NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.6.1.2023

Pani
Dorota Gałczyńska-Zych
Dyrektor
Szpitala Bielańskiego
im. Ks. Jerzego Popiełuszki
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Warszawie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/47 „Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia"

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dorota Gałczyńska-Zych, Dyrektor, od 5 listopada 2007 r. (akta kontroli str. 5)
Zakres przedmiotowy kontroli	1) Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. 2) Przestrzeganie prawa do informacji. 3) Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych. 4) Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych. 5) Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[1].
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia.
Kontrolerzy	1. Maciej Szustowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/38/2023 z 11 września 2023 r. 2. Agnieszka Mrozik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/45/2023 z 9 października 2023 r. (akta kontroli str. 1-4)

[1] Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK".

II. Ocena ogólna[2] kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Nie wszystkie prawa pacjenta w Szpitalu były skutecznie respektowane.

Szpital rzetelnie prowadził nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta, a stwierdzone nieprawidłowości miały charakter formalny.

Wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji. Regulacje przyjęte w tym zakresie były przestrzegane, za wyjątkiem informacji dotyczących zapisów na porady i wizyty w zakresie świadczeń udzielanych w warunkach domowych.

Pomimo działań podejmowanych przez Kierownictwo Szpitala pacjentom nie zapewniono odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych. Podejmowano działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia, jednak działania te nie były w pełni skuteczne. Na uwagę zwraca fakt, że w poszczególnych latach z okresu 2019-2022 odsetek pacjentów niezgłaszających się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie kształtował się w wybranych oddziałach i poradniach nawet na poziomie 50%.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej nie odpowiadał w pełni wymogom prawnym. Udostępnianie oraz przechowywanie dokumentacji medycznej w Szpitalu odbywało się natomiast zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo.

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu nie respektowały w pełni prawa pacjentów do poszanowania ich intymności i godności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe[3] kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów

1.1. Skargi

Opis stanu faktycznego

Stosownie do postanowień § 26 regulaminu organizacyjnego Szpitala: „Dyrektor podmiotu leczniczego lub upoważniony przez niego pracownik, przyjmuje skargi i wnioski pracowników, pacjentów oraz innych zainteresowanych osób, w podanych na tablicy ogłoszeń dniach i godzinach i załatwia je według posiadanych kompetencji".

W § 5 ust. 1 Procedury Przyjmowania i Rozpatrywania Skarg, Zażaleń i Wniosków w Szpitalu podano, że skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, telefonicznie, telefaksem, pocztą telefoniczną oraz ustnie. Procedura ta została przekazana do akceptacji przy piśmie z 7.09.2010 r. (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Kontrolującemu przedstawiono ogółem 15 rejestrów cząstkowych skarg prowadzonych przez: Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta, Pełnomocnika Dyrektora ds. Przychodni Przyszpitalnej i dział Organizacyjno-Prawny. W Szpitalu nie funkcjonuje jeden rejestr skarg.

---

[2] Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

[3] Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Analiza składanych skarg była prowadzona na bieżąco, a jej wyniki omawiane każdego roku z kierownictwem Szpitala i personelem medycznym.

Łączna liczba skarg/wniosków/zażaleń wynosiła w: 2019 r. – 50, 2020 r. – 112, 2021 – 147, 2022 r. – 156 i 2023 r. (do sierpnia) – 149.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala z uwagi na nieostre pojęcie „nieprzestrzeganie praw pacjenta" niemożliwym jest precyzyjne wyodrębnienie takiej kategorii skarg. Najczęściej naruszane prawa pacjenta, w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w Szpitalu to: prawo do świadczeń zdrowotnych oraz do dokumentacji medycznej i informacji.

(akta kontroli str. 9-230)

1.2. Badania satysfakcji pacjenta

Opis stanu faktycznego

Szpital nie miał wewnętrznych regulacji dot. badania satysfakcji pacjentów w latach 2019-2023. Jako podmiot posiadający certyfikat akredytacyjny był zobowiązany do prowadzenia badania opinii hospitalizowanych pacjentów przynajmniej raz w roku i takie badania prowadził, z wyjątkiem 2020 r., kiedy odstąpiono od badania satysfakcji pacjentów szpitala, powołując się na stan epidemii. Dokumentacja medyczna była wówczas traktowana jako potencjalne źródło zakażenia i do maksimum ograniczono jej obieg pomiędzy personelem Szpitala i pacjentami. Ankiety te nie były elementem niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Badanie satysfakcji pacjentów było prowadzone przy pomocy kwestionariusza ankiety zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala. Kwestionariusz zawierał 24 pytania w formie zamkniętej, dodatkowo zostało zawarte pytanie w formie otwartej, gdzie pacjent mógł wpisać swoje spostrzeżenia dotyczące oddziału bądź Szpitala. Badania te zostały przygotowane w Zespole ds. Jakości, przez Pełnomocnika Dyrekcji ds. Praw Pacjenta i miały one charakter anonimowy.

W 2019 r. w badaniu wzięło udział 1656 respondentów, poziom satysfakcji wyniósł 84,67%.

W 2021 r. w badaniu wzięło udział 194 respondentów, poziom satysfakcji wyniósł 87,09%. Był to okres zmniejszenia uzyskiwania ankiet od pacjentów z uwagi m.in. na ograniczenia w przemieszczaniu się pacjentów na Oddziałach.

W 2022 r. w badaniu wzięło udział 475 respondentów, poziom satysfakcji wyniósł 94,81%.

(akta kontroli str. 231-383)

1.3. Kontrole

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą przeprowadzono 78 kontroli zewnętrznych, w tym: w 2019 r. – 26, 2020 r. – 10, 2021 – 9, 2022 r. – 23 i 2023 – 10.

Ponadto w Szpitalu w lokalizacji przy ul. Inflanckiej 6 od 1 lipca 2022 r. podmioty zewnętrzne przeprowadziły sześć kontroli.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono również ogółem 20 audytów wewnętrznych.

Część ww. kontroli dotyczyła problematyki przestrzegania praw pacjenta. W ramach tych kontroli stwierdzano nieprawidłowości i formułowano wnioski pokontrolne. Wnioski były realizowane, a Szpital przekazywał organom kontrolnym informacje o sposobie ich realizacji (m.in. przeprowadzono szkolenia z zakresu prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz do informacji, przypominano zasady komunikacji z pacjentem).

(akta kontroli str. 384-527)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym Szpitala (§ 26) znalazła się regulacja sugerująca, że skargi wnoszone mogą być jedynie osobiście, co było sprzeczne z wewnętrznymi regulacjami w tym zakresie.

(akta kontroli str. 9-20)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że regulacja zawarta w regulaminie jest elementem porządkującym, jeśli wnioskodawcy zdecydują się skorzystać z formy kontaktu osobistego lub telefonicznego. Formy składania skarg i wniosków reguluje § 5 Procedury Przyjmowania i Rozpatrywania Skarg, Zażaleń i Wniosków, który wyraźnie dopuszcza wszystkie możliwe formy składania skarg, zażaleń, wniosków. Ponadto Dyrektor Szpitala zwróciła uwagę, że informacje dotyczące trybu składania skarg i wniosków w szpitalu są umieszczone w ogólnodostępnych miejscach, tj. na każdym oddziale szpitala oraz w przychodni przyszpitalnej zarówno w lokalizacji na ul. Cegłowskiej, jak i na ul. Inflanckiej.

(akta kontroli str. 27-32)

W ocenie NIK, w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego, który jest dostępny dla pacjentów, zapisy dotyczące formy i trybu wnoszenia skarg i wniosków powinny być spójne z pozostałymi regulacjami wewnętrznymi; w przedmiotowym przypadku z Procedurą Przyjmowania i Rozpatrywania Skarg, Zażaleń i Wniosków.

2. Procedura Przyjmowania i Rozpatrywania Skarg, Zażaleń i Wniosków w Szpitalu Bielańskim (przekazana do akceptacji przy piśmie z 7 września 2010 r.) została zaakceptowana i wdrożona przez Dyrektora Szpitala bez wskazania daty dokonania tej czynności. Ponadto nie była ona aktualizowana przez blisko 13 lat i zawierała nieaktualne informacje dot. przyjmowania skarg i wniosków (§ 4 określający osoby i godziny przyjmowania skarg i wniosków).

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, dane wskazane w § 4, zostaną uaktualnione.

(akta kontroli str. 27-32)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital rzetelnie prowadził nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta, a stwierdzone nieprawidłowości miały charakter formalny.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

2.1. Informacja o prawach pacjenta

Opis stanu faktycznego

Szpital, zgodnie z ogólnymi wytycznymi wynikającymi z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[4] oraz szczegółowymi regulacjami określonymi w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[5], udostępnił informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie ich w miejscach ogólnodostępnych w zajmowanych budynkach, w których udzielano świadczeń zdrowotnych. W holach głównych budynków, znajdowały się tablice informacyjne zamieszczone na wysokości umożliwiającej osobom średniego wzrostu odczytanie zawartych na nich informacji. Dostęp do tablic informacyjnych nie był ograniczony dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. Tablice zawierały m.in. prawa pacjenta; numery telefonów alarmowych „112" i „999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego; adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ; adres i numer telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której

[4] Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.
[5] Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej „OWU".

świadczeniobiorca mógł uzyskać informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia; informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Szpital udostępniał pacjentom również informację w zakresie adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Nie wszystkie jednak informacje wymagane przywołanym aktem prawnym zostały przez Szpital upublicznione. W żadnym miejscu Szpitala nie zawarto informacji w zakresie zasad zapisów na porady i wizyty świadczeń udzielanych w warunkach domowych (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 838-852))

Na swojej stronie internetowej Szpital umieścił istotne dla pacjentów informacje dotyczące m.in.: procedury rejestracji do poradni specjalistycznej, Rzecznika Dyrektora ds. Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Pacjenta oraz sposobów kontaktu z nimi, przyjęć na SOR, zasad oraz procedur udostępniania dokumentacji medycznej, opieki nad kobietami ze szczególnymi potrzebami (gabinet „bez barier", wsparcie osobistego koordynatora opieki, tłumacz języka migowego, pozostałe udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością), opieki psychologicznej i duszpasterskiej.

(akta kontroli str. 528-536)

W Szpitalu obowiązywała procedura „Przyjęcie pacjentów do Szpitala Bielańskiego oraz postępowanie w przypadku odmowy przyjęcia"[6]. Procedura ta miała na celu ustalenie jednolitych zasad postępowania w trakcie przyjmowania pacjentów do Szpitala (przyjęcia planowe i nieplanowe) zmierzających do zapewnienia właściwego poziomu opieki i bezpieczeństwa pacjenta. W załączniku nr 1 do tej procedury określono planowany czas hospitalizacji przy przyjęciach planowych na poszczególnych oddziałach i dla poszczególnych procedur medycznych.

(akta kontroli str. 537-558)

2.2. Regulamin organizacyjny

Opis stanu faktycznego

W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*[7].

Ponadto w regulaminie wskazano: zarząd i organizację podmiotu leczniczego, postanowienia końcowe.

(akta kontroli str. 822)

2.3. Strona internetowa

Opis stanu faktycznego

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informacje pozwalające ocenić pacjentowi jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych[8], w tym m.in.:

- certyfikat akredytacyjny dla leczenia szpitalnego[9],
- informacja o Mazowieckiej Nagrodzie Jakości w kategorii Organizacja Publiczna Ochrona Zdrowia otrzymanej w październiku 2010 r.,
- informacja o Nagrodzie Miasta Stołecznego Warszawy otrzymanej 27 sierpnia 2020 r. w uznaniu zasług dla Stolicy Rzeczypospolitej Polskiej,
- Polityka Jakości Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

(akta kontroli str. 559-568)

---

[6] Procedura PR6_P68/CO1-2 wydanie 2 (od 20.10.2017 r.), wydanie 3 (od 6.02.2020 r.), wydanie 4 (od 27.04.2023 r.).
[7] Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.
[8] M.in. w zakładce „Osiągnięcia i Certyfikaty".
[9] Certyfikat nr: 2023/40 z 28 lipca 2023 r. (ważny trzy lata od daty wystawienia).

2.4. Zgoda na wykonywanie procedur medycznych

Opis stanu faktycznego

Szpital opracował wewnętrzne procedury dotyczące uzyskiwania zgód pacjenta na wykonywanie zabiegów operacyjnych i procedur stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Dokumentacja medyczna pacjentów zawierała formularze zgód na przeprowadzenie zabiegu lub procedury diagnostycznej o podwyższonym poziomie ryzyka. Pacjent był informowany o oczekiwanych korzyściach, a także możliwości wystąpienia ryzyk lub powikłań w sposób odnoszący się indywidualnie do planowanego u niego zabiegu lub procedury. Formularze zgody wyrażone były w formie pisemnej przed zabiegiem i uwzględniały wykaz szczegółowych czynności. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta wskazywały na dobrowolne wyrażenie zgody przez pacjentów.

(akta kontroli str. 866-877)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następująca nieprawidłowość:

Szpital nie zrealizował w pełni obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorców, ponieważ nie upublicznił wszystkich wymaganych informacji, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

W przekazanych do wiadomości pacjentów, zasadach zapisów na porady i wizyty nie uwzględniono świadczeń udzielanych w warunkach domowych, co jest wymagane zgodnie z § 11 ust. 4 pkt. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

Dyrektor ds. Lecznictwa stwierdził, że zapisy na porady i wizyty odbywają się w taki sam sposób niezależnie od warunków udzielenia świadczenia zdrowotnego. Dyrektor ds. Lecznictwa zaznaczył jednocześnie, że wizyty lekarskie pacjentek Warszawskiego Instytutu Zdrowia Kobiet, co do zasady odbywają się stacjonarnie z uwagi na rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz potrzebę dostępu do specjalistycznej aparatury medycznej, a ewentualna potrzeba udzielenia świadczenia zdrowotnego w warunkach domowych jest autonomiczną decyzją lekarza.

W ocenie NIK brak informacji o zasadach przyjętych w zakresie udzielania świadczeń w warunkach domowych, stoi w sprzeczności z regulacjami rozporządzenia, które wymaga zamieszczenia określonych informacji.

(akta kontroli str. 838-852)

OCENA CZĄSTKOWA

W szpitalu 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 świadczeń udzielanych w warunkach domowych.

OBSZAR

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

3.1. Zakres udzielanych świadczeń

Zakres świadczeń udzielanych w szpitalu był zgodny z wpisem w rejestrze prowadzonym przez wojewodę oraz regulacjami wewnętrznymi.

(akta kontroli str. 812-816, 823)

3.2. Liczba osób oczekujących

Opis stanu faktycznego

Szpital podejmował działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia.

Największa liczba oczekujących według stanu na 31 grudnia dla poszczególnych lat z okresu 2019 – 2022 występowała dla trzech poniższych Oddziałów:

- Gastroenterologii (odpowiednio przypadki stabilne: 551, 440, 382, 285; odpowiednio przypadki pilne: 143, 140, 189, 236);

- Neurochirurgii (odpowiednio przypadki stabilne: 62, 181, 310, 218; odpowiednio przypadki pilne: 15, 8, 5, 7);

- Otolaryngologii (odpowiednio przypadki stabilne: 218, 255, 439, 455; odpowiednio przypadki pilne: 2, 2, 9, 23).

Przyczynami zwiększonej liczby oczekujących były:

- zalecenia NFZ dot. ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenie świadczeń planowych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19;

- decyzje Wojewody Mazowieckiego o wydzieleniu oddziałów „covidowych" (w tym OIOM Covidowy), co spowodowało zaangażowanie lekarzy anestezjologów w pracę tych oddziałów i zmniejszenie możliwości zabezpieczenia przez nich znieczuleń do operacji na Bloku Operacyjnym;

- decyzje Wojewody Mazowieckiego, aby w Oddziałach zabezpieczyć łóżka dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2;

- zwiększenie liczby operacji nagłych, ratujących życie, ze względu na wyłączenie z działania Szpitali jednoimiennych (np. w Warszawie cały Państwowy Instytut Medyczny MSWiA).

Szpital stosował bieżącą weryfikację prowadzonych list osób oczekujących, niezwłoczne informując pacjentów dostępnymi środkami o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia. Terminy przyjęć były potwierdzane kilkukrotnie, a w przypadku niemożności zgłoszenia się pacjenta na hospitalizację na wolne miejsca umawiano innych pacjentów.

W poszczególnych latach 2019-2022 odsetek pacjentów niezgłaszających się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie kształtował się następująco:

- Oddział Gastroenterologii: 11, 13, 28 i 13%;

- Oddział Neurochirurgii: 17, 4, 0 i 10%;

- Oddział Otolaryngologii: 11, 11, 5 i 50%.

Największa liczba oczekujących według stanu na 31 grudnia dla poszczególnych lat z okresu 2019 – 2022 występowała dla trzech poniższych Poradni:

- Szpital Bielański SPZOZ Przychodnia Przyszpitalna Poradnia Chirurgii Naczyniowej (odpowiednio przypadki stabilne: 447, 390, 393, 384; odpowiednio przypadki pilne: 198, 132, 242, 268);

- Szpital Bielański SPZOZ Przychodnia Przyszpitalna Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (odpowiednio przypadki stabilne: 340, 179, 340, 358; odpowiednio przypadki pilne: 79, 18, 150, 189);

- Szpital Bielański SPZOZ Przychodnia Przyszpitalna Poradnia Endokrynologiczna (odpowiednio przypadki stabilne: 593, 567, 610, 608; odpowiednio przypadki pilne: 218, 210, 174, 241).

Przyczynami zwiększonej liczby oczekujących na przyjęcie do ww. poradni były m.in.:

- poradnie przyszpitalne prowadzą zapisy na wizyty lekarskie dla pacjentów z „zewnątrz" (brak rejonizacji) oraz wizyty pohospitalizacyjne dla pacjentów szpitala czy korzystających ze świadczeń w ramach SOR;

- pacjenci umówieni na konkretny termin wizyty lekarskiej nie informują o rezygnacji z wizyty i nie przychodzą w wyznaczonym terminie, co uniemożliwia skorzystanie z wcześniejszego terminu wizyty lekarskiej przez innego pacjenta;

- od 14 marca 2020 r. do odwołania przepisu w tym zakresie pacjent nie miał obowiązku dostarczenia do świadczeniodawcy oryginału skierowania, co umożliwiało

pacjentom zapisywanie się na wizyty lekarskie u kilku świadczeniobiorców, tworząc w ten sposób „sztuczne kolejki".

Szpital stosował bieżącą weryfikację prowadzonych list osób oczekujących, niezwłoczne informując pacjentów dostępnymi środkami o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia. Osoby które zrezygnowały z możliwości udzielenia świadczenia w przyspieszonym terminie pozostawały na liście z pierwotnie ustalonym terminem udzielenia świadczenia. Pracownicy poradni przyszpitalnej telefonicznie potwierdzali wizyty pierwszorazowe.

W poszczególnych latach 2019-2022 odsetek pacjentów niezgłaszających się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej 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%.

(akta kontroli str. 587-591, 829-835)

3.3. Umawianie się drogą elektroniczną na wizyty

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[10] Szpital umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Odsetek pacjentów rejestrujących się w ten sposób na wizyty w Przychodni Przyszpitalnej był znikomy w poszczególnych latach z okresu 2019-2022, osiągając w 2023 r. poziom 1%.

Liczba pacjentów umawiających się na wizyty drogą elektroniczną w Przychodni Przyszpitalnej w latach 2019-2023 systematycznie rosła (za wyjątkiem 2022 r.) i wynosiła odpowiednio: 18, 388, 468, 179 i 627.

Jak wskazano jedną z możliwych przyczyn nie pozwających 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.

(akta kontroli str. 592-593, 836-837)

3.4. Prawo pacjenta do leczenia bólu

Opis stanu faktycznego

Monitorowanie leczenia bólu uregulowane było w Szpitalu procedurami wewnętrznymi. Od 10 lipca 2019 r. obowiązywała Procedura oceny i skutecznego leczenia bólu, ze szczególnym uwzględnieniem bólu pooperacyjnego (PR6_P66/OP6). Personel medyczny prowadził systematyczny monitoring stopnia jego natężenia, wg przyjętej w ww. procedurze skali NRS[11]. Procedury określały szczegółowe zasady dawkowania leków w zależności od poziomu nasilenia bólu, ponadto wskazywały na konieczność monitorowania bólu w określonym czasie i oznaczania jego stopnia w karcie monitorowania bólu. Dokumentacja medyczna pacjentów zawierała dokumenty potwierdzające ocenę monitorowania bólu pacjentów i zastosowane w związku z jej wynikiem leczenie.

(akta kontroli: str. 853-866)

[10] Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

[11] Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale).

3.5. Pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami[12], ale nie w pełni stosowano je w praktyce (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W Szpitalu prowadzono analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. W analizach tych (w odniesieniu do poszczególnych oddziałów) posługiwano się pięcioma wskaźnikami:

PZZ – stosunek liczby pacjentów z nowo nabytą odleżyną do liczby pacjentów zagrożonych;

PZH – stosunek liczby pacjentów z nowo nabytą odleżyną do liczby pacjentów hospitalizowanych;

PZ – stosunek liczby pacjentów zagrożonych odleżyną do liczby pacjentów hospitalizowanych;

PChZ – stosunek liczby pacjentów z odleżyną do liczby pacjentów zagrożonych;

PChH – stosunek liczby pacjentów z odleżyną do liczby pacjentów hospitalizowanych.

W I półroczu 2023 r. na 13 388 chorych hospitalizowanych było 2079 chorych zagrożonych powstaniem odleżyn, 59 chorych z nowo nabytą odleżyną i 702 chorych przyjętych z istniejącymi odleżynami.

W 2022 r. liczby te przedstawiały się odpowiednio: 22 855, 3727, 127 i 1245.

W 2021 r. było to: 20 334, 3915, 146 i 1073.

Z kolei w 2020 r. dane te wynosiły: 19 197, 4133, 216 i 949.

W 2019 r. było to: 26 580, 4957, 161 i 882.

(akta kontroli str. 594-712)

3.6. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu ustalono procedurę identyfikowania, gromadzenia i analizowania danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z opieką nad pacjentem[13]. W procedurze tej określono m.in. cel, zakres, definicje, zasady zgłaszania i postępowania.

W 2020 r. zgłoszono 104 zdarzenia niepożądane, w 2021 r. – 95, w 2022 r. – 142 i w I półroczu 2023 – 149.

Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi były: samowolne oddalenie się pacjenta, upadek pacjenta, opóźnienie transportu, niewykonanie badania radiologicznego na czas, agresja pacjenta, nieterminowość wykonania badania lub opisania jego wyniku, brak wysterylizowanego zestawu operacyjnego lub niekompletny zestaw narzędzi operacyjnych, odroczenie zabiegu w związku z niedostatecznym przygotowaniem pacjenta, awaria sprzętu medycznego.

Postępowanie Szpitala w sprawie zdarzeń niepożądanych było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą[14].

(akta kontroli str. 713-718, 781-807)

---

[12] Instrukcja zapobiegania odleżynom PR6_P13_118, wydanie 6 (od 25.09.2018 r.), wydanie 7 (od 27.02.2023 r.).
[13] Procedura Zdarzenia niepożądane PR6_P61/PJ5 wydanie 2 (od 10.05.2017 r.).
[14] Badanie obejmowało dokumentację źródłową dot. wystąpienia 10 zaraportowanych zdarzeń niepożądanych: po pierwszym zdarzeniu zaraportowanym w I i II półroczu 2020 r., 2021 i 2022 r. (6 zdarzeń) i pierwsze cztery zdarzenia zaraportowane w I półroczu 2023 r. (4 zdatrzenia).

3.7. Klauzula sumienia

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu nie odnotowano żadnego przypadku skorzystania przez lekarzy z „klauzuli sumienia".

(akta kontroli str. 8)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Na I Oddziale Chorób Wewnętrznych oceny stopnia ryzyka wystąpienia odleżyn dokonywano przy użyciu skali Nortona, co naruszało postanowienia instrukcji Zapobiegania odleżynom (PR6_P13_118), gdzie wskazano jako właściwą skalę Waterlow.

(akta kontroli str. 594-597, 824)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „W I Oddziale Chorób Wewnętrznych skala Norton była wybierana przez pracownika intuicyjnie. Powyższe najprawdopodobniej wynikało z tego, że znajduje się ona jako pierwsza w systemie Medicus On-Line. (...) zgłoszono Działowi Informatyki, aby zablokowano wybór skali. Ponadto personel pielęgniarski ponownie został przeszkolony, że zgodnie z instrukcją *Zapobiegania odleżynom* w Szpitalu obowiązuje tylko skala Waterlow".

(akta kontroli str. 817, 819)

2. W dokumentacji medycznej pacjentki przyjętej na I Oddział Chorób Wewnętrznych 22 czerwca 2023 r. (10.20) (numer księgi głównej 28636/2023, numer księgi oddziałowej 447/2023) pierwszy wpis o leczeniu odleżyn u pacjenta odnotowano dopiero 25 czerwca 2023 r. (11.25), tj. dopiero po trzech dniach od przyjęcia.

(akta kontroli str. 824)

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala u przyjętej pacjentki stwierdzono odleżyny w dniu przyjęcia (wpis o godzinie 10.32). W wyjaśnieniach nie odniesiono się do zwłoki w podjęciu działań profilaktycznych i terapeutycznych.

(akta kontroli str. 817, 820)

W ocenie NIK w sytuacji przyjęcia pacjenta z odleżynami Szpital był zobowiązany do bezzwłocznego podjęcia leczenia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

3. W dokumentacji medycznej pacjenta przyjętego na I Oddział Chorób Wewnętrznych 23 czewrca 2023 r. (15:06) (numer księgi głównej 29393/2023, numer księgi oddziałowej 451/2023) brak było dokumentacji „Opis odleżyn i zastosowane leczenie" (część *Karty obserwacji i oceny ryzyka pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyn).*

(akta kontroli str. 824)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Pacjent (...) został przyjęty z DPS z odleżyną 4 stopnia (...). Została założona *karta leczenia,* ale bez wpisów dotyczących leczenia, które powinny być zastosowane u pacjenta. Niezależnie od powyższego wdrożono i stosowano pielęgnację i leczenie przeciwodleżynowe".

(akta kontroli str. 817, 820)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital podejmował działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejsze uzyskanie świadczenia, jednak działania te nie były w pełni skuteczne. Uwagę zwraca fakt, że w poszczególnych latach 2019-2022 odsetek pacjentów niezgłaszających się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie kształtował się w wybranych oddziałach i poradniach nawet na poziomie 50%.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły dokumentacji medycznej pacjentów z odleżynami. Braki w dokumentacji medycznej naruszają wewnętrzne regulacje

Szpitala oraz świadczą o nierzetelnym prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjenta.

OBSZAR

4. Prawo do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych

Opis stanu faktycznego

4.1. Prowadzenie dokumentacji medycznej

W Szpitalu wprowadzono wewnętrzną procedurę dotyczącą prowadzenia, przechowywania i zabezpieczenia dokumentacji medycznej[15].

(akta kontroli str. 720-725)

W okresie 2019-2023 r. dokumentacje medyczne pacjentów w Szpitalu prowadzono w postaci papierowej[16], przy wspomaganiu systemem informatycznym Medicus On-Line, w zakresie wymaganym dla prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej[17]. Ponadto w formacie HL7CDA prowadzono również opis wizyty, zalecenia wewnętrzne na badania, wyniki badań diagnostycznych oraz kartę monitorowania bólu. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, system Medicus On-Line oprócz dokumentów w formacie EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej) nie wytwarza innych dokumentów (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W indywidualnej dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów wpisy w dokumentacji medycznej były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, zawierały oznaczenie osoby, która go dokonała, były numerowane, kompletne, prowadzone w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, były oznaczone szczegółowymi danymi pacjenta na pierwszej stronie, a kolejne strony zawierały co najmniej imię i nazwisko, zawierały wymagane przepisami zgody i oświadczenia pacjenta. Badana dokumentacja zawierała elementy wymagane przyjętymi w Szpitalu procedurami wewnętrznymi.

(akta kontroli: str. 878-881, 892-898)

4.2. Udostępnianie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Udostępnianie dokumentacja medycznej w szpitalu odbywało się zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami. Nie ograniczano sposobu składania wniosku o udostępnienie dokumentacji, np. jedynie do formy pisemnej.

(akta kontroli str. 726-733)

4.3. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Dokumentacja medyczna była przechowywana w Szpitalu w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo.

---

[15] Procedura „Prowadzenie, przechowywanie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej w oddziałach Szpitala Bielańskiego" PR1_P1_I1 wydanie 3 (od 15.06.2017 r.), wydanie 4 (od 30.05.2023 r.).

[16] Zgodnie z pkt. 3 ppkt. I Prowadzenie Dokumentacji Medycznej, ppkt. 1 procedur obowiązujących w Szpitalu Bielańskim - Procedura PR1_P1_I1 Prowadzenie, przechowywanie i zabezpieczanie dokumentacji medycznej w oddziałach Szpitala Bielańskiego – wydanie 3 obowiązujące od 15.06.2017 r. oraz wydanie 4 obowiązujące od 30.05.2023 r.

[17] Zgodnie z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1851.).

W Szpitalu ustalono wewnętrzną procedurę dot. zabezpieczania dokumentacji medycznej[18] oraz „Wybrane zagadnienia z Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych (...)"[19].

(akta kontroli str. 734-765)

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej przechowywana była w oddziałach/poradniach szpitalnych, których dotyczyła. Po zakończonej pracy personelu medycznego przechowywano ją w pokojach zamykanych na klucz. Pomieszczenia w których przechowywano na bieżąco dokumentację, spełniały wymogi ochrony przeciwpożarowej, a warunki jej przechowywania zapewniały ochronę przed zalaniem wodą. Dokumentacja medyczna była przekazywana do archiwum przez Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

(akta kontroli str. 878-881)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Szpitalu nie prowadzono dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wymaganej zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej[20]. Dokumentację EDM (elektroniczna dokumentacja medyczna), sporządzano jedynie pomocniczo przy zastosowaniu systemu Medicus On-Line. Stosowany do czasu zakończenia czynności kontrolnych w Szpitalu system Medicus On-Line, został wprowadzony w 2013 r., tj. w czasie gdy nie było obowiązku stosowania EDM.

Zgodnie z § 1 ust 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Kierownictwo Szpitala, jako główne techniczne przyczyny niewprowadzenia pełnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, wymieniało:

- brak możliwości systemu do podpisywania innego rodzaju dokumentacji niż EDM (HL7CDA) z użyciem certyfikatu ZUS (np. psycholodzy, fizjoterapeuci);
- konieczność podpisu pacjenta (np. zgody na udzielanie świadczeń medycznych);
- wzory obowiązujących dokumentów nie są dostosowane do podpisywania w postaci elektronicznej przez kilka osób biorących udział w procesie rozciągniętym w czasie (np. karta zleceń lekarskich).

Ponadto, zdaniem Dyrektora Szpitala, ze względu na koszty wdrożenia, a przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa danych zawartych w dokumentacji medycznej, wprowadzanie dokumentacji w postaci elektronicznej HL7 CDA jest realizowane sukcesywnie w ramach prowadzonych od 2013 r. aktualizacji systemu Medicus On-Line.

NIK stoi na stanowisku, że użycie systemu elektronicznego Medicus On-Line jedynie w zakresie wspierającym oraz prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji papierowej, stwarza 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, nie może być

[18] Procedura „Zabezpieczenie dokumentacji medycznej w Archiwum" PR1_I3/Z/2 wydanie 2 (od 7.12.2015 r.), wydanie 3 (od 21.09.2021 r.), wydanie 4 (od 28.04.2023 r.)

[19] Opracowano na podstawie „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych Szpitala Bielańskiego...".

[20] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022 poz. 1304, ze zm.).

jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (§ 1 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji*).

Zgodnie z deklaracją Dyrektora Szpitala: „...w najbliższym czasie przewidujemy sukcesywne wdrażanie innych dokumentów w postaci elektronicznej przy zastosowaniu rozwiązań informatycznych takich samych jak dla EDM".

(akta kontroli str. 886-887, 890-891)

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej nie odpowiadał w pełni wymogom prawnym. Udostępnianie i przechowywanie dokumentacji medycznej w Szpitalu odbywało się zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo.

OBSZAR

5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

5.1. Prawo pacjenta do intymności i godności

Prawa do poszanowania intymności i godności pacjentów Szpitala zawarte były w dokumencie „Prawa i obowiązki pacjenta oraz obowiązki osób odwiedzających". Dokument był udostępniony do wglądu pacjentom w wersji papierowej na każdym oddziale szpitalnym oraz w poradniach. W sposób skrócony zawarto w nim regulacje wynikające z Rozdziału 6 ustawy o prawach pacjenta tj. prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta.

Sale chorych[21], w których hospitalizowane było więcej niż jedna osoba, nie były wyposażone w zamontowane na stałe parawany, a zabiegi medyczne związane z wykonywaniem procedur interwencyjnych były wykonywane w gabinecie zabiegowym.

Na oddziałach I oraz II Chorób Wewnętrznych nie było wyznaczonej na stałe sali przeznaczonej dla osób terminalnie chorych lub umierających.

Na oddziałach Szpitala (I oraz II Oddział Chorób Wewnętrznych oraz Ginekologiczno-Położniczy) nie było odrębnych pomieszczeń do prowadzenia rozmów na temat stanu zdrowia pacjenta lub wyjaśnienia procedur związanych z zakresem świadczonych wobec niego usług, w przypadku gdy pacjent był hospitalizowany na wieloosobowej sali. Gabinety lekarskie, znajdujące się na terenie ww. oddziałów, były pokojami wieloosobowymi, bez wyznaczonego miejsca do rozmowy z pacjentem lub wskazanymi przez niego osobami uprawnionymi.

Ponadto, w dniu prowadzanych oględzin terenu przeznaczonego do dyspozycji I oraz II Oddziału Chorób Wewnętrznych, stwierdzono po jednym przypadku hospitalizacji pacjentów na korytarzu.

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 (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 944-957)

5.2. Zapewnienie warunków umożliwiających umieranie w spokoju i godności

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu ustalono procedurę dotyczącą zapewnienia pacjentom prawa do umierania w spokoju i godności[22].

---

[21] Sale chorych na II Oddziale Chorób Wewnętrznych, sale 8-12 I Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz sale Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (poza salą nr 8 oraz salą pooperacyjną).

[22] „Opieka nad pacjentem w stanie terminalnym" PR6_P31/PP9, wydanie 1 (od 24.03.2014 r.), wydanie 2 (od 23.05.2023 r.),

Nie stwierdzono, żeby nierespektowanie tego prawa było przedmiotem skarg zgłaszanych przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli str. 384-527, 767-770)

5.3. System obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu

Opis stanu faktycznego

Wprowadzony w Szpitalu system obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami i chronił prywatność pacjenta.

W Szpitalu opracowano wewnętrzne procedury dotyczące udostępniania zapisów z monitoringu wizyjnego[23].

(akta kontroli str. 771-780, 826-828)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W Szpitalu nie zapewniono warunków technicznych i organizacyjnych do zachowania prawa do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych wnikającego z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Przyjęte i zakomunikowane pacjentom „Prawa i obowiązki pacjenta oraz obowiązki osób odwiedzających" zawierały jedynie ogólny zapis, tj. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (pkt. VI pkt. 1 Praw i obowiązków pacjenta).

Jak wyjaśniono odpowiedzialność za przestrzeganie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności podczas udzielanych świadczeń jest przypisana do personelu medycznego, którego praca jest nadzorowana na poszczególnych szczeblach organizacyjnych danego oddziału. Ponadto, charakter wykonywanego zawodu zobowiązuje każdą z osób personelu medycznego do postępowania zgodnie z kodeksem etyki, który zawiera m.in. odniesienie do wykonywania obowiązków z zachowaniem szacunku wobec pacjenta. Dostępność parawanów przenośnych zapewnia zdaniem Dyrektora ds. Lecznictwa, zachowanie prawa do poszanowania intymności w czasie wykonywanych przez personel medyczny czynności.

W przypadku konieczności przekazania pacjentom (lub członkom rodzin) informacji na temat zdrowia, Dyrektor ds. Lecznictwa, zapewnił, że rozmowy są przeprowadzane w sposób taktowny i zgodnie z warunkami wynikającymi z bieżącej sytuacji organizacyjnej (w gabinecie zabiegowym) lub zdrowotnej danego pacjenta.

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, daje 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). Jak wyjaśnił Dyrektor ds. Lecznictwa, drzwi sali nr 4 znajdujące się na wprost wejścia do sali nr 5, są dodatkowym wyjściem i są zamknięte, gdy sala nr 5 jest użytkowana.

[23] „instrukcja udostępniania zapisów z monitoringu wizyjnego oraz zapisów połączeń telefonicznych na wniosek uprawnionych do tego organów zewnętrznych, jak również na potrzeby wewnętrzne Szpitala" PR4_I12, wydanie 1 (od 30.11.2018 r.).

Zdaniem NIK, pozostawienie decyzji w zakresie udzielenia świadczenia zdrowotnego z poszanowaniem prawa pacjenta do intymności i godności personelowi medycznemu bez stworzenia odpowiednich warunków technicznych i organizacyjnych, utrudnia skuteczną ochronę tego prawa.

Kierownictwo placówki powinno zapewnić odpowiednie warunki lokalowe, które umożliwią wykonywanie procedur medycznych w sposób dyskretny i intymny[24].

(akta kontroli str. 944-957)

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu nie respektowały w pełni prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Wprowadzenie w szpitalu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

2. Stworzenie warunków technicznych i organizacyjnych zapewniających poszanowanie prawa pacjenta do intymności i godności, ze szczególnym uwzględnieniem intymności w czasie porodów.

3. Zmiana regulaminu organizacyjnego w zakresie zapisów dotyczących formy i trybu wnoszenia skarg i wniosków w celu ujednolicenia tych regulacji z przepisami wewnętrznymi oraz informacjami umieszczonymi w pomieszczeniach Szpitala

4. Uaktualnienie Procedury Przyjmowania i Rozpatrywania Skarg, Zażaleń i Wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora jednostki organizacyjnej NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

[24] Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część II Rafał Kubiak, str. 176, Medycyna Paliatywna 016; 8(4):

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 8 grudnia 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor

DYREKTOR
Departamentu Zdrowia
z up. P. Korzeniowski
Paweł Korzeniowski
p.o. WICEDYREKTORA

Kontrolerzy

Maciej Szustowicz
Doradca ekonomiczny

.....
podpis

Agnieszka Mrozik
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis