45.8.2019 – o opinię do trzech konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia Biuro Rzecznika zwróciło się po upływie 498 dni od otrzymania, w dniu 30 stycznia 2020 r., informacji i dokumentów od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

W sprawie RzPP-DPR-WPZ.45.24.2019 – mimo otrzymania w dniu 17 października 2019 r. informacji z podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta*, wnioski o sporządzenie opinii do konsultanta krajowego w dziedzinie farmakologii klinicznej oraz do trzech konsultantów wojewódzkich: w dziedzinie dermatologii i wenerologii, okulistyki i onkologii klinicznej zostały skierowane po upływie 613 dni od otrzymania informacji.

W sprawie RzPP-WPZ.45.78.2020 – pismo do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w trybie art. 61 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta* zostało skierowane po upływie 477 dni od otrzymania poprzedniej odpowiedzi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

**Niepodejmowanie
działań w celu
nałożenia kary
pieniężnej
oraz przewlekłe
działania egzekucyjne**

W przypadku dwóch postępowań z 18, w których nakazano zaniechanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, mimo niepodjęcia działań określonych w decyzji, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta*, Rzecznik nie podjął działań w celu nałożenia na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych kary pieniężnej⁵⁰, o której mowa w art. 68 ustawy *o prawach pacjenta*, a w przypadku trzeciego postępowania Rzecznik prowadził te działania przewlekłe.

W czterech z ośmiu analizowanych postępowań (50 %), w których Rzecznik nałożył kary na podstawie art. 68 lub 69 ustawy *o prawach pacjenta*, Rzecznik prowadził działania w celu wyegzekwowania tych kar przewlekłe. Najwyższa Izba Kontroli ocenia to działanie jako nierzetelne.

5.1.4. Ustalanie odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych

Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych⁵¹ zostały wprowadzone do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*⁵². W uzasadnieniu do projektu tej ustawy wskazano, że w przypadku wystąpienia błędu medycznego w szpitalu, korzystniejszym rozwiązaniem będzie możliwość uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia w ciągu trzech miesięcy, bez konieczności występowania na drogę sądową. Rozwiązanie to argumentowano potrzebą wprowadzenia alternatywnego sposobu dochodzenia roszczeń na drodze pozasądowej, a tym samym zmniejszenia obciążenia sądów, co pozwoliłoby na skrócenie czasu uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia. Orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego albo jego braku miały wydawać komisje.

Rzecznik, zgodnie z art. 67e ust. 5 pkt 2 ustawy *o prawach pacjenta*, miał prawo do powołania jednego członka komisji i z tego uprawnienia korzystał. Ogółem,

⁵⁰ Stan na 6 listopada 2023 r.

⁵¹ Dalej: „komisje”.

⁵² Dz. U. z 2011 r. poz. 660.

w 2019 r., w 2021 r. i w 2023 r. (do 26 września) powołano 19 osób, natomiast trzy odwołano.

**Opóźnienie
w wyznaczaniu
składów orzekających**

W czterech przypadkach, po otrzymaniu od przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Białymstoku, informacji o braku możliwości wyznaczenia składów orzekających do rozpatrzenia spraw, Rzecznik wyznaczył komisje wojewódzkie właściwe do ich rozpoznania z opóźnieniem, tj. w terminach od 10 do 13 dni od dnia otrzymania tych informacji, co było niezgodne z art. 67f ust. 2b ustawy *o prawach pacjenta*⁵³.

**Nieskuteczne
wystąpienia
Rzecznika dotyczące
proponowanych
zmian w
funkcjonowaniu
komisji**

Po kontroli „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”, w której Najwyższa Izba Kontroli oceniła m.in., iż w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia, Rzecznik dwukrotnie w 2018 r. i 2019 r. wystąpił do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów poprawiających funkcjonowanie tego systemu, zgodnie z wnioskami NIK, deklarując pełną gotowość współpracy.

Po raz pierwszy Rzecznik wystąpił do Ministra Zdrowia z propozycją zmian przepisów pismem z 13 listopada 2018 r. O wsparcie w tej sprawie wystąpił również do Prezesa Rady Ministrów, który poparł stanowisko Rzecznika pismem skierowanym do Ministra Zdrowia i podpisanym przez zastępcę Szefa Kancelarii Prezesa RM. Rzecznik nie otrzymał odpowiedzi na skierowane do Ministra Zdrowia wystąpienie, natomiast Minister, zarządzeniem z 29 października 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów, powołał Zespół do spraw opracowania propozycji projektu ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów⁵⁴. W ocenie Rzecznika zakres działalności Zespołu był na tyle szeroki, że w raporcie końcowym nie znalazły się rekomendacje zmian przepisów w zakresie funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W tej sytuacji, 2 lipca 2019 r., Rzecznik ponownie wystąpił do Ministra Zdrowia z wnioskiem o podjęcie działań w sprawie, deklarując pełną gotowość współpracy. Na to wystąpienie również nie uzyskał odpowiedzi.

Brak odpowiedzi na wniosek Rzecznika stanowił naruszenie art. 47 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta*. Ostatecznie stworzony został nowy model pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych oparty na Funduszu Kompensacyjnym przyjęty ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i RPP oraz niektórych innych ustaw*⁵⁵. Ustawa ta weszła w życie 6 września 2023 r.

5.1.5. Ochrona praw pacjentów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RzPPSzP) została wprowadzona ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*⁵⁶. Zadaniem rzeczników była ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny⁵⁷.

⁵³ Przepis ten stanowił, że Rzecznik, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2a, wskazuje wojewódzką komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku, mając na uwadze zapewnienie możliwie dogodnych warunków dojazdu dla uczestników postępowania.

⁵⁴ Dz. Urz. M.Z. poz. 108. Zarządzenie utraciło moc z dniem 31 marca 2019 r. (vide § 10 przedmiotowego zarządzenia Ministra Zdrowia).

⁵⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1675.

⁵⁶ Dz. U. Nr 141, poz. 1183.

⁵⁷ Por. przypis nr 28.

**Duża rotacja
zatrudnienia wśród
RzPPSzP**

W latach 2019–2022 (do końca 31 grudnia każdego roku) oraz do 30 września 2023 r., liczba RzPPSzP zatrudnionych w BRPP wynosiła odpowiednio: 46, 35, 27, 20 i 23, natomiast średnia liczba przydzielonych im szpitali psychiatrycznych kształtowała się następująco: 4,5; 4,8; 7,7; 8,3 i 8,9. W latach 2019–2023 (do 30 września) wskaźnik rotacji zatrudnienia⁵⁸ wśród RzPPSzP w kolejnych latach wynosił odpowiednio: 14,7 %, 29,6 %, 26,2 %, 69,6 % i 22,2 %. Natomiast liczba odejść z pracy RzPPSzP, w powyżej wskazanym okresie, kształtowała się następująco: 7, 12, 8, 16 i 5. Stwierdzono, że spośród 48 RzPPSzP, którzy zrezygnowali wówczas z pracy, w okresie 12 miesięcy poprzedzających ich odejście, 13 osobom nałożono dodatkowe obowiązki, tj. zwiększono liczbę przypisanych⁵⁹ im szpitali psychiatrycznych⁶⁰. Liczba RzPPSzP, którzy w poszczególnych latach 2019–2022 przepracowali cały rok wynosiła odpowiednio: 42, 37, 28 i 15.

W latach 2019–2023 (do 26 września) Rzecznik ogłosił 53 postępowania rekrutacyjne na stanowiska RzPPSzP. W wyniku przeprowadzonych naborów zatrudniono łącznie 21 osób. Stwierdzono, że 28 spośród 53 naborów nie doprowadziło do wyłonienia nowych pracowników, w tym cztery z nich zostały anulowane⁶¹. W przypadku pozostałych postępowań rekrutacyjnych część kandydatów nie uzyskała pozytywnego wyniku podczas rozmowy kwalifikacyjnej lub zrezygnowała z dalszego udziału w naborze, np. z powodu niezadowalającego poziomu zaproponowanego wynagrodzenia.

Rzecznik, od 3 października 2019 r. do 13 maja 2021 r., nie prowadził postępowań rekrutacyjnych na stanowiska związane z pełnieniem funkcji RzPPSzP, pomimo, że w latach 2019–2021 (do 31 marca) 18 osób zakończyło wykonywanie tej funkcji.

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 56 ustawy o *prawach pacjenta*, RzPPSzP byli pracownikami Biura Rzecznika. Z uwagi na ich rolę i rodzaj wykonywanych zadań byli oni zatrudnieni na stanowiskach urzędniczych i wchodziłi w skład korpusu służby cywilnej. W 2019 r. średnie wynagrodzenie zasadnicze brutto RzPPSzP wynosiło od 3,5 tys. zł do 4,2 tys. zł, w zależności od stanowiska⁶²; w 2020 r. od 4,2 tys. zł do 5,3 tys. zł; w 2021 r. było to od 3,6 tys. zł do 4,8 tys. zł; w 2022 r. wynosiło od 4,1 tys. zł do 4,7 tys. zł, natomiast w 2023 r. od 4,6 tys. zł do 6,2 tys. zł⁶³. Liczba szpitali psychiatrycznych przypisana poszczególnym RzPPSzP nie miała wpływu na wysokość ich wynagrodzenia.

⁵⁸ Wskaźnik rotacji zatrudnienia został obliczony według wzoru: wskaźnik rotacji RzPPSzP w danym roku kalendarzowym = liczba RzPPSzP, których stosunek pracy w roku kalendarzowym ustał lub zaprzestali pełnienia tej funkcji w związku ze zmianą stanowiska/ (liczba RzPPSzP na 1 stycznia danego roku kalendarzowego + liczba RzPPSzP na 31 grudnia danego roku kalendarzowego):2.

⁵⁹ Szpitale psychiatryczne przypisane RzPPSzP były wskazane w zakresie obowiązków lub opisie stanowiska pracy.

⁶⁰ Zgodnie z art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), ilekroć przepisy tej ustawy stanowią o szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do: a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, b) kliniki psychiatrycznej, c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, d) innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje. Dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

⁶¹ W trzech przypadkach było to spowodowane błędami w publikacji ogłoszeń (w dwóch – błędnie wskazano miejsce wykonywania pracy, w jednym – błędnie umieszczono w ogłoszeniu informację o pierwszeństwie dla osób niepełnosprawnych), natomiast w jednym decyzją Dyrektora Generalnego zmieniono stanowisko pracy (z głównego specjalisty na starszego specjalistę).

⁶² RzPPSzP zatrudniani byli na stanowiskach: specjalisty, starszego specjalisty, głównego specjalisty i radcy.

⁶³ Dane za lata 2019–2022 według stanu na grudzień każdego roku. W przypadku 2023 r. według stanu na wrzesień. Wartości wynagrodzeń podano w przeliczeniu do pełnego etatu.

Część pacjentów szpitali psychiatrycznych nieobjęta wsparciem RzPPSzP

W latach 2019–2023 (do 30 września) Rzecznik nie objął wsparciem pacjentów z części szpitali psychiatrycznych w Polsce poprzez przypisanie tych placówek RzPPSzP, pomimo że art. 47 ust. 1 pkt 3a ustawy *o prawach pacjenta* zobowiązywał do ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. W konsekwencji, prawa pacjentów z części szpitali psychiatrycznych, które nie zostały przypisane RzPPSzP nie były chronione w równym stopniu. W latach 2019–2022 (na koniec kolejnych lat) liczba szpitali nieobjętych wsparciem Rzecznika wynosiła odpowiednio: 96, 137, 73 i 52; natomiast według stanu na 30 września 2023 r. było to 13 placówek. Oznacza to, że odsetek placówek nieprzypisanych RzPPSzP w latach 2019–2022 (na koniec kolejnych lat) oraz w roku 2023 (do 30 września) wynosił odpowiednio: 34,7 %, 48,1 %, 22,7 %, 16,9 % i 4,3 %.

Niekorzystne zjawiska w tym obszarze wzmocnił fakt, że w latach 2019–2023 (do 30 września) Rzecznik zwiększał liczbę szpitali psychiatrycznych przypisanych poszczególnym RzPPSzP. Działanie to nie zapewniało rzetelnej ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te podmioty i miało wpływ na rezygnację z pracy RzPPSzP z powodu nadmiernego obciążenia zadaniami. Największa liczba placówek, jaką przypisano jednemu RzPPSzP w okresie objętym kontrolą wynosiła odpowiednio: 8, 12, 14, 13 i 17 we wskazanych wyżej latach. Tymczasem, w ocenie skutków regulacji do projektu ustawy *o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*⁶⁴ wskazano m.in., że w pełni sprawne i skuteczne funkcjonowanie rzecznika będzie możliwe przy założeniu, iż w obszarze jego działania będą znajdowały się nie więcej niż trzy zakłady psychiatryczne opieki zdrowotnej, tj. średnio 500 pacjentów (łącznie) oraz że Rzecznik musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach w oddziałach. Należy również mieć na uwadze szczególnie trudną sytuację pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, których pozycja była znacznie słabsza w stosunku do personelu medycznego. W uzasadnieniu wskazano bowiem, iż około 8–10 % pacjentów trafia do szpitala i jest leczona bez zgody (przymusowo), ponad połowa styka się ze stosowaniem przymusu bezpośredniego podczas transportu, około 25 % przyjętych to faktycznie niezdolni do wyrażania zgody na przyjęcie i leczenie (najbardziej bezradni), wobec 12 % leczonych stosuje się przymus bezpośredni, a użycie tej procedury wiąże się zawsze z wysokim ryzykiem łamania praw pacjenta. Bezpośrednie wykonywanie obowiązków przez RzPPSzP w szpitalach miało zapewnić właściwą ochronę praw pacjenta oraz możliwość szybkiej reakcji w przypadku ich naruszenia.

Brak wystarczającej ochrony praw pacjentów w placówkach leczenia uzależnień

Rzecznik, 1 grudnia 2022 r., utworzył stanowisko specjalisty w celu wykonywania zadań dotyczących zapewnienia ochrony praw pacjentów na terenie Polski, przebywających w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień. Pracownikowi temu przypisano 98 placówek leczenia uzależnień na terenie Polski, co było działaniem niecelowym. Ta zmiana organizacyjna nie zapewniała rzetelnej ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady lecznicze sprawujące całodobową opiekę odwykową. Pracownik zatrudniony na wymienionym stanowisku nie mógł korzystać z uprawnień określonych w art. 10b ust. 4 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, ponieważ nie pełnił funkcji RzPPSzP. Zdaniem NIK, działaniem tym Rzecznik obniżył standardy ochrony praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez placówki leczenia uzależnień.

⁶⁴ Druk nr 3836 z 21 marca 2005 r.

5.1.6. Realizacja strategii wieloletniej rzecznika

Rzecznik podjął decyzję o opracowaniu *Strategii wieloletniej Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023*, ale nie została ona przyjęta przez niego aktem wewnętrznym. Za datę wdrożenia Strategii przyjęto 27 sierpnia 2020 r., tj. datę opublikowania na stronie internetowej BRPP⁶⁵. W dokumencie tym założono realizację działań i zadań w obszarach trzech uzupełniających się potrzeb pacjentów, tj. edukacji, bezpieczeństwa i wsparcia dla pacjentów. W ramach edukacji przyjęto, jako cel, pogłębianie świadomości pacjentów w zakresie przysługujących im praw poprzez systematyczne działania edukacyjne, natomiast odnosząc się do bezpieczeństwa, przewidziano jego poprawę dla pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Trzeci z obszarów dotyczył zintensyfikowania działań Rzecznika i BRPP w zakresie wsparcia pacjentów, np. uczestnictwa w sprawach cywilnych na prawach prokuratora, a także działań systemowych, skoncentrowanych na bieżących problemach ochrony zdrowia.

Corocznie, w latach 2020–2023, przekazywano Prezesowi Rady Ministrów plan (program) działań oraz po upływie każdego roku (2020–2022) sprawozdanie z jego realizacji. Źródłem finansowania Strategii były środki budżetu państwa w części 66 – Rzecznik Praw Pacjenta, ale nie posiadano danych o planowanych wydatkach i ich wykonaniu, ponieważ w Biurze RPP nie prowadzono wyodrębnionej ewidencji księgowej w tym zakresie.

Realizacja Strategii odciągająca od przyjętych założeń

W 2020 r. nie dokonywano aktualizacji planu działań na ten rok, pomimo że Rzecznik miał wiedzę, iż niektóre z zadań nie będą możliwe do realizacji z powodu epidemii COVID-19 (docelowo nie zostały wykonane). Dotyczyło to siedmiu (25 %) z 28 zaplanowanych zadań⁶⁶. W sprawozdaniu z realizacji programu działań Rzecznika na 2021 r. ujęto osiem zadań⁶⁷, których wykonania nie przewidziano w programie na ten rok. Ponadto w sprawozdaniu nie przedstawiono stanu realizacji dziewięciu zadań, które zostały ujęte w programie działań na 2021 r.⁶⁸

W Biurze RPP nie podjęto prac w celu opracowania dokumentacji planistycznej (w tym harmonogramu rzeczowo-finansowego prac) jednego z projektów wieloletnich – *Kompleksowej platformy edukacyjno-informacyjnej dla pacjentów*, co było działaniem nierzetelnym. Wskutek tego zaniechania nie został utworzony portal zawierający rzetelne informacje dla pacjentów o ochronie zdrowia, na którego celowość zwracał uwagę Rzecznik i nie zrealizowano istotnego zadania *Strategii wieloletniej Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023*.

⁶⁵ <https://www.gov.pl/web/rpp/nowa-strategia-rzecznika-praw-pacjenta-na-lata-2020-2023>.

⁶⁶ Zadania nr: I.1.2.1 *Spotkania informacyjno-edukacyjne dotyczące praw pacjenta dla ludności, głównie seniorów*; I.3.4.1 *Konferencje problemowe dotyczące działalności RPP*; II.1.1.2 *Zakończenie porozumienia RPP z CSK MSWiA*; II.1.2.2 *Przeciwdziałanie dyskryminacji osób otyłych*; II.1.2.3 *Standardy postępowania w terapiach kończącego się życia*; II.1.2.4 *Komunikacja personelu medycznego z pacjentem*; III.1.1.3 *Współpraca z CSIOZ w zakresie integracji z IKP z systemami BRPP*.

⁶⁷ Zadania nr: 1.3.1 *Wprowadzenie zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*; 1.3.1 *Przeprowadzenie szkolenia dla pracowników Biura i Wyłonienie zespołu do oceny realizacji nowego prawa pacjenta*; 3.1.1 *Wprowadzenie Wirtualnego Biura Rzecznika Praw Pacjenta*; 3.2.1 *Uruchomienie wsparcia na infolinii w zakresie wsparcia psychologicznego i informacji farmaceutycznych*; 1.2.1 *Wdrożenie i prowadzenie zakładki Bezpieczeństwo pacjenta na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta*; 1.2.2 *Konkurs dla szkół Wiedza o bezpieczeństwie pacjenta*; 1.3.1 *Akcja Bezpieczeństwo 24/7*; 1.3.4 *Bezpieczny personel – miesiąc dla medyka*.

⁶⁸ Zadania nr: I.1.2.1 *Spotkania informacyjno-edukacyjne prowadzone przez rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego*; I.2.2.1 *Cykl edukacyjny dla dzieci i młodzieży 365 pytań do...*; I.2.3.1 *Udzielanie odpowiedzi na pytania praw pacjenta*; I.3.1.1 *Korzystanie z uprawnień z art. 55 ustawy o prawach pacjenta i RPP*; I.3.2.1 *Współpraca z KIRP i NIL – warsztaty szkoleniowe dla prawników dotyczące reprezentowania pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi*; I.3.3.1 *Projekt Łączy nas pacjent*; I.4.2.1 *Ankieta satysfakcji pacjenta na TIP*; II.1.1.1 *Współpraca z Ombudsmanami z innych krajów*; IV.1.1.1 *Regulacja wewnętrzna w zakresie pracy zdalnej*.

5.2. Podmioty lecznicze

Naruszenia praw pacjenta we wszystkich badanych obszarach

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła przypadki naruszania praw pacjenta we wszystkich badanych obszarach, tj. w zakresie przestrzegania prawa do: informacji; świadczeń zdrowotnych; dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych; a także poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Skala tych nieprawidłowości była jednak zróżnicowana. Od drobnych uchybień formalnych, niemających znaczenia praktycznego dla pacjentów, po istotne naruszenie ich praw.

Pacjenci nie otrzymywali wszystkich przydatnych im informacji, nie zawsze mogli podjąć w pełni świadomą decyzję dotyczącą czekającego ich zabiegu, a prawo do świadczeń było ograniczone niewystarczającą ich dostępnością. Ich dokumentacja była niekiedy prowadzona nierzetelnie, co nie pozwalało m.in. stwierdzić, czy faktycznie monitorowano natężenie ich bólu oraz prowadzono działania w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn. Respektowaniu prawa do intymności i godności nie sprzyjała niewłaściwa infrastruktura techniczna, brak wyposażenia lub jego dewastacja oraz nadużywanie monitoringu wizyjnego w niektórych podmiotach.

5.2.1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Prawidłowe reagowanie na skargi pacjentów w większości kontrolowanych podmiotów

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości dotyczące wszystkich badanych obszarów przestrzegania praw pacjenta wskazują, iż kierownicy podmiotów leczniczych nie sprawowali wystarczającego nadzoru nad tą problematyką. Jednocześnie NIK nie stwierdziła istotnych nieprawidłowości w większości kontrolowanych podmiotów w zakresie rozpatrywania skarg pacjentów. Problemy zgłaszane w skargach były omawiane z personelem, którego skarga dotyczyła, podejmowano odpowiednie działania naprawcze, a pacjentów informowano o tych działaniach.

W celu poznania opinii pacjentów o pobycie i jakości uzyskanych świadczeń przeprowadzano badania ankietowe. Podejmowano też działania zmierzające do realizacji uwag i zaleceń podmiotów zewnętrznych, które kontrolowały w podmiotach leczniczych tematykę z zakresu praw pacjenta. W celu lepszej koordynacji działań w obszarze praw pacjenta w niektórych podmiotach powołano specjalnych pełnomocników do spraw praw pacjenta. Fakt, iż nie udało się wyeliminować nieprawidłowości w tym obszarze wskazuje jednak na niewystarczającą skuteczność tych działań. Ponadto należy mieć na uwadze, iż pacjenci nie zawsze są świadomi swoich praw, można więc przypuszczać, że w wielu przypadkach nie zgłaszają naruszeń, nie mając świadomości, że takowe nastąpiły lub że mają taką możliwość. Zdarza się, że naruszenia praw pacjenta, ujawniają się lub są zgłaszane, dopiero gdy pacjent ponosi ich poważne konsekwencje, jak ma to miejsce na przykład przy wystąpieniu błędu medycznego. Pewne naruszenia zostają ujawnione przy okazji stwierdzenia innych naruszeń czy wyłącznie w związku z występowaniem określonych sytuacji. Przykładowo w przypadku dokumentacji medycznej, nieprawidłowości przeważnie zostają ujawnione dopiero, gdy pacjent potrzebuje jej udostępnienia lub na jeszcze późniejszym etapie, kiedy doszło do popełnienia błędu medycznego.

Nieprawidłowości w zakresie rozpatrywania skarg pacjentów dotyczyły nieprzestrzegania wewnętrznej procedury ich procedowania i wystąpiły w przypadku 24 % podmiotów. W jednym przypadku stwierdzono, iż odpowiedzi na skargę udzielił podmiot zewnętrzny i nie została ona zweryfikowana przez dyrekcję szpitala chociaż była obraźliwa dla skarżącego.

Przykład

W **ZOZ w Brodniczy** szczegółowa analiza 20 skarg objętych kontrolą za lata 2019–2023 wykazała, że w ośmiu przypadkach przekroczone termin załatwienia skargi od czterech do 388 dni. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala (§ 157) oraz Procedurą nr 90 wprowadzoną Zarządzeniem nr 73/2017 Dyrektora ZOZ w Brodniczy z 14 grudnia 2017 r. i Procedurą nr 90a wprowadzoną Zarządzeniem nr 9/2023 z 28 kwietnia 2023 r. skargi, wnioski i roszczenia powinny być załatwiane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu jednego miesiąca.

W **Szpitalu Ogólnym w Grajewie** w treści odpowiedzi z 19 stycznia 2022 r. na skargę dotyczącą niskiej jakości żywienia w Oddziale Rehabilitacji, oprócz merytorycznego ustosunkowania się do skargi zawarto także nieuzasadnioną formę polemiki. W odpowiedzi do skarżących wskazano m.in., że osoba skarżąca *nie wiedziała o czym mówi, nie potrafiła odnieść się do zarzutu. Nie jest nam znany smak pomyj, taka ocena jest pomówieniem, za które może grozić odpowiedzialność karna, jeżeli faktycznie posiłek nie nadawałby się do spożycia, należało zgłosić to formalnie do kierownika kuchni.* Skarga była skierowana do dyrektora Szpitala, a odpowiedź została przygotowana przez podmiot zewnętrzny, tj. dostawcę żywienia i przesłana pacjentom przez głównego specjalistę koordynatora ds. jakości. On i dyrektor Szpitala wyjaśnili, że *udzielenie pacjentom takiej odpowiedzi wynikało z niezasadnego polegania przez nas na odpowiedzi otrzymanej od podmiotu zewnętrznego, co nie będzie miało więcej miejsca.*

5.2.2. Przestrzeganie prawa do informacji

Prawo do informacji obejmuje dostęp do wszystkich informacji, które mogą pomóc pacjentowi uczestniczyć w decyzjach dotyczących jego zdrowia. Obejmuje ono m.in. obowiązek udzielenia pacjentowi przez personel medyczny wszelkich informacji dotyczących leczenia lub zabiegów, którym ma zostać poddany, w tym związanych z nimi ryzyku i dyskomforcie, działaniach niepożądanych oraz alternatywnych opcjach terapeutycznych. Informacje muszą zostać podane z odpowiednim wyprzedzeniem. Na tej podstawie należy uzyskać świadomą zgodę pacjenta, który może odmówić leczenia.

Niezapewnienie dostępu do informacji

W przypadku 65 % kontrolowanych podmiotów leczniczych⁶⁹ nie zapewniono pełnego dostępu pacjentom do wszystkich, wymaganych przepisami prawa informacji w miejscach ogólnodostępnych. Naruszano w ten sposób postanowienia z § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Pacjentów nie informowano m. in. o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych; zasadach potwierdzania prawa do świadczeń, czy istniejących udogodnieniach dla osób z niepełnosprawnościami. Zaniechanie realizacji obowiązków w tym zakresie tłumaczono najczęściej przeoczeniem bądź prowadzonymi pracami remontowymi. Część brakujących informacji udało się uzupełnić jeszcze w czasie trwania badań kontrolnych NIK.

W 53 % podmiotów⁷⁰ w regulaminach organizacyjnych nie zamieszczono wszystkich niezbędnych elementów. Regulaminy niektórych podmiotów zawierały nieaktualne dane o strukturze organizacyjnej i wykonywanych świadczeniach zdrowotnych, co mogło wprowadzać pacjentów w błąd. Brakowało w nich także niektórych informacji wymaganych postanowieniami ustawy o działalności leczniczej, takich jak np. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy

⁶⁹ SPZOZ w Mogilnie, SPZZOZ w Nisku, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Skarżysku Kamiennej, ZOZ w Busku Zdroju, SPZOZ w Augustowie, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, SPZOZ Szpital Bielański, Szpital Ogólny w Grajewie, Samodzielny Szpital Miejski w Białymstoku, Centrum Medyczne Szpitala Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

⁷⁰ Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Brodniczy, SPZOZ w Augustowie, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii spółka z o.o. w Kamiennej Górze, SPZOZ w Mogilnie, zdrowotnych szpitalnych, Szpital Bielański SPZOZ, Szpital Ogólny w Grajewie, Centrum Medyczne Szpitala Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

o prawach pacjenta, czy wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością⁷¹.

Przykład

W Regulaminie organizacyjnym **Szpitala Ogólnego w Grajewie** nie wskazano, iż w placówce udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie ortopedii, tomografii komputerowej i angiografii. Nie wymieniono czterech funkcjonujących w Szpitalu komórek organizacyjnych, tj. Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, Oddziału Dziennego Psychiatrycznego, Pracowni zabiegowej angiografii i Pracowni Tomografii Komputerowej (funkcjonujące wg danych w RPWDL kolejno od 28 września 2015 r., 1 lipca 2018 r., 6 marca 2019 r. i 12 października 2020 r.) ani ich organizacji i zadań. Nie określono warunków współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Regulamin organizacyjny Szpitala nie był aktualizowany od 2012 r.

Brak pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka

W 35 % podmiotów⁷², pacjenci nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani. W celu przekazania pacjentowi informacji o planowanym zabiegu i uzyskania zgody na jego przeprowadzenie stosowano mniej lub bardziej ogólne formularze, które niekiedy nie były dostosowane do planowanego zabiegu. Nie zawsze zawierały informację, jakie są spodziewane korzyści i najczęściej występujące ryzyka związane z tym zabiegiem⁷³. Niewskazanie daty i godziny złożenia podpisu przez pacjenta uniemożliwiało z kolei ustalenie, czy zgoda została wyrażona przed czy uzupełniona już po zabiegu.

W ocenie NIK, podstawą świadomego wyrażenia zgody przez pacjenta jest uzyskanie przystępnej informacji dotyczącej proponowanego sposobu leczenia, oczekiwanych korzyści, ryzyka i skutków odległych. Zgoda powinna zatem dotyczyć konkretnego rodzaju zabiegu, na temat którego pacjent uzyskał kompletne i przystępne informacje. Rzetelne udokumentowanie na co pacjent rzeczywiście się zgodził i jaką wcześniej informację otrzymał, jest również istotne dla podmiotu leczniczego w razie ewentualnych spraw sądowych, gdy staje się to przedmiotem sporu.

Przykłady

W **SPZOZ w Strzyżowie** analizie poddano m.in. sześć formularzy wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Formularze te były takie same bez względu na rodzaj planowanego zabiegu. Nie wskazywały one rzeczywistych informacji dla pacjenta związanych z planowanym zabiegiem. Zawierały jedynie ogólne zapisy o tym, że pacjent zastał poinformowany o: skutkach zabiegu i płynących z niego korzyściach, o tym, że zabieg stwarza dla pacjenta podwyższone ryzyko.

W **Szpitalu Powiatowym sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu** w objętych badaniem 10 formularzach zgód na zabiegi podwyższonego ryzyka, w czterech przypadkach w formularzach zgód na zabiegi ginekologiczne, w części dotyczącej rokowań nie wskazano stopnia prawdopodobieństwa powodzenia proponowanej operacji (duże, średnie, ograniczone); w jednym przypadku zgoda na zabieg ortopedyczny została wyrażona na ogólnym formularzu, który nie zawierał szczegółowych informacji mających na celu uświadomienie pacjenta na czym będą polegały podejmowane czynności oraz jakie są spodziewane korzyści i najczęściej występujące ryzyka związane z zabiegiem, pomimo że w innym przypadku zgoda na analogiczny zabieg operacyjny przeprowadzony następnego dnia, została udzielona na formularzu

⁷¹ Naruszano w ten sposób przepisy art. 24 ust. 1 pkt 9 i 12 ustawy o działalności leczniczej.

⁷² ZOZ w Strzyżowie, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, SPZOZ w Augustowie, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii spółka z o.o. w Kamiennej Górze, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

⁷³ Naruszano w ten sposób art. 9 ust. 1–2 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

zawierającym ww. dane; w jednym przypadku w formularzu nie podano daty wyrażenia zgody na zabieg przez pacjenta (co uniemożliwiało rzetelne ustalenie czy zgoda została wyrażona przed czy po zabiegu).

5.2.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest podstawowym prawem pacjenta. Istotą bowiem wszelkich interwencji medycznych jest podejmowanie działań mających na celu poprawę, ratowanie oraz przywracanie stanu zdrowia pacjentów, a więc właśnie udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Niezgłaszanie się pacjentów na wizyty

Ograniczony dostęp do niektórych świadczeń powodował konieczność oczekiwania na ich wykonanie. Kontrolowane podmioty na bieżąco weryfikowały listy oczekujących na udzielenie świadczenia. W przypadkach konieczności zmiany terminu, występujących z przyczyn leżących po stronie pacjenta np. nieodpowiadającego terminu, po uzyskaniu informacji od pacjenta zwalniającego miejsce, informowano o tym fakcie kolejnych pacjentów z listy bądź realizowano inne pilne zgłoszenia. Wysoki odsetek pacjentów, którzy nie zgłaszali się wyznaczonym terminie, nie informując wcześniej o tym fakcie utrudniał udzielenie świadczeń innym osobom. W skrajnych przypadkach w poradniach przyszpitalnych liczba osób niezgłaszających się stanowiła nawet połowę wszystkich zarejestrowanych pacjentów.

Przykłady

W **Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy**, w latach 2019–2022, na poddanych analizie oddziałach stwierdzono 1229 przypadków niezgłoszenia się pacjentów na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie z tego na: Oddziale Rehabilitacyjnym 521, w tym w 2019 r. 124 (36,7 %); 2020 r. 121 (46,7 %); 2021 r. 118 (42,3 %); 2022 r. 158 (47,8 %); Oddziale Chirurgii Ogólnej 259, w tym w: 2019 r. 48 (6,7 %); 2020 r. 70 (13,2 %); 2021 r. 67 (19,7 %); 2022 r. 74 (13,6 %); Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 449, w tym w: 2019 r. 112 (7,8 %); 2020 r. 103 (7,2 %); 2021 r. 85 (4,6 %); 2022 r. 149 (4,6 %).

W **SPZOZ Szpitalu Bielańskim w Warszawie**, w latach 2019–2022, odsetek pacjentów niezgłaszających się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w poradniach przyszpitalnych, w wyznaczonym terminie, kształtował się następująco: Poradnia Chirurgii Naczyniowej: 4, 32, 25 i 29 %; Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: 48, 55, 40 i 31 %; Poradnia Endokrynologiczna: 34, 52, 42 i 39 %

Nie zawsze przekazywano do NFZ rzetelne informacje o liczbie pacjentów oczekujących.

Przykład

W **Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu**, w latach 2019–2022, przekazywano do NFZ nierzetelne informacje o liczbie pacjentów oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów Szpitala. Z raportów z systemu informatycznego funkcjonującego w Szpitalu⁷⁴ wynikało, że liczba oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów szpitalnych wynosiła 0. Również badanie próby raportów miesięcznych przekazywanych do NFZ za miesiące maj i wrzesień z lat 2020–2022 wykazało, że nie było oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów szpitalnych, pomimo iż z danych przekazanych przez koordynatora Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy wynikało, iż w tych miesiącach liczba pacjentów zaplanowanych do przyjęcia na oddział wynosiła od 12 do 72 osób.

Według specjalistów z różnych dziedzin medycyny, systematyczne pomiary natężenia bólu i ocena efektów leczenia są niezbędne dla skutecznego procesu uśmierzenia bólu. Monitorowanie jego skuteczności powinno się odbywać od rozpoczęcia do zakończenia leczenia, bez względu na charakter występującego

⁷⁴ Według stanu na 31 grudnia z lat 2019–2022.

bólu. Kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu jest odpowiednia komunikacja z pacjentem i jego edukacja.

**Nierzetelne
monitorowanie oceny
i skuteczności
leczenia bólu**

Monitorowanie oceny i skuteczności leczenia bólu w 35 % podmiotów⁷⁵ nie było prowadzone, bądź dokumentowane, w pełni rzetelnie. Brakowało niektórych ocen natężenia bólu i skuteczności zastosowanego leczenia, co było niezgodne z wewnętrznymi procedurami i mogło świadczyć o niewystarczającej opiece nad pacjentem. Naruszano w ten sposób prawo pacjenta określone w art. 20a ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta*. Ustalenia kontroli NIK wskazują więc, iż nadzór nad prawidłowością funkcjonowania procedur wewnętrznych dotyczących oceny i skuteczności leczenia bólu, sprawowany przez kierujących kontrolowanymi podmiotami leczniczymi, był niewystarczający.

Przykład

W **Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu** analizowana dokumentacja medyczna siedmiu pacjentów Szpitala odczuwających dolegliwości bólowe nie zawierała wpisów potwierdzających monitoring natężenia bólu i wdrażanie leczenia. Nie zamieszczano w sposób usystematyzowany informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia, co było niezgodne z dyspozycją § 16 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*. Na ich podstawie można było stwierdzić, że pacjenci byli leczeni przeciwbólowo, jednak potwierdzenie działań wskazanych w art. 20a ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta* oraz przesłedzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanej terapii nie było możliwe. Dodatkowo w Szpitalu nie przestrzegano obowiązującej procedury leczenia bólu.

W Szpitalu dopiero 29 września 2023 r. wprowadzona została procedura leczenia bólu, mimo że § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁷⁶ nakładał obowiązek jej ustalenia od 1 stycznia 2015 r.

W przedłożonej dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych po jej wdrożeniu brak było w szczególności informacji dotyczącej oceny klinicznej bólu wg stosowanej skali NRS⁷⁷, kart monitorowania bólu (kart obserwacji) oraz zapisów wskazujących na ocenę skuteczności działania leczenia przeciwbólowego.

**Uchybienia w zakresie
oceny stopnia ryzyka
zagrożenia
odleżynami
i monitorowania
działań leczniczych**

W 42 % podmiotów⁷⁸ stwierdzono uchybienia w zakresie przeprowadzania oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami, monitorowania stanu odleżyn i działań leczniczych ich dotyczących. Wystąpiły przypadki niedokumentowania oceny ryzyka wystąpienia odleżyn, stosowania innej, niż obowiązująca w danym podmiocie leczniczym, skali jego oceny, a także braku wpisów dotyczących podejmowanych działań terapeutycznych.

Przykład

W **Szpitalu Ogólnym w Grajewie** w dokumentacji medycznej pięciu pacjentów (tj. całej analizowanej) Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie udokumentowano przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton. Tymczasem zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą podstawowym elementem wprowadzenia właściwych działań profilaktycznych jest określenie stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami w tej skali (oceniającej w punktach ryzyko odleżyn). Dyrektor wyjaśniła, że *wynikało to z braku przeszkolenia personelu medycznego w zakresie prowadzenia odpowiedniej dokumentacji w systemie HIS*.

W **Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim** działania wobec pacjentów, u których wystąpiło ryzyko powstania odleżyn i pacjentów z odleżynami nie były dokumentowane lub sposób udokumentowania tych działań był niezgodny

⁷⁵ SPZZOZ w Nisku, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, ZOZ w Busku Zdroju, SPZOZ w Augustowie, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

⁷⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

⁷⁷ Numeryczna skala oceny bólu. Zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobraźalny ból.

⁷⁸ SPZZOZ w Nisku, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, SPZOZ w Augustowie, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii spółka z o.o. w Kamiennej Górze, SPZOZ Szpital Bielański, Szpital Ogólny w Grajewie.

z zasadami określonymi w obowiązującej na dzień badania procedurze P-20 *Postępowanie z chorym z odleżynami*, gdyż:

- u wszystkich pięciu pacjentów, których akta objęto szczegółową analizą, pielęgniarka, wbrew wymogom określonym w pkt 3 procedury P-20 nie udokumentowała codziennej oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton, a w przypadku jednego z pacjentów (nr ks. gł. 30830) nie udokumentowano działań terapeutycznych, którymi pacjent powinien zostać objęty (terapię odleżyn odnotowano jedynie w dniach 11 i 17 listopada 2022 r.);
- w dokumentacji dwóch pacjentów nie zawarto wpisów potwierdzających fakt edukowania pacjenta/rodziny w zakresie zapobiegania odleżynom;
- formularz/karta, z wykorzystaniem którego należało dokumentować podejmowane działania (ocenę ryzyka, szczegółowy opis i umiejscowienie odleżyn, działania terapeutyczne i profilaktyczne), stanowiący załącznik do ww. procedury, nie był stosowany.

Nieprawidłowości w procesie rejestrowania, analizowania i raportowania zdarzeń niepożądanych

W 24 % podmiotów⁷⁹ wystąpiły nieprawidłowości w procesie rejestrowania, analizy lub raportowania zdarzeń niepożądanych. W ocenie NIK, rzetelne rejestrowanie zdarzeń niepożądanych jest istotne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów. Natomiast niedokonywanie ich analizy i oceny uniemożliwia podjęcie skutecznych działań zmierzających do ograniczenia liczby takich zdarzeń i ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie szpitala i respektowanie praw pacjentów.

Przykłady

W Szpitalu Ogólnym w Grajewie Zespół ds. zdarzeń niepożądanych nie sporządził i nie przedstawił Dyrekcji rocznych raportów zawierających analizę zdarzeń niepożądanych w Szpitalu za lata 2019–2022, co było niezgodne z § 2 zarządzenia nr 7/2011 Dyrektora Szpitala z 12 grudnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych

Spośród 10 analizowanych kart zdarzeń niepożądanych, osiem sporządzono niezgodnie z obowiązującymi w Szpitalu *Zasadami postępowania w zarządzaniu ryzykiem zdarzeń niepożądanych*. W tych ośmiu kartach nie zawarto bowiem ocen Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych ani podjętych przez personel Szpitala działań korygujących. Dyrektor wyjaśniła, że wynikało to z nieprzekazania przez kierujących oddziałami kart zdarzeń niepożądanych Zespołowi ds. zdarzeń niepożądanych Szpitala.

Niezapewnienie możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną przez część podmiotów

W 29 % podmiotów⁸⁰ pacjentom nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie jego udzielenia.

Jednocześnie w podmiotach, które udostępniły pacjentom taką możliwość, zainteresowanie elektroniczną rejestracją było znikome i nie przekraczało 1 % wszystkich przyjętych pacjentów. Jak wskazywano istotną przyczyną, niepozwalającą na szersze wykorzystanie tego sposobu umawiania się na wizyty lekarskie, jest wiek pacjentów, a co za tym idzie ograniczenie korzystania z Internetu i wybieranie formy telefonicznej oraz osobistej jako najkorzystniejszej do kontaktu. W ocenie NIK, taka sytuacja wymaga przede wszystkim odpowiednich działań informacyjnych skierowanych do pacjentów, którzy od lat przyzwyczajeni są do tradycyjnej formy kontaktu z podmiotem leczniczym. Upowszechnienie nowej formy rejestracji przyczyniłoby się do zmniejszenia liczby pacjentów, którzy nie przychodzą na umówioną wizytę, nie informując wcześniej o tym fakcie.

⁷⁹ Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Brodnicy, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, Szpital Ogólny w Grajewie.

⁸⁰ ZOZ Mogilno, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Busku Zdroju, Samodzielny Szpital Miejski w Białymstoku, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny.

Przykłady

W **ZOZ w Skarżysku-Kamiennej** umożliwiono rejestrację elektroniczną do poradni rehabilitacyjnej i ginekologiczno-położniczej od 15 listopada 2021 r. W okresie objętym kontrolą, tylko trzech pacjentów skorzystało z możliwości takiej rejestracji do poradni rehabilitacyjnej (dwóch w 2022 r. i jeden w 2023 r.).

W działających w **Samodzielnym Szpitalu Miejskim w Białymstoku** Poradni Gastrologicznej i Poradni Kardiologicznej pacjenci mieli możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz byli powiadamiani o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia. W latach 2019–2022 do Poradni Gastrologicznej zarejestrowało się drogą elektroniczną sześciu pacjentów, a do Poradni Kardiologicznej czterech, tj. odpowiednio 0,5 % i 1 % wszystkich przyjętych pacjentów.

5.2.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i zawartych w niej danych

Zapewnieniu prawa pacjenta do świadczeń służy m.in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem informacji o pacjencie. Nieprzestrzeganie obowiązku dokonywania wymaganych wpisów, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta, a także zwiększa ryzyko nierozpoznania wczesnych stanów chorobowych. W kolejnym etapie leczenia może utrudnić ocenę progresji choroby lub efektów leczenia, którą dokonuje się porównując stan zdrowia pacjenta z wynikiem wcześniejszych badań.

W postępowaniu sądowym (cywilnym lub karnym) dokumentacja stanowi materiał dowodowy. Wadliwie prowadzona dokumentacja może wydłużać proces cywilny w sprawie o odszkodowanie za błąd medyczny lub proces karny w sprawie o narażenie życia lub zdrowia pacjenta. To na jej podstawie pacjent musi wykazać, że lekarz popełnił błąd, a lekarz dowodzi swojej niewinności. Powinna być zatem prowadzona rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi.

Nieprawdzenie dokumentacji w formie elektronicznej

Żaden z kontrolowanych podmiotów nie prowadził w pełni elektronicznej dokumentacji medycznej. Prowadzono ją w całości bądź częściowo w postaci papierowej (w mniejszym lub większym zakresie), a częściowo w formie elektronicznej. Taka praktyka nie usprawniała pracy personelu medycznego i nie sprzyjała respektowaniu prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Stwarzała również ryzyko wytworzenia dwóch, dotyczących tego samego przypadku, dokumentów medycznych o różnej treści, co nie odpowiada wymogom rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Należy bowiem zauważyć, że dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2 (elektroniczna bądź papierowa), nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (§ 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji).

Przykłady

W **Szpitalu Specjalistycznym im. A.Falkiewicza we Wrocławiu** dokumentacja medyczna pacjentów nie była prowadzona (w każdym oddziale) w pełni w postaci elektronicznej, pomimo że użytkowany przez jednostkę system umożliwiał prowadzenie jej w ten sposób. Dotyczyło to w szczególności indywidualnych kart zleceń lekarskich, indywidualnych kart zleceń doraźnych, indywidualnych kart pomiaru glukozy we krwi, kart gorączkowych, wyników badań USG czy RTG, epikryzy i rozpoznania⁸¹. Część dokumentów prowadzono także w podwójnej formie – zarówno elektronicznie, jak i papierowo (np. karty gorączkowe, opisy badań czy historie choroby). Powyższe naruszało § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, zgodnie z którym dokumentacja jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej oraz § 1 ust. 3 tego rozporządzenia,

⁸¹ Ustalono na podstawie badania przeprowadzonego na próbie 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2022 r.

w którym wskazano, że dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

W **Szpitalu Ogólnym w Grajewie** część analizowanej przez NIK dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2022 roku prowadzona była jednocześnie w formie papierowej i elektronicznej, co było niezgodne z § 1 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji*. Dotyczyło to m.in. kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (20 przypadków), kart zleceń lekarskich (14), wyników badań laboratoryjnych (17), danych z wywiadu i badania przedmiotowego (osiem), protokołów operacyjnych (jeden).

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej

W 47 % podmiotów leczniczych⁸² dokumentacja medyczna pacjentów nie była prowadzona w pełni rzetelnie. Stwierdzono m.in. przypadki: braku wpisów potwierdzających obserwacje lekarskie lub ich dokonywanie z wielodniowym opóźnieniem i w sposób nieczytelny, niedokonywania autoryzacji wpisów, braku protokołów z przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, niespójności pomiędzy kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego a wewnętrzną dokumentacją medyczną.

Przykłady

W **Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim** w dokumentacji medycznej 13 z 20 pacjentów, wpisów w systemie informatycznym OPTIMED potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej dokonywano z opóźnieniem lub nie dokonano wpisu obserwacji lekarskiej, pielęgniarskiej lub oceny ryzyka odleżyn, co było niezgodne z § 4 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji*, który stanowi, że wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych (...). Badanie szczegółowe wykazało, że: dla 10 pacjentów wpisów potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej dokonywano z opóźnieniem (średnie opóźnienie wynosiło 64 dni, najszybciej wpisu dokonywano w kolejnym dniu, a najpóźniej – po upływie 205 dni), z tego w dokumentacji pięciu z tych pacjentów stwierdzono także braki w dokumentacji lekarskiej lub pielęgniarskiej.

W **Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu** spośród zbadanych 20 kart informacyjnych (tzw. wypisów ze Szpitala) pacjentów w siedmiu przypadkach nie zostały one sporządzone w sposób rzetelny, bowiem informacje zamieszczone w tych kartach nie były spójne z wewnętrzną dokumentacją medyczną pacjenta (nie znajdowały w nich potwierdzenia) bądź nie były precyzyjne. Dotyczyło to:

- w trzech przypadkach niezamieszczenia informacji bądź pełnych informacji o zastosowanym leczeniu (podanych lekach) i/lub wykonanych badaniach;
- w dwóch przypadkach umieszczenia informacji o zastosowanym leczeniu (podanych lekach), które faktycznie nie miało miejsca;
- w dwóch przypadkach posłużenia się nieprecyzyjnym opisem zastosowanego leczenia (np. w jednym miejscu podano nazwę handlową a w innym nazwę substancji czynnej; zastosowano ogólne określenie „wlewy kroplowe”, „leczenie przeciwświerzbowe”);
- w dwóch przypadkach zamieszczenia niepełnych bądź nieprecyzyjnych informacji o wykonanych pomiarach stężenia glukozy we krwi.

Dyrektor Szpitala wyjaśniając powyższe wskazywała głównie na błąd ludzki i pomyłki lekarzy. W kwestii wskazywania leków, które nie były podane, wyjaśniła, że do kart zleceń lekarskich były wpisywane z warunkowością bądź intencyjnością ich podania. Z kolei w zakresie dotyczącym pomiarów glikemii wyjaśniła, że dane zamieszczone w karcie stanowią reprezentatywny wycinek pomiaru (w jednym przypadku) oraz że są zamieszczone w systemie (w drugim przypadku).

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że karta informacyjna to istotny dokument, który pacjent otrzymuje opuszczając szpital. W ocenie NIK, informacje w niej

⁸² ZOZ Mogilno, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, ZOZ w Busku Zdroju, SPZOZ w Augustowie, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny

**Nieprawidłowości
w zakresie
zabezpieczenia
dokumentacji
medycznej i systemów
jej przetwarzania**

zawarte powinny odzwierciedlać precyzyjnie i w zupełności faktyczny przebieg hospitalizacji.

W 41 % podmiotów⁸³ wystąpiły nieprawidłowości dotyczące zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania. Nie zawsze przeprowadzono w sposób systematyczny szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem, czym naruszano § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Nie stosowano udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, wymaganych w § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. W przypadku papierowej dokumentacji medycznej warunki jej przechowywania nie zawsze zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą.

Przykłady

W **SPZOZ w Mogilnie** do 9 października 2022 r. nie było opracowanych i przyjętych do stosowania udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, wymaganych w § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W **Centrum Medycznym Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie** na Oddziale Rehabilitacji dokumentacja medyczna pacjentów wypisanych 2-3 miesiące wcześniej znajdująca się w sekretariacie medycznym umieszczona była w niezamkniętej szafie i nie była zabezpieczona w sposób należyty. W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dokumentacja znajdująca się w sekretariacie medycznym oraz dwóch gabinetach lekarskich przechowywana była na regałach nie posiadających zamknięcia. Wskazane przypadki przechowywania dokumentacji naruszały wymogi §1 ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, a także przyjętej *Procedury ochrony danych osobowych*.

W **Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu** warunki przechowywania papierowej dokumentacji medycznej pacjentów w archiwum zakładowym nie zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą⁸⁴. Dotyczyło to w szczególności:

- panujących warunków wilgotności i temperatury w pomieszczeniach składnicy akt (budynek E, pomieszczenie w przyziemiu budynku B oraz pod podjazdem karetek), w których w 2023 r. temperatura wahała się w skrajnych przypadkach od 6 stopni Celsjusza w pomieszczeniu pod podjazdem karetek do 29 stopni Celsjusza w budynku E. Z kolei wilgotność sięgała nawet 78 % w przyziemiu budynku B, a w każdym z trzech pomieszczeń wilgotność przekraczała – w wybrane dni – 30-50 %⁸⁵. W pomieszczeniach w przyziemiu budynku B i pod podjazdem karetek nie zapewniono również wentylacji ani nie zamontowano innych mechanizmów/urządzeń, które warunki przechowywania dokumentacji by poprawiły (także w budynku E);

- braku zastosowania w oknach pomieszczeń budynku E i pod podjazdem karetek elementów ochronnych przed szkodliwym działaniem promieni UV (np. żaluzji, rolet, szyb bądź folii);
- braku sprawnej instalacji elektrycznej w jednym z pomieszczeń (mniejszym) pod podjazdem karetek; braku zabezpieczenia w sposób właściwy instalacji prądowej w tym pomieszczeniu (zabezpieczono jeszcze w toku kontroli); nieoznaczenia urządzenia elektrycznego znakiem ostrzegawczym (wykonano jeszcze w toku

⁸³ ZOZ Mogilno, Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Busku Zdroju, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, Szpital Ogólny w Grajewie, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

⁸⁴ Ustalono na podstawie przeprowadzonych w dniu 17 listopada 2023 r. oględzin archiwum zakładowego Szpitala.

⁸⁵ Wymagania dla pomieszczeń magazynowych archiwum zakładowego, określone w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67). Zgodnie z nimi właściwa temperatura powietrza dla dokumentacji papierowej to 14-18 stopni Celsjusza a wilgotność względna 30 %-50 %.

kontroli) i ustawienia w bliskim sąsiedztwie od niego regałów z dokumentacją medyczną pacjentów.

Dodatkowo w ocenie NIK, umiejscowienie największej części archiwum zakładowego w budynku po starej kotłowni (budynek E), w którym nie wykonano w całości demontażu instalacji centralnego ogrzewania i ciepłej wody, zasilanej mazutem, znajdującym się nadal w zbiornikach i samej instalacji, stwarzało potencjalne ryzyko wystąpienia zdarzeń mogących mieć negatywny wpływ na stan archiwizowanej dokumentacji medycznej pacjentów.

Zabezpieczeniu danych pacjentów nie sprzyjały stwierdzone przypadki przetwarzania tych danych przez osoby niewykonyjące zawodów medycznych, które nie posiadały stosownego upoważnienia administratora danych osobowych, dostosowanego do zakresu obowiązków i rodzaju pracy, którą wykonują, a także brakowanie dokumentacji bez stosowania odpowiednich procedur zabezpieczających. Tego rodzaju nieprawidłowości wystąpiły w 18 % podmiotów⁸⁶.

Przykłady

W **Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu** nie zapewniono, by osoby nie wykonujące zawodów medycznych a przetwarzające dane osobowe pacjentów, posiadały stosowne upoważnienie Administratora Danych Osobowych, dostosowane do zakresu obowiązków i rodzaju pracy, którą wykonują. Z przeprowadzonego w toku kontroli badania wydanych przez Administratora Danych Osobowych upoważnień do przetwarzania danych osobowych dla wybranych 15 osób zatrudnionych na dzień kontroli w Szpitalu⁸⁷ wynikało, że upoważnienia tego nie posiadały trzy osoby (20 % badanej próby). Dodatkowo, w przypadku dwóch osób (13 % badanej próby) upoważnienia nie obejmowały możliwości przetwarzania danych osobowych pacjentów w postaci elektronicznej mimo, że osoby te pracowały także na elektronicznych zbiorach tworzących dokumentację medyczną pacjentów. W jednym przypadku zakres przetwarzania danych osobowych nie został z kolei w ogóle określony.

Powyższe naruszało art. 24 ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta*, zgodnie z którym do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione: 1) osoby wykonujące zawód medyczny; 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

W latach 2019–2022 (do października), **Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim** przekazywał do brakowania niearchiwalną dokumentację medyczną pacjentów podmiotowi gospodarczemu, który nie dawał gwarancji, że zniszczy ją w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła, tj. zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta*. W szczególności nie została z tym przedsięwzięciem zawarta żadna umowa, która nakładałaby na niego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa tych danych ani nie zawarto z nim umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

W konsekwencji, według protokołów pobrania, w latach 2019–2022 szpital przekazał do brakowania 157 m bieżących dokumentacji (tj. 1437 tomów) przedsiębiorcy, który w ocenie NIK nie dawał rękojmi zapewnienia bezpieczeństwa ani zniszczenia dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. W okresie objętym kontrolą nie podpisano żadnej umowy na odbiór i niszczenie tej dokumentacji, a umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych podpisano dopiero w trakcie kontroli NIK.

⁸⁶ Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

⁸⁷ Według stanu na 10 listopada 2023 r.

**Nieprawidłowości
w procesie
udostępniania
dokumentacji
medycznej**

W 18 % podmiotów⁸⁸ wystąpiły przypadki nieprawidłowego udostępniania dokumentacji medycznej polegające m.in. na jej niewłaściwym zabezpieczeniu oraz niezweryfikowaniu tożsamości osób odbierających dokumentację medyczną.

Przykłady

W **Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu** warunki udostępnienia dokumentacji medycznej 19 z 20 badanych przypadków były niezgodnie z zasadami przyjętymi w Szpitalu w tym zakresie. Badanie wykazało, m.in., że: w czterech przypadkach dokumentację udostępniono bez złożonego uprzednio wniosku o jej udostępnienie; tylko jeden z 15 objętych badaniem wniosków wskazywał, że zweryfikowano tożsamość osoby, której udostępniana była dokumentacja medyczna, mimo że zgodnie z *Pouczeniem* zamieszczonym na wniosku *wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym*; w trzech przypadkach na wnioskach o udostępnienie dokumentacji medycznej brakowało podpisu wnioskodawcy i/lub podpis osoby odbierającej dokumentację był nieczytelny oraz brakowało podpisu osoby przyjmującej wniosek i wydającej dokumentację.

W **Centrum Medycznym Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie** przyjęta procedura w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej w odniesieniu do wniosków składanych osobiście przez pacjenta/osobę upoważnioną na podstawie *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej* nie pozwalała na odnotowanie zakresu udostępnionej dokumentacji medycznej. Brak informacji w tym zakresie uniemożliwia określenie zasadności naliczenia opłaty w przypadku ponownego udostępnienia dokumentacji zgodnie z § 94 pkt 4 Regulaminu organizacyjnego w związku z art. 28 ustawy *o prawach pacjenta*. Dodatkowo rejestr udostępnionej dokumentacji medycznej prowadzony w systemie kancelaryjnym nie zawierał informacji o sposobie udostępnienia dokumentacji, zakresie udostępnionej dokumentacji, wskazania imienia i nazwiska osoby innej niż pacjent, której dokumentacja medyczna została udostępniona, a w przypadku podmiotów uprawnionych także wskazania uprawnionego organu lub podmiotu, co było niezgodne z art. 27 ust 4 ustawy *o prawach pacjenta*. Jednocześnie prowadzony system kancelaryjny nie wykazywał faktycznej daty udostępnienia dokumentacji medycznej, gdyż informacja w tym zakresie zawarta była w książce korespondencji wychodzącej.

W przypadku 10 na 20 badanych wniosków brak było informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji, o której mowa w art. 27 ust. 4 pkt 3 ustawy *o prawach pacjenta*.

W przypadku dziewięciu wniosków brak było informacji w rejestrze w zakresie wskazania imienia i nazwiska osoby wnioskującej o udzielenie informacji, o której mowa w art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy *o prawach pacjenta*.

W dwóch przypadkach nie dokonano weryfikacji złożonego wniosku pod kątem uprawnień do wydania dokumentacji wskazanej we wniosku, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta*.

W jednym przypadku udostępniona dokumentacja wykraczała poza zakres złożony przez podmiot wnioskujący co naruszało zapisy pkt 9 *Procedury Udostępniania Dokumentacji Medycznej* wprowadzonej w Szpitalu.

W jednym przypadku nie odnotowano zakresu udostępnionej dokumentacji medycznej oraz nie wskazano imienia i nazwiska osoby, której ją wydano, o czym mowa w art. 27 ust. 4 pkt 3 i 4 ustawy *o prawach pacjenta*.

Dyrektor Medyczny odnosząc się do wskazanych przez NIK nieprawidłowości wyjaśniła, że wynikały one m.in. z ograniczeń technicznych użytkowanego systemu bądź decyzji podjętych przez osoby upoważnione do udostępniania dokumentacji.

W ocenie NIK, przyjęte w Szpitalu rozwiązania dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej nie zapewniły należytego nadzoru nad prawidłowym sposobem jej udostępniania.

⁸⁸ Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu, ZOZ w Busku Zdroju, Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

5.2.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych

Poszanowanie intymności i godności pacjenta jest w praktyce jednym z trudniejszych do przestrzegania praw. Ustawodawca nie precyzuje tych pojęć w ustawie *o prawach pacjenta*. Ich intuicyjne rozumienie może stanowić problem w momencie, gdy przychodzi do ich praktycznego stosowania. Związane jest to z nieostrością pojęć „intymność” i „godność”.

Przyjmując, że intymność pacjenta odnieść należy do wszelkich uczuć i działań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, to składa się na nią dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji. Naruszenie intymności pozostaje w związku z poczuciem wstydu. W doktrynie prawa intymność jest traktowana jako szczególny element sfery prywatności⁸⁹. Obejmuje więc życie osobiste pacjenta, który to obszar uważany jest za poufny, związany z jego uczuciami⁹⁰. Pojęcie sfera intymności nie ogranicza się do życia zmysłowego, lecz obejmuje tę najbardziej osobistą sferę życia człowieka, która pozostaje w ukryciu lub jest ujawniana jedynie osobom szczególnie bliskim. Treść prawa do intymności skorelowana jest z obowiązkiem odizolowania pacjenta od osób postronnych i zmniejszenia do niezbędnego minimum kontaktów z personelem podmiotu leczniczego, a także uprawnieniem pacjenta do decydowania o nawiązaniu czy utrzymywaniu kontaktu z osobami postronnymi⁹¹. Z prawa do godności wynika natomiast obowiązek podmiotowego traktowania pacjenta zapewniającego mu poczucie wartości i szacunku dla niego z racji tego, że jest człowiekiem.

Dla poszanowania prawa do intymności i godności niezbędne jest stworzenie pacjentowi przez szpital właściwych warunków pobytu.

**Infrastruktura
techniczna
niesprzyjająca
realizacji prawa do
intymności i godności**

Niewłaściwa infrastruktura techniczna, brak wyposażenia lub jego dewastacja, utrudniała realizację tego prawa w 29 % podmiotów⁹². Stwierdzono m.in. przypadki braku łazienek przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami, niezapewnienia zamknięcia ogólnodostępnych sanitariatów, niezabezpieczenia okien łazienek przed oglądem z zewnątrz, czy braku odpowiedniej liczby parawanów, które umożliwiałyby zbadanie pacjenta na sali wieloosobowej z zachowaniem jego prywatności.

Przykłady

W **Samodzielnym Szpitalu Miejskim w Białymstoku** w dziewięciu z 16 (56 %) poddanych oględzinom łazienek na trzech oddziałach szpitalnych, tj. Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddziale Geriatrii oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym: w przypadku sześciu nie było możliwości zamknięcia od wewnątrz drzwi przez pacjentów lub było to utrudnione (nie działające prawidłowo zamki lub ich brak), trzy łazienki nie miały zabezpieczonych okien przed oglądem z zewnątrz.

W przypadku ośmiu sal chorych (tj. 32 % z 25 poddanych oględzinom) na dwóch oddziałach, tj.:

⁸⁹ *System Prawa Medycznego*, red. E. Zielińska, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, Warszawa 2018, s. 431.

⁹⁰ T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta – poradnik prawny*, Warszawa 2016, s. 169.

⁹¹ *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2017, s. 785.

⁹² ZOZ w Busku Zdroju, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie, SPZOZ Szpital Bielański w Warszawie, Samodzielny Szpital Miejski w Białymstoku.

- dwóch salach chorych na Oddziale Geriatrii, w których przebywało łącznie czterech pacjentów, nie było wystarczającej liczby parawanów. W dniu oględzin Oddział dysponował jednym parawanem przy pięciu łózkach w dwóch salach;
- sześciu wieloosobowych salach chorych na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, w których przebywało łącznie 19 pacjentów, nie było wystarczającej liczby parawanów. W dniu oględzin Oddział dysponował jedynie pięcioma parawanami (w tym jednym umieszczonym w gabinecie zabiegowym) przy 25 łózkach w sześciu analizowanych salach.

W **SPZOZ Szpitalu Bielańskim w Warszawie** hospitalizacja pacjentów na korytarzach I i II Oddziału Chorób Wewnętrznych w dniu przeprowadzania oględzin, jak wyjaśniło Kierownictwo Szpitala, odbywała się w oparciu o decyzję lekarza podjętą na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta (pacjent II Oddziału) lub zgodnie z prośbą pacjentki (I Oddział) która została odnotowana w dokumentacji medycznej. Oba przypadki hospitalizacji miały charakter jednodniowy.

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, sala do porodów martwych (sala nr 5) znajdowała się w bezpośrednim sąsiedztwie sali porodowej (nr 4) w której odbywały się porody żywych dzieci. Techniczne i organizacyjne ułożenie tych sal względem siebie, dawało możliwość akustycznego oraz bezpośredniego kontaktu kobiet rodzących w obu tych salach. Warunki te mogły sprzyjać naruszeniu prawa godności i intymności pacjentek. W okresie od 1 stycznia do 21 listopada 2023 r. w sali porodowej nr 5 odbyło się 13 porodów martwych (względem 1337 porodów żywych w pozostałych salach porodowych).

Ograniczeniem prywatności pacjenta jest nieuzasadnione, nadmierne stosowanie monitoringu wizyjnego. Z ustaleń kontroli wynika, iż monitoringiem wizyjnym obejmowano pomieszczenia, w których obowiązujące w okresie objętym kontrolą przepisy nie przewidywały obecności kamer, a regulaminy wewnętrzne dotyczące monitoringu wizyjnego były niekiedy sporządzane nierzetelnie. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w przypadku 18 % podmiotów⁹³.

Przykłady

W **Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim** w nowym budynku SOR od 2020 r. stosowano monitoring wizyjny z zapisem w: sali opatrunkowej, trzech izolatkach, dwóch salach obserwacyjnych, obszarze przyjęć i segregacji, sali dla osób nietrzeźwych, rejestracji oraz podjeździe dla karetka w sposób nieuprawniony. Stosując monitoring w pomieszczeniach udzielania świadczeń zdrowotnych, naruszono prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności⁹⁴. Ponadto sposób obserwacji tych pomieszczeń (który od 6 września 2023 r. powinien uwzględniać konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych) nie został określony w regulaminie organizacyjnym, co było niezgodne z art. 23a ustawy o działalności leczniczej.

Podgląd obrazu z kamery umieszczonej na korytarzu Zakładu Opiekuńczo Leczniczego był wyświetlany na prywatnym telefonie kierownika tego Oddziału, co nie gwarantowało poufności danych. *Regulamin monitoringu wizyjnego* nie przewidywał stosowania telefonów do podglądu obrazu z kamer.

W Szpitalu nierzetelnie sporządzono *Regulamin monitoringu wizyjnego*, gdyż podano w nim dane niezgodne ze stanem faktycznym ustalonym na dzień 8 i 14 listopada 2023 r. I tak, w powyższym regulaminie podano, że:

⁹³ Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, Samodzielny Szpital Miejski w Białymstoku, Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie.

⁹⁴ Dopiero 6 września 2023 r. zmieniono art. 23a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej⁹⁴, rozszerzając katalog pomieszczeń, w których można prowadzić obserwację o takie, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa m.in. w szpitalach. Por. art. 5 ust. 1 ustawy z 16 czerwca 2023 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1675) o zmianie ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw.

- na korytarzach Szpitala stosowany jest monitoring wizyjny za pomocą czternastu kamer, gdy tymczasem do podglądu oraz zapisu obrazu z tych ogólnodostępnych miejsc wykorzystywano szesnaście kamer;
- w skład systemu monitoringu wizyjnego wchodzi dwa urządzenia rejestrujące (zapisujące obraz), podczas gdy obraz z monitoringu Szpitala rejestrowany był za pomocą sześciu urządzeń;
- rejestratory znajdują się w zamkniętym pomieszczeniu, do którego dostęp posiadają upoważnieni pracownicy, gdy tymczasem tylko trzy z sześciu rejestratorów umieszczone były w takim pomieszczeniu, a pozostałe trzy ulokowano w niezamkniętych pomieszczeniach dostępnych również dla nieupoważnionych pracowników.

W **Samodzielnym Szpitalu Miejskim w Białymstoku** nie zapewniono w pełni prawidłowego prowadzenia obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu, gdyż wewnętrzne regulacje Szpitala dotyczące obserwacji pomieszczeń tj. *Zarządzenie w sprawie monitoringu i Regulamin pracy* (w § 12) nie wskazywały: osób upoważnionych do podglądu obrazu i jego odtwarzania, zasad udostępniania obrazu, ani terminu przechowywania rejestrowanego obrazu, co było działaniem nierzetelnym. Potrzeba uregulowania tych kwestii wynikała m.in. z postanowień art. 23a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej zgodnie z którym nagrania obrazu zawierające dane osobowe podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowywane nie dłużej niż trzy miesiące od daty nagrania.

Dopuszczono jednocześnie, aby monitoring wizyjny w okresie 30 marca 2022 r. do 5 września 2023 r. objął także izolatkę na izbie przyjęć (z użyciem jednej z 32 kamer zainstalowanych w Szpitalu), mimo braku podstawy prawnej, czym naruszono art. 23a ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy w systemie ochrony zdrowia przestrzegane są prawa pacjenta?
Cele szczegółowe	<p>Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy Rzecznik na bieżąco analizował funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz inicjował zmiany poprawiające sytuację pacjenta? 2. Czy Rzecznik prawidłowo prowadził postępowania wyjaśniające w indywidualnych sprawach naruszeń praw pacjenta? 3. Czy Rzecznik prawidłowo prowadził postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów? 4. Czy Rzecznik prawidłowo realizował zadania związane z funkcjonowaniem systemu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, analizował jego funkcjonowanie i podejmował odpowiednie działania naprawcze? 5. Czy Rzecznik rzetelnie realizował zadania związane z ochroną praw pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień? 6. Czy Rzecznik zapewnił realizację <i>Strategii wieloletniej Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023</i>, w celu wzmocnienia ochrony praw pacjenta? 7. Czy w szpitalu zapewniono rzetelny nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta? 8. Czy w szpitalu wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji, a regulacje przyjęte w tym zakresie są przestrzegane? 9. Czy pacjentom zapewniono odpowiednią dostępność świadczeń? 10. Czy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępniania zawartych w niej danych oraz jej zabezpieczenia był zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami? 11. Czy organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu respektują prawo pacjentów do poszanowania ich intymności i godności?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto 18 jednostek, w tym: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz 17 podmiotów leczniczych.
Kryteria kontroli	<p>Kontrolę przeprowadzono w:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Biuro Rzecznika Praw Pacjenta na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 5 ust. 1 tej ustawy: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności, – w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ) podlegających jednostce samorządu terytorialnego oraz w spółkach kapitałowych, których jedynym udziałowcem lub akcjonariuszem jest jednostka samorządu – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK: legalności, rzetelności i gospodarności.

Okres objęty kontrolą	<p>Kontrolą objęto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lata 2019–2023 do czasu zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	<p>W ramach przygotowania przedkontrolnego w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano informacje od Rzecznika Praw Pacjenta, przewodniczącego Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej Instytutu Genetyki Człowieka PAN, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Genetyki Klinicznej, przedstawicieli organizacji wchodzących w skład Rady Organizacji Pacjenckich powołanej przez Ministra Zdrowia.</p>
Pozostałe informacje	<p>Kontrola <i>Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia</i> (P/23/047) została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziły ją analizy przedkontrolne prowadzone dla zidentyfikowanych obszarów (problemów) oraz kluczowych ryzyk związanych z problematyką praw pacjenta. Wykorzystano również wyniki kontroli rozpoznawczej R/23/002 <i>Przestrzeganie praw pacjentów</i> przeprowadzonej w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim sp. z o.o. w Warszawie.</p> <p>Podmioty lecznicze zostały dobrane z uwzględnieniem następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – skargi dotyczące przestrzegania praw pacjenta wpływające do JONIK i/lub informacje medialne o możliwych problemach występujących w tym zakresie w poszczególnych regionach, – wyniki wcześniejszych kontroli NIK przeprowadzonych w podmiocie leczniczym wskazujące na przypadki nieprzestrzegania praw pacjenta, – podmiot publiczny, o którym mowa w art. 2 ust. 1 lub 2 ustawy o NIK (państwowe osoby prawne i inne państwowe jednostki organizacyjne lub samorządowe osoby prawne i inne samorządowe jednostki organizacyjne). <p>Kontrolę przeprowadzono od 6 września 2023 r. do 30 stycznia 2024 r. (podpisanie ostatniego wystąpienia pokontrolnego).</p> <p>W 18 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek sformułowano ogółem 116 wniosków pokontrolnych. Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na 18 kwietnia 2024 r. zrealizowano 59 wniosków pokontrolnych (50,9 %) oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 40 wniosków (35,3 %).</p> <p>Kierownicy 17 jednostek nie skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK. Zastrzeżenia do treści zawartych w wystąpieniu złożył Rzecznik Praw Pacjenta.</p> <p>Kolegium NIK, w odniesieniu do zastrzeżeń złożonych przez Rzecznika Praw Pacjenta, 17 z nich oddaliło a jedno uwzględniło częściowo.</p> <p>W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz pięć Delegatur NIK.</p>

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta	Bartłomiej Chmielowiec
2.		Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Dorota Gałczyńska-Zych
3.		Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o. – Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie	Piotr Papaj
4.	Delegatura NIK w Białymstoku	Szpital Ogólny w Grajewie	Marta Romanowska
5.		Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku	Agnieszka Uszyńska
6.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Danuta Zawadzka
7.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	Ewa Bonk-Woźniakiewicz
8.		Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu	Sylwia Kulewska
9.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	Dariusz Szczepański
10.	Delegatura NIK w Kielcach	ZOZ w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie	Leszek Lepiarz
11.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	Dariusz Tumulec
12.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju	Grzegorz Lasak
13.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Barbara Stawarz
14.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku	Paweł Tofil
15.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	Paweł Pikul
16.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy	Agnieszka Cholewińska
17.		Szpital Specjalistyczny im. Falkiewicza we Wrocławiu	Agnieszka Chrobak
18.		Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze	Artur Mazur

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{1/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę (m.in.):	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta	w formie opisowej	prawidłowe wykonywanie zadań związanych z funkcjonowaniem komisji wojewódzkich do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, działania na rzecz poprawy funkcjonowania systemu dochodzenia przez pacjentów odszkodowań w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych, zgłaszanie do właściwych organów problemów i propozycji zmian aktów prawnych lub wydania nowych regulacji dotyczących poprawy ochrony praw pacjenta	niewłaściwie przygotowanie do wszczynania oraz prowadzenia postępowań wyjaśniających, część postępowań prowadzonych nierzetelnie, niepełne wsparcie pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w części szpitali psychiatrycznych. zastrzeżenia dotyczące przygotowania Strategii wieloletniej Rzecznika
2.	Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	w formie opisowej	wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji, a regulacje przyjęte w tym zakresie były przestrzegane, za wyjątkiem informacji dot. zapisów na porady i wizyty	nie zapewniono odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej nie odpowiadał w pełni wymogom prawnym, organizacja i warunki udzielania świadczeń nie respektowały w pełni prawa pacjentów do poszanowania ich intymności i godności
3.	Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o. - Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie	negatywna	przyjęto regulacje dotyczące m.in. zapewnienia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności oraz zapewniono nadzór nad rozpatrywaniem wnoszonych skarg	nie zapewniono wymaganych dla pacjentów informacji, nierzetelnie odnotowywano w indywidualnej dokumentacji medycznej ocenę stopnia natężenia bólu i monitorowanie skuteczności jego leczenia, nie dokumentowano czynności dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn, odnotowano niekompletną dokumentację medyczną, naruszono prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
4.	Szpital Ogólny w Grajewie	w formie opisowej	umożliwiono pacjentom dostęp do większości informacji o prawach pacjenta oraz respektowano prawo do rzetelnej informacji o planowanych operacjach, umożliwiono umawianie się na wizyty ambulatoryjne drogą elektroniczną, respektowano prawo pacjentów do poszanowania ich intymności i godności	nieudostępnienie niektórych informacji o prawach pacjenta, prowadzenie części analizowanej dokumentacji medycznej 20 pacjentów oraz kart zdarzeń niepożądanych niezgodnie z przepisami, niewykazanie w całej analizowanej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami
5.	Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku	w formie opisowej	zapewniono pacjentom dostęp do informacji o ich prawach, dokumentacja medyczna pacjentów była kompletna i zawierała wszystkie elementy wymagane przepisami prawa	możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną wprowadzono jedynie do dwóch (z czterech) poradni specjalistycznych (kardiologicznej i gastrologicznej), a od 1 stycznia 2023 r. nie było takiej możliwości do żadnej poradni, prawo do intymności i godności nie było w pełni respektowane
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	w formie opisowej	pacjentom zapewniono dostęp do informacji o ich prawach, podejmowano skuteczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń udzielanych przez Szpital	brak udokumentowania –przekazania niektórym pacjentom rzetelnych informacji o planowanych zabiegach, prowadzenie kart postępowania przeciwbólowego oraz niektórych kart profilaktyki i pielęgnacji odleżyn niezgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ⁷	Stany mające wpływ na wydaną ocenę (m.in.):	
			prawidłowe	nieprawidłowe
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	w formie opisowej	rzetelnie rozpatrywano skargi na działania naruszające prawa pacjenta, szpital zapewniał dostęp do informacji o prawach pacjenta, badana dokumentacja medyczna na ogół spełniała wymogi określone w ustawie o prawach pacjenta	nie zapewniono pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez część okresu objętego kontrolą, brak niektórych wymaganych informacji dla pacjentów, niekompletny regulamin organizacyjny
8.	Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu	w formie opisowej	prowadzono badania satysfakcji pacjentów, udostępniano pacjentom informacje o ich prawach, dokumentację medyczną prowadzono zgodnie z obowiązującymi przepisami	wszystkie skargi pacjentów dotyczące ich praw rozpatrzone z naruszeniem przepisów wewnętrznych, nie udostępniono wszystkich wymaganych informacji dla pacjentów, przekazywano NFZ nierzetelne informacje o liczbie pacjentów oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów Szpitala., w dokumentacji pacjentów brak było informacji dotyczących monitorowania bólu
9.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	w formie opisowej	rzetelnie rozpatrywano skargi na działania szpitala dotyczące naruszenia praw pacjenta, zapewniono dostęp do informacji o prawach pacjenta i udzielanie zgód na zabiegi operacyjne w wymaganej formie	nie sporządzano raportów zbiorczych dotyczących zdarzeń niepożądanych, nie określono w regulaminie organizacyjnym istotnych dla pacjentów elementów, niezgodność zapisów regulaminu ze stanem faktycznym
10.	ZOZ w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie	w formie opisowej	zapewniono dostęp do informacji o prawach pacjenta, strona internetowa Szpitala, jak również formularze zgód na wykonywane zabiegi, pozwalały pacjentom na zapoznanie się z możliwościami leczenia oraz uzyskanie rzetelnych informacji na temat planowanych zabiegów oraz ich przebiegu	nie określono szczegółowych zasad załatwiania skarg pacjentów, petycji i wniosków, do czego zobowiązywał regulamin organizacyjny, braki w zaleceniach dotyczących profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej, nie dokonywano wpisów w dokumentacji medycznej niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego
11.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim	negatywna	prowadzono badania satysfakcji pacjentów na temat jakości świadczonych usług i przestrzegania praw pacjenta, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów był na ogół zgodny z obowiązującymi przepisami	nie w pełni respektowano prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz do ochrony danych osobowych m.in w zakresie stosowania monitoringu w pomieszczeniach SOR, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, do podglądu obrazu z kamery umieszczonej na korytarzu Zakładu Opiekuńczo Leczniczego wykorzystywano prywatny, niezabezpieczony telefon
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Busko-Zdroju	w formie opisowej	rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin, wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji.	nie zrealizowano wniosku z wcześniejszej kontroli NIK o dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na oddziale ginekologiczno-położniczym dla osób z niepełnosprawnościami, nie rejestrowano systematycznego monitoringu natężenia bólu u pacjentów, którym wdrożono leczenie przeciwbólowe.
13.	Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	w formie opisowej	skargi pacjentów i ich rodzin na rozpatrywano prawidłowo, zapewniono pacjentom dostęp do informacji, respektowano prawo	uchybień dotyczące formy prowadzenia dokumentacji medycznej

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę (m.in.):	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			do poszanowania intymności i godności pacjenta	
14.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku	w formie opisowej	rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin, prowadzono badania poziomu satysfakcji pacjentów w celu zbadania jakości usług, prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentów	nieprawidłowości w zakresie rzetelności stosowania procedur z zakresu profilaktyki przeciwbólowej i leczenia odleżyn, w tym w zakresie wymaganej systematyczności oceny ryzyka rozwoju odleżyn, czy częstotliwości dokonywania oceny natężenia bólu.
15.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	w formie opisowej	skargi na działalność placówki rozpatrywane były według obowiązujących zasad oraz w wymaganym terminie, organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zapewniały respektowanie prawa do poszanowania intymności i godności pacjentów	formularze zgód na wykonanie zabiegów na Oddziale Chirurgii z nie zawierają rzetelnej informacji na temat wykonywanych zabiegów, która powinna stanowić podstawę uzyskania zgód na wykonywanie procedur medycznych
16.	Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy	w formie opisowej	na bieżąco rozpatrywano skargi pacjentów, podejmowano działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie, respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu oraz prowadzono stały monitoring pacjentów z odleżynami lub zagrożonych odleżynami	nieprawidłowości w wypełnianiu formularzy zgody na zabieg, nieudostępnianie pacjentom części wymaganych informacji, niezapewnienie pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty
17.	Szpital Specjalistyczny im. Falkiewicza we Wrocławiu	w formie opisowej	podejmowano systematyczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń, rzetelnie dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu	niepełna informacja dla pacjentów, brak systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjentów oraz zarządzania tym ryzykiem, niezapewnienie bezpiecznych warunków przechowywania dokumentacji w archiwum zakładowym Szpitala
18.	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze	w formie opisowej	zapewniono pacjentom dostęp do informacji o ich prawach, podejmowano systematyczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń, rzetelnie odnotowywano i dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu	wystąpiły przypadki niewskazania daty udzielenia przez pacjenta zgody na zabieg podwyższonego ryzyka, przypadki nierzetelnego, niezgodnego z wewnętrzną procedurą Szpitala, dokumentowania profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn

^{*/} pozytywna / negatywna / w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Prawa pacjenta Konstytucja RP jest gwarantem prawa jednostki do ochrony zdrowia. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ustawodawca, w artykule 68 ust. 2, wskazał ponadto, że obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Warunki udzielania świadczeń oraz ich zakres określa natomiast ustawa *o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

Ustawa *o prawach pacjenta* reguluje katalog praw pacjenta. W katalogu tym znajdują się prawa do:

- 1) świadczeń zdrowotnych (rozdział 2);
- 2) informacji (rozdział 3);
- 3) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (rozdział 3a);
- 4) tajemnicy informacji z nim związanych (rozdział 4);
- 5) wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (rozdział 5);
- 5) poszanowania intymności i godności pacjenta (rozdział 6);
- 6) dokumentacji medycznej (rozdział 7);
- 7) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (rozdział 8);
- 8) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (rozdział 9);
- 9) opieki duszpasterskiej (rozdział 10);
- 10) przechowania rzeczy wartościowych w depozycie (rozdział 11).

Pierwotnie unormowany w 2008 r. katalog praw pacjenta nie jest jednak wyczerpujący, w tym znaczeniu, że może zaistnieć potrzeba uregulowania innych obszarów ochrony pacjentów. Świadczy o tym między innymi dodanie do ustawy w 2013 r. prawa pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych – ustawą z dnia 27 września 2013 r. *o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw*, a także uzupełnienie ustawy o prawo do łagodzenia bólu (art. 20a) – ustawą z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*.

Szpital ma obowiązek stworzyć pacjentowi takie warunki, aby możliwe było respektowanie jego praw. W każdym zakładzie opieki zdrowotnej musi znajdować się regulamin, w którym określa się miejsce oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 24 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy *o działalności leczniczej*).

Przepisy prawa przewidują jednocześnie możliwość wprowadzenia ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku: wystąpienia zagrożenia epidemicznego⁹⁵ lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów⁹⁶.

Podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, może ograniczyć prawo pacjenta

⁹⁵ Zgodnie z art. 2 pkt 31 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2023 r. poz.1284., ze zm.) zagrożenie epidemiczne rozumiane jest jako zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii.

⁹⁶ Art. 5 ustawy *o prawach pacjenta*.

do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu⁹⁷.

Ograniczenie korzystania z praw pacjenta nie jest tożsame z całkowitym pozbawieniem pacjentów ich praw. Przykładowo, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych nie może zakazać odwiedzin pacjentów, jeśli jednocześnie nie zapewni alternatywnej drogi kontaktu pacjenta z innymi osobami. Utrzymywanie łączności i relacji pacjenta z osobami bliskimi stanowi istotny element życia rodzinnego⁹⁸.

Dokumentacja medyczna pacjenta powinna w sposób określony przepisami prawa obrazować proces leczenia pacjenta. Z uwagi na charakter danych, które zawiera, podlega ona szczególnej ochronie, w tym zabezpieczeniu przed dostępem osób nieuprawnionych. Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie⁹⁹. Może do tego upoważnić także inne osoby. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie zarówno z perspektywy ustawy o prawach pacjenta jak i z przepisów odrębnych – np. ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych¹⁰⁰.

Przepis art. 23a ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym od 4 maja 2019 r. do 5 września 2023 r. stanowił, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń;
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych;

– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

Od 6 września 2023 r. zgodnie z ww. przepisem, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników;
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych;
- 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa – w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów

– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

⁹⁷ Jw.

⁹⁸ Art. 47 Konstytucji RP.

⁹⁹ Art. 23 ustawy o prawach pacjenta.

¹⁰⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

- 1) Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
- 2) Ustawa z 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
- 3) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).
- 4) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zm.).
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
- 8) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *konsultantach w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2024 r. poz. 69).

6.4. Wykaz podmiotów, 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) Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
- 8) Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia (ZDR)
- 9) Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
- 10) Minister Zdrowia
- 11) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- 12) Rzecznik Praw Pacjenta



NKM.0914.7.2024.6.KCZ
Warszawa, 01 sierpnia 2024

Pan
Michał Jędrzejczyk
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ (zwanej dalej „NIK”), przedstawiam stanowisko do Informacji o wynikach kontroli nr P/23/047 – „Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia”, która została przekazana przy piśmie z dnia 18 lipca 2024 r. o znaku: KZD.430.1.2024.

I. Wstęp.

Uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia traktuje w sposób priorytetowy kwestie związane z zagwarantowaniem przestrzegania praw pacjentów.

Ponadto uprzejmie wskazuję, że działania na rzecz praw pacjentów, w tym te dotyczące rozważenia wykonania wniosków sformułowanych przez NIK, będą prowadzone we współpracy z zainteresowanymi podmiotami, m.in. z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia będzie pracować nad jednym referencyjnym portalem dla pacjentów z informacjami o profilaktyce.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na działania realizowane w ramach programu „Dostępność Plus dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej”, którego celem jest opracowanie standardów dostępności dla placówek realizujących świadczenia zdrowotne, w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Równocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace, które mają na celu zakwalifikowanie nowych badań genetycznych jako świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, co ma przyspieszyć diagnozę przebiegu schorzeń uwarunkowanych genetycznie oraz umożliwić wdrożenie celowanego leczenia, tak aby złagodzić skutki chorób genetycznych.

¹Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

Ponadto wskazania wymaga, że pomimo braku rozwiązań ustawowych testy genetyczne są przeprowadzane z poszanowaniem bezpieczeństwa i praw pacjentów, bowiem są one wykonywane przez laboratoria medyczne.

II. Wnioski do Ministra Zdrowia.

1) Część 4. Wnioski, wniosek nr 1, str. 17.

W odniesieniu do wniosku o każdorazowe ustosunkowywanie się przez Ministra Zdrowia do wniosków Rzecznika Praw Pacjenta, zapewniam, iż wszelkie propozycje rozwiązań legislacyjnych z zakresu praw pacjentów, jakie wpływają do Ministerstwa Zdrowia od Rzecznika Praw Pacjenta, są brane pod uwagę każdorazowo w przypadku prowadzenia prac nad nowelizacją przepisów normujących te zagadnienia.

Jednocześnie należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia nigdy nie prezentowało stanowiska mogącego wskazywać, że propozycje zmian legislacyjnych nie są zasadne i nie wymagają analizy. Ostateczna decyzja co do kształtu przyjmowanych rozwiązań legislacyjnych procedowanych w Ministerstwie Zdrowia jest poprzedzana każdorazowo wymaganymi prawem uzgodnieniami i konsultacjami.

W kontaktach z Rzecznikiem Praw Pacjenta zawsze deklarowano otwartość na zmiany obowiązujących przepisów, jak i tworzenie nowych regulacji dotyczących praw pacjenta. Informowano również Rzecznika Praw Pacjenta o podejmowanych w Ministerstwie Zdrowia inicjatywach mających na celu zapewnienie skuteczniejszej ochrony praw pacjentów. Jako przykład należy podać powołanie Zespołu do spraw opracowania propozycji projektu ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów, w którego pracach uczestniczył przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta. Zespół został powołany na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji ustawowych regulacji dotyczących praw i obowiązków pacjentów². Rezultatem prac Zespołu było przygotowanie raportu końcowego w formie rekomendacji do nowych regulacji prawnych, jak również propozycji zmian w obowiązujących aktach prawnych m.in. w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2) Część 4. Wnioski, wniosek nr 2, str. 17.

Uprzejmie informuję, iż portalem wiedzy dla pacjentów m.in. o programach profilaktyki zdrowia jest strona pacjent.gov.pl, prowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia. Na przedmiotowej stronie są umieszczane informacje, które obejmują całość tematyki dotyczącej profilaktyki i leczenia pacjentów, w tym m.in. znajduje się oddzielna zakładka, dotycząca praw pacjentów.

Z uwagi na to, że informacje o profilaktyce są rozproszone i obecne w Internecie na licznych stronach internetowych, w tym także na stronach urzędów administracji publicznej, Ministerstwo Zdrowia będzie pracować nad jednym referencyjnym portalem dla pacjentów z informacjami o profilaktyce, którym najprawdopodobniej będzie już istniejąca strona „*Planuję długie życie*”. Do współpracy przy tworzeniu treści na ww. stronie zostanie zaproszony Rzecznik Praw Pacjenta.

Ponadto uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia jest beneficjentem programu „*Dostępność Plus dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej*”, którego celem jest opracowanie standardów dostępności dla placówek realizujących świadczenia zdrowotne, w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie ambulatoryjnej opieki

²Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 108 i 112.

specjalistycznej. Na kolejnym etapie realizacji ww. projektu jest planowane udzielanie grantów na projekty zwiększające dostępność placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. W ramach powyżej wskazanego projektu jest przygotowywana platforma komunikacji, która ma być narzędziem przekazywania informacji oraz komunikacji z podmiotami realizującymi projekty grantowe, jak i ze wszystkimi placówkami zainteresowanymi wdrażaniem dostępności.

W ramach ww. projektu planowane jest również stworzenie mapy dostępnych placówek zdrowotnych. Dzięki takiej mapie każda osoba mogłaby zweryfikować, gdzie w jej najbliższym otoczeniu znajdują się placówki dostępne pod kątem architektonicznym, cyfrowym i informacyjno-komunikacyjnym oraz jakie oferują udogodnienia dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Powyższe działania będą miały pozytywny wpływ na zapewnienie realizacji praw pacjentów, w szczególności osób ze szczególnymi potrzebami.

III. Wnioski *de lege ferenda* do Ministra Zdrowia.

1) Część 4. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 1, str. 17.

Zaproponowana propozycja zmian przepisów (tj. *przygotowanie projektu zmiany przepisów dotyczących pozycji Rzecznika Praw Pacjenta w systemie organów państwa, która zapewniaby uniezależnienie Rzecznika od wpływu władzy wykonawczej, umożliwiając skuteczniejsze niż do tej pory wykonywanie jego misji [...]*) zostanie poddana wnikliwej analizie oraz będzie konsultowana z zainteresowanymi stronami.

Na marginesie wskazania wymaga, iż na przestrzeni ostatnich lat nie docierały do Ministerstwa Zdrowia informacje o problemach z wykonywaniem misji przez Rzecznika Praw Pacjenta.

2) Część 4. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 2, str. 17.

Zaproponowana propozycja zmian przepisów (*przygotowanie projektu zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tak aby uregulować postępowania wyjaśniające prowadzone po zgonie pacjenta*) zostanie poddana wnikliwej analizie oraz będzie konsultowana z zainteresowanymi podmiotami, w tym również z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

3) Część 4. Wnioski, wniosek *de lege ferenda* nr 3, str. 17.

W odniesieniu do ww. wniosku, należy zauważyć, że brak ustawy nie ogranicza możliwości przeprowadzania testów genetycznych u człowieka, z poszanowaniem bezpieczeństwa i praw pacjentów. Czynności te bowiem wykonują odpowiednie laboratoria medyczne, funkcjonujące w ramach systemu ochrony zdrowia. W ramach systemu jest prowadzona również diagnostyka i terapia z wykorzystaniem wiedzy z zakresu genomiki, do której są przygotowani lekarze specjaliści z poszczególnych dziedzin medycyny, w tym genetyki klinicznej.

Z wyrazami szacunku

Izabela Leszczyńska
Minister Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.1.2024

Warszawa, 2024-08-05

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia

**przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do
Informacji o wynikach kontroli P/23/047 „Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia”**

Najwyższa Izba Kontroli z zadowoleniem przyjmuje stanowisko Ministra Zdrowia do Informacji o wynikach kontroli, w którym Minister zadeklarował, iż traktuje w sposób priorytetowy kwestie związane z zagwarantowaniem przestrzegania praw pacjentów i poinformował o działaniach w celu realizacji wniosków NIK służących wzmocnieniu ochrony tych praw.

W szczególności pozytywnie należy ocenić deklarację o podjęciu prac nad jednym referencyjnym portalem dla pacjentów z informacjami dotyczącymi profilaktyki. Najwyższa Izba Kontroli wskazywała, iż takie rozwiązanie byłoby korzystne dla pacjentów, którzy często korzystają z niewiarygodnych źródeł wiedzy na temat problemów zdrowotnych i sposobów ich rozwiązywania. Ponadto przy użyciu portalu można będzie kształtować korzystne zachowania prozdrowotne, np. większy udział obywateli w badaniach profilaktycznych.

Istotna jest również informacja, iż wnioski *de lege ferenda* sformułowane przez NIK zostaną poddane wnikliwej analizie oraz będą konsultowane z zainteresowanymi podmiotami, w tym również z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Należy mieć nadzieję, iż prace analityczne będą prowadzone sprawnie i w bliskiej perspektywie zostaną przygotowane projekty konkretnych aktów prawnych służących m.in. poprawie przestrzegania praw pacjenta.

Najwyższa Izba Kontroli nie może się natomiast zgodzić z opinią, iż pomimo braku rozwiązań ustawowych testy genetyczne są przeprowadzane z poszanowaniem bezpieczeństwa i praw pacjentów, bowiem są one wykonywane przez laboratoria medyczne. NIK zwraca uwagę, iż podmioty prywatne mogą oferować dowolne testy genetyczne, w dowolnym zakresie i dotyczące dowolnie wybranych chorób genetycznych, tylko na zasadzie zgłoszenia działalności gospodarczej, bez konieczności posiadania własnego laboratorium, uzyskania opinii ekspertów genetyki medycznej, posiadania państwowego certyfikatu czy też poddawania się kontroli. Oferty tego typu nie gwarantują odpowiedniej informacji i porady genetycznej przed i po badaniu, a przesyłane wyniki są często trudne do zinterpretowania. Nie ma też gwarancji, że dostęp do informacji zawartych w DNA będzie dobrze chroniony (w jaki sposób dane będą przechowywane i zarządzane). Przygotowanie projektu regulacji prawnych gwarantujących ochronę praw pacjenta w zakresie badań genetycznych jest więc konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ochrony ich praw, o co wnioskuje NIK w Informacji o wynikach kontroli.

Prezes NIK

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/