



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.6.3.2023

**Pan
Piotr Zbigniew Papaj
Prezes Zarządu
Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji
Stocer Sp. z o.o.
ul. Wierzejewskiego 12
05-510 Konstancin-Jeziorna**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/047 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	Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o. - Centrum Medyczne Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny, ul. Barska 16/20, 02-315 Warszawa ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Zbigniew Papaj, Prezes Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o. ² (akta kontroli str. 5-10)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Rafał Zyzik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/42/2023 z 25 września 2023 r.2. Tomasz Marcin Grudziński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/44/2023 z 9 października 2023 r.3. Marcin Czyżewski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/46/2023 z 11 października 2023 r. <p>(akta kontroli str. 1-4)</p>

¹ Dalej: Szpital lub Spółka.

² W toku kontroli, na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Zarządu i Członka Zarządu Spółki wyjaśnień w imieniu Kierownika jednostki kontrolowanej udzielała w okresie 26.09.2023 r. – 22.10.2023 r. Pani Jolanta Wiśniewska Członek Zarządu Spółki, w okresie 23.10.2023 r. – 8.12.2023 r. Pani Elżbieta Kurmin-Gryz Dyrektor Medyczny Szpitala Chirurgii Urazowej Św. Anny.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie oceny ogólnej

NIK negatywnie ocenia przestrzeganie praw pacjenta w Szpitalu.

W Szpitalu wprowadzono uregulowania dotyczące przestrzegania praw pacjenta. Natomiast nie udało się w pełni wyegzekwować właściwego sposobu ich przestrzegania, a nadzór kierownictwa Szpitala w tym zakresie był w ocenie Izby niewystarczający.

Regulamin organizacyjny nie zawierał wszystkich wymaganych obligatoryjnie elementów wskazanych w ustawie o działalności leczniczej⁵. Szpital nie zaktualizował danych zawartych w RPWDL⁶, tak aby były zgodne ze stanem faktycznym. Szpital nie dołożył należytej staranności w zakresie wymaganych dla pacjentów informacji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷. W ocenie NIK naruszało to prawo pacjenta do informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

Ocena stopnia natężenia bólu i monitorowania skuteczności jego leczenia nie były rzetelnie odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów. Nie dokumentowano również czynności związanych z profilaktyką i pielęgnacją odleżyn, co uniemożliwiało potwierdzenie faktycznego udzielania tych świadczeń zdrowotnych.

Szpital wbrew wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸, prowadził dokumentację medyczną w formie papierowej. Była ona niekompletna. Brakowało m.in. opisów wykonanych zabiegów operacyjnych, kart zleceń lekarskich. Ponadto dokumentacja medyczna nie zawierała wszystkich elementów wymaganych przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹. Nie była prowadzona w sposób chronologiczny, wpisy dokonywano z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Sposób jej przechowywania nie zapewniał należytego zabezpieczenia przed dostępem osób nieuprawnionych. W Szpitalu nie prowadzono również systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do prawidłowego zabezpieczenia dokumentacji.

W ocenie NIK:

- stan techniczny oddziałów,
- brak właściwie przystosowanych sanitariatów dla potrzeb osób z ograniczeniem ruchowym lub z niepełnosprawnościami,
- brak parawanów,
- niewłaściwe stosowanie monitoringu,
- nierzetelnie udostępniane pacjentom zasady dotyczące odwiedzin

wypełniały znamiona naruszenia praw do poszanowania intymności i godności pacjenta.

NIK nie zgłasza zastrzeżeń w zakresie przyjętych regulacji dotyczących zapewnienia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności oraz działań Szpitala dotyczących nadzoru nad przestrzeganiem i rozpatrywaniem skarg.

Nie stwierdzono przypadków zaniechania działań w związku z składanymi skargami. Powołany Zespół ds. Monitorowania zdarzeń niepożądanych rzetelnie realizował swoje obowiązki.

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

⁵ Tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm., dalej: „ustawa udl”.

⁶ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

⁷ Tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, dalej: „rozporządzenie OWU”.

⁸ Tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm. dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm., dalej: „ustawa o rpp”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

1.1 Postępowanie ze skargami i wnioskami pacjentów regulowała *Procedura Zarządzania Informacją* z dnia 12 czerwca 2017 r. W okresie 2019-2023 r. (do 30 września 2023 r.) złożono 120 skarg na działania Szpitala, z czego w 31 z nich (25,8%) postępowanie wyjaśniające prowadził Rzecznik Praw Pacjenta¹¹. W trzech przypadkach Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta¹². W związku z wpływem skarg dotyczących przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu podejmowano, bez zbędnej zwłoki, działania mające na celu wyjaśnienie sprawy. Nie stwierdzono opóźnień w udzielaniu odpowiedzi wnoszącemu skargę.

(akta kontroli str. 11-152)

1.2 Szpital dwukrotnie przeprowadzał badanie satysfakcji pacjentów przy wykorzystaniu ankiet¹³. W okresie od stycznia 2021 r. do stycznia 2022 r.¹⁴ zebrano 212 ankiet; 82% pacjentów oceniło pozytywnie funkcjonowanie Szpitala. W 2023 r. (do 30 września¹⁵) zebrano 375 ankiet. Ocena satysfakcji pacjentów była zbliżona do poprzedniego badania. Pacjenci najsłabiej ocenili jakość posiłków wydawanych podczas pobytu w oddziałach szpitalnych oraz czas oczekiwania „pod gabinetem” w dniu wizyty w poradniach przyszpitalnych. Pacjenci negatywnie ocenili również stan wizualny części budynków oraz wyposażenie oddziałów szpitalnych m.in. stare łóżka. Kierownictwo Szpitala analizowało wyniki ankiet satysfakcji. Członek Zarządu Szpitala wyjaśniła, że informacje w zakresie warunków lokalowych przekazane przez ankietowanych przyczyniły się między innymi do podjęcia modernizacji i remontów.

(akta kontroli str. 153-202)

1.3 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono 29 kontroli zewnętrznych. Żadna z nich nie dotyczyła problematyki przestrzegania praw pacjenta. Zarząd nie zlecał kontroli wewnętrznych dotyczących przestrzegania praw pacjenta.

(akta kontroli str. 293-300)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działania Kierownictwa Szpitala w obszarze nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta do składania skarg. Na bieżąco prowadzono analizy problematyki poruszanej w skargach składanych przez pacjentów lub ich bliskich. Prowadzono badania satysfakcji pacjentów. Nie stwierdzono przypadków zaniechania działań w związku ze składanymi skargami.

¹⁰ 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.

¹¹ Dalej: Rzecznik lub RPP.

¹² W dwóch przypadkach dotyczyło to naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych (w roku 2021) a w jednym przypadku naruszenie dotyczyło praw do dokumentacji medycznej (w roku 2022).

¹³ Ankiety prowadzone były na potrzeby otrzymania akredytacji prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości.

¹⁴ Całościowa ocena opieki pielęgniarstwa w wyniosła dla ocen bardzo dobrych i dobrych 88%, jako średnią oceniło ją 11% pacjentów, tylko 1% hospitalizowanych przekazało oceny negatywne. Personel lekarski otrzymał 84% ocen bardzo dobrych i dobrych, 4% ocen negatywnych.

¹⁵ Całościowa ocena opieki pielęgniarstwa w wyniosła dla ocen pozytywnych 83% jako średnią oceniło ją 10% pacjentów, 7% hospitalizowanych przekazało oceny negatywne. Personel lekarski otrzymał 75% ocen bardzo dobrych i dobrych, 13% ocen średnich, 17% ocen negatywnych.

2. Prawo do informacji

2.1 Szpital, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o rpp, udostępnił informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w miejscach ogólnodostępnych, w których udzielano świadczeń zdrowotnych¹⁶. Dostęp do tych tablic nie był ograniczony dla pacjentów z niepełnosprawnościami.

W okresie objętym kontrolą Szpital prowadził strony internetowe pod dwoma adresami. Na stronie samorząd.gov.pl wyodrębniono zakładkę *Prawa i obowiązki pacjenta*, gdzie zamieszczono informacje wskazujące m.in.: prawa i obowiązki pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej, odwiedzin pacjentów oraz cennik świadczeń zdrowotnych. W zakładce *O Nas* poza podstawowymi danymi na temat Stocer Sp. z o.o. zamieszczono zakładkę *Deklaracja dostępności* informującą o możliwości poruszania się po Szpitalu osobom z niepełnosprawnościami, jak również informacje dotyczące RODO, w tym w zakresie monitoringu wizyjnego. Na stronach nie zamieszczono wzorów zgód pacjenta obowiązujących w Szpitalu w zakresie realizowanych świadczeń medycznych. Jedynie w przypadku gastrokopii na stronie znajdował się wzór zgody na to badanie.

(akta kontroli str. 301-303, 412-416)

2.2 W regulaminie organizacyjnym Szpitala¹⁷ w Części IV *Prawa i obowiązki pacjenta* zawarto szczegółowe regulacje dotyczące prawa pacjenta do m.in.: świadczeń, informacji, tajemnicy informacji, wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, do poszanowania intymności i godności, życia prywatnego oraz rodzinnego. Regulamin organizacyjny zawierał obligatoryjne elementy, o których mowa w art. 24 ustawy udl, poza określeniem wysokości opłaty za przechowanie zwłok pacjenta (szczegółowo w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 301-310, 1113-1114, 1117)

2.3 Na stronie stocer.info, w zakładce *O Nas*, zamieszczono informacje dotyczące polityki jakości i misji Szpitala oraz fakt posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego Ministra Zdrowia z dnia 2012 r., a także działań podejmowanych przez Szpital dotyczących realizacji polityki jakości i celów strategicznych. Z kolei w zakładce *O Nas* na stronie samorząd.gov.pl przedstawiono informacje dotyczące planowanych działań w zakresie polityki jakości, jak również informacje o przystąpieniu do programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach „Dobry posiłek w szpitalu”¹⁸.

(akta kontroli str. 311-401, 407-416)

2.4 W Szpitalu w ramach Systemu Zarządzania Jakością obowiązywały różne wzory/formularze zgód pacjenta dotyczące udzielanych świadczeń. Głównym formularzem zgody był wzór *Świadoma zgoda na zabieg operacyjny*, w którym wskazano m.in. rodzaj proponowanego zabiegu oraz ewentualne trwałe skutki zabiegu, niebędące konsekwencją jego powikłań. Dodatkowo dla Oddziału Chorób Wewnętrznych

¹⁶ Kontrolą objęto trzy oddziały szpitalne: Oddział Rehabilitacji, Oddział Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, oraz dwie przychodnie specjalistyczne: Poradnia Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej i Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

¹⁷ W okresie objętym kontrolą obowiązywał Regulamin stanowiący załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 86/2017 Zarządu Spółki Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. z dnia 5 października 2017 r. oraz Regulamin stanowiący Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 13/2021 z dnia 17 lutego 2021 r. Zarządu Spółki Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. dalej: „regulamin organizacyjny”.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” Dz. U. 2023 poz. 2021.

z Pododdziałem Kardiologii i Pododdziałem Gastroenterologii, Oddziału Rehabilitacji i Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej wprowadzono listę procedur medycznych wymagających dodatkowej zgody, dla których opracowano dedykowane formularze¹⁹. Formularze te zawierały opis przebiegu procedury, innych dostępnych metod leczenia, powikłań, jak również możliwych następstw w przypadku rezygnacji z leczenia.

Analiza wypełnionych formularzy zgód²⁰ zamieszczonych w indywidualnych dokumentacjach medycznych²¹ pacjentów wykazała, że każdorazowo zamieszczano w nich informacje o rozpoznaniu oraz nazwę proponowanego zabiegu operacyjnego.

Zawarte w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów formularze zgód na przeprowadzenie zabiegu lub procedury diagnostycznej o podwyższonym poziomie ryzyka, zawierały informację jakiego rodzaju zabiegu lub procedury diagnostycznej dotyczyły. Wypełnione formularze zawierały także oświadczenia pacjentów o poinformowaniu go o istocie choroby, konieczności leczenia operacyjnego, założeń i celu operacji, schorzeń współistniejących, możliwych powikłaniach, postępowaniu po zabiegu oraz ewentualnych skutkach zabiegu.

Wszystkie zgody zostały udzielone przed zabiegiem, a w przypadku niemożności udzielenia zgody przez pacjenta spowodowanej jego stanem zdrowia podejmowano działania zgodnie z art. 32, 33 i 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²², odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej. Stwierdzono braki w wypełnianiu formularzy zgody przez personel medyczny, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 412-570, 1287-1293, 1373-1375)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym stanowiącym Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 13/2021 Zarządu Spółki Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o. w §105 nie określono wysokości opłaty za przechowanie zwłok pacjenta a jedynie informację, że jej wysokość ustalana jest przez przedsiębiorcę, z którym Spółka zawarła umowę o przechowanie zwłok, co było niezgodne z art. 24 ust.1 pkt 11 udl.

Zarząd Szpitala wyjaśnił, że „...Spółka nie przechowuje zwłok oraz nie pobiera z tego tytułu opłat od rodziny zmarłego...”, a „... każdorazowa zmiana ww. opłat wiązałyby się z koniecznością zmiany i zatwierdzenia regulaminu organizacyjnego...”.

NIK nie zgadza się ze stanowiskiem Szpitala, gdyż ustawodawca w art. 24 ust. 1 ustawy o udl, posługując się sformułowaniem „określa się”, w sposób jednoznaczny nałożył na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązek wskazania w regulaminie organizacyjnym podmiotu elementów wymaganych w powyższym przepisie, niezależnie od określenia tych elementów w dokumentach innych niż regulamin.

(akta kontroli str. 304-310, 1113-1114)

¹⁹ M.in.: 1. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia. 2. Amputacja stopy w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. 3. Wycięcie wyrostka robaczkowego. 4. Operacja żyłaków kończyn dolnych. 5. Plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej. 6. Wycięcie pęcherzyka żółciowego. Cholangiografia śródoperacyjna. Rewizja dróg żółciowych. 7. Operacja niedrożności jelita cienkiego. Uwolnienie Zrostów otrzewnowych. Odprowadzenie skrętu jelita cienkiego. Resekcja jelita cienkiego. Zespolenie między pętlami jelita lub wyłonienie. Plikacja wewnętrzna jelit.

²⁰ Analizie poddano IDM 13 pacjentów w zakresie zgód na przeprowadzony zabieg.

²¹ Dalej: IDM.

²² Tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516.

2. Nierzetelnie wypełnianie przez personel medyczny formularzy *Świadomej zgody na zabieg operacyjny*. Braki dotyczyły niewskazania (w 11²³ na 13 badanych IDM) w przewidzianym miejscu informacji o *ewentualnych trwałych skutkach zabiegu, niebędących konsekwencją jego powikłań*. Ponadto (w pięciu²⁴ na 13 badanych IDM); brakowało również oznaczenia *udzielenia/ nieudzielenia oraz wyrażenia/ niewyrażenia* świadomej zgody na zabieg lub zgody na zmianę jego zakresu. Dyrektor Medyczny Szpitala wyjaśniła, że braki w dokumentach wynikały z przeoczenia pracowników.

(akta kontroli str. 412-570, 1287-1293, 1373-1375)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu wprowadzono rozwiązania zapewniające dostęp do informacji. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie wymagane obligatoryjnie elementy wskazane w udl, z wyjątkiem precyzyjnego określenia wysokości opłaty za przechowanie zwłok. Stwierdzono nierzetelne wypełnianie formularzy *Świadomej zgody na zabieg operacyjny*.

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

3.1 Zgodnie z w art. 103 ustawy udl, Szpital został wpisany 23 grudnia 2010 r.²⁵ do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą²⁶. Zawarte w Księdze rejestrowej dane dotyczące jednej komórki organizacyjnej, nie odpowiadały stanowi faktycznemu i informacjom zawartym w Regulaminie organizacyjnym, o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 304-308, 571-653, 1138-1142)

3.2 Stosownie do wymogu określonego w §11 załącznika nr 1 rozporządzenia OWU, na tablicach informacyjnych umieszczonych w Szpitalu znajdowały się informacje zawierające nazwę komórki organizacyjnej, osobę kierującą wraz z podaniem danych osobowych i telefonu kontaktowego, informacje dla pacjentów w zakresie: trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, praw i obowiązków pacjenta, adres i nr telefonów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, adres i numer infolinii biura Rzecznika Praw Pacjenta. W poradniach umieszczono informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, ze wskazaniem personelu medycznego. Nie w każdej jednostce organizacyjnej znajdowały się informacje dotyczące numerów telefonów alarmowych obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego. W żadnej jednostce nie wskazano informacji w zakresie: zasad zapisów na porady i wizyty z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, możliwości i sposobu zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki ds. skarg i wniosków OW NFZ w tym numeru infolinii NFZ gdzie pacjent może uzyskać informacje o możliwości: udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. W poradniach jak i w oddziałach brak było informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób z niepełnosprawnością, choć informacje te umieszczono na stronie internetowej. Szerszy opis w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

Jak wyjaśniła Członek Zarządu Spółki *przy przyjęciu do Szpitala pacjent zostaje poinformowany o przysługujących mu prawach. Pacjent przy przyjęciu na Izbie*

²³ Dotyczy IDM: 2818/23, 3688/22, 1006/23, 4415/23, 5089/23, 2343/23, 3347/22, 2817/22, 2960/22, 1498/21, 3256/22.

²⁴ Dotyczy IDM: 3256/22, 1498/21, 2960/22, 2817/22, 3347/22.

²⁵ Nr księgi rejestrowej 000000025341, dalej: *Księga rejestrowa*.

²⁶ Dalej: *RPWDL*.

Przyjęć podpisuje oświadczenie, iż został poinformowany o prawach pacjenta... Po przyjęciu Pacjenta do Szpitala na Oddział, w Historii Pielęgowania, pielęgniarka odnotowuje poinformowanie Pacjenta o prawach pacjenta, regulaminie organizacyjnym. Ponadto ustnie wskazana jest również możliwość zapoznania się z pełną Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Regulaminem Organizacyjnym Spółki, wskazane jest miejsce, gdzie można się z danymi dokumentami zapoznać w Szpitalu..., a w przypadku Chorych nie mogących się poruszać, ww. dokumenty są udostępniane pacjentom w ich miejscu przebywania.

(akta kontroli str. 301-303, 402-411, 1516-1526)

3.3 W Szpitalu prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez Prezesa NFZ (zgodnie wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych²⁷). Jak wyjaśniła Członek Zarządu Spółki, Szpital w latach 2019 – 2023 informował pacjentów o zasadach przyjęcia, konieczności posiadania niezbędnych dokumentów, badań, przygotowania się do zabiegu/ hospitalizacji/ badań w trakcie zapisu/ kwalifikacji. Oddziały i pracownie były w kontakcie telefonicznym z pacjentami. Przypomnienie w zależności od oddziału następuje 4-7 dni przed zabiegiem. W przypadku krótkich terminów pacjenci nie otrzymują takich powiadomień. W okresie 2019 – 2022 r., wg. stanu na koniec roku, najwięcej oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach leczenia szpitalnego odnotowano w roku 2022, tj. 1092 osoby, co stanowiło wzrost w stosunku do roku 2019 o 29% (z 848 osób do 1092). W przypadku świadczeń ambulatoryjnych odnotowano zmniejszenie ich liczby o 10% (z 843 osób w 2019 do 756 osób w 2022 r.). W latach 2019 – 2022 największa liczba osób oczekujących dotyczyła Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (odpowiednio łącznie przypadek pilny i stabilny 448, 534, 683 oraz 858) oraz Działu Fizjoterapii (analogicznie 537, 376, 300 oraz 319). Natomiast na koniec trzeciego kwartału 2023 r. największą liczbę oczekujących odnotowano w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, tj. 839 osób oraz Dziale fizjoterapii (356 osób) oraz w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej - 311 osób. Dyrektor Medycyna Szpitala wyjaśniła m.in., że Szpital informował o możliwości odbycia wizyty we wcześniejszym terminie, potwierdzał wizyty, jednakże pacjenci często nie zgłaszali się na wizyty pomimo wcześniejszych potwierdzeń stąd też trudności w powiadamianiu innych oczekujących.

W latach 2019 – 2022 ogólna liczba pacjentów, którzy nie zgłosili się na udzielenie świadczenia wyniosła 6409²⁸ osób, co stanowiło 15,5% ogólnej liczby pacjentów skreślonych z harmonogramu przyjęć z powody udzielenia świadczenia. W okresie tym odsetek ten wzrósł z 2,33% (2019 r.) do 17,8%, 17,9 oraz 18,7% (2022 r.).

(akta kontroli str. 412-416, 654-659, 698-724, 1278-1284, 1320-1331, 1411-1416)

3.4 W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii SARS-CoV-2, zawieszono obowiązek umożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, nałożony na świadczeniodawców. Szpital nie przedstawił dokumentów potwierdzających możliwości zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej

²⁷ Tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 434.

²⁸ Dotyczy: Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (przyjęcia ogólne, operacje palucha koślawego), Oddziału Rehabilitacji oraz Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego (badania kolonoskopii oraz gastrokopii).

w formie elektronicznej²⁹ oraz monitorowania przez świadczeniobiorców statusu na liście oczekujących za okresie od 1 stycznia 2019 r. do 14 września 2020 r. oraz od 1 lipca 2023 r., o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 301-303, 402-406, 412-416, 660-697, 1278-1284, 1398-1401)

3.5 Monitorowanie leczenia bólu zostało uregulowane procedurami wewnętrznymi opracowanymi dla poszczególnych oddziałów szpitalnych³⁰. Odbywało się przy użyciu skali NRS³¹. 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 Oceny natężenia bólu pooperacyjnego*.

Analiza 13³² IDM wykazała brak systematycznego monitorowania bólu w odniesieniu do pacjentów przebywających w oddziałach Szpitala. Prowadzenie *Kart Oceny natężenia bólu pooperacyjnego* nie było w pełni realizowane w okresie okołoperacyjnym (do końca trzeciej doby po zabiegu). Brakowało również potwierdzenia ciągłości monitorowania bólu w okresie późniejszym, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

Od kwietnia 2023 r. pilotażowo wprowadzono *Kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego* oraz *Kartę monitorowania bólu*. Analiza dokumentacji wykazała ordynowanie leków przeciwbólowego w całym okresie hospitalizacji.

(akta kontroli str. 412-416, 511-570, 725-762, 1278-1293, 1373-1375)

3.6 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn³³, do zadań którego należało m.in. prowadzenie rejestru pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn, opiniowanie wyników prowadzonej profilaktyki, a także prowadzenie działalności edukacyjnej. Opracowano standardy profilaktyki leczenia odleżyn, które znalazły odzwierciedlenie w procedurze³⁴. W ramach przyjętych uregulowań określono zasady dotyczące minimalizowania ryzyka powstania odleżyn, pielęgnowania i leczenia odleżyn powstałych w trakcie hospitalizacji oraz prowadzenia dokumentacji dotyczącej profilaktyki i leczenia odleżyn. Pacjenci przy przyjęciu do oddziału szpitalnego powinni być badani pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyn³⁵, w pierwszych godzinach pobytu. Analiza IDM³⁶ nie potwierdziła przeprowadzania oceny zagrożenia powstania odleżyn, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

W Szpitalu prowadzone były kwartalne analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn³⁷, a Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn przedstawiał sprawozdania ze swojej działalności Koordynatorowi ds. Pielęgniarstwa.

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn wynosiła: w roku 2019 – 656 pacjentów, z czego u 286 pacjentów odleżyny wystąpiły

²⁹ O którym mowa w art. 23a Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.).

³⁰ W ramach Systemu Zarządzania Jakością wprowadzono: *Procedura Uśmierzenie bólu pooperacyjnego w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej* z 23 października 2021 r. (dalej: procedura ORTU), *Procedura Uśmierzenie bólu pooperacyjnego w Oddziale Chirurgii Ogólnej* z 23 października 2021 r., (dalej: procedura CHOG) *Procedura Leczenie bólu* z 23 października 2023 r. obowiązująca w Oddziale chorób wewnętrznych i Oddziale Rehabilitacji, *Procedura – Ocena natężenia bólu u pacjentów OAIIT* z dnia 20 października 2021 r., wcześniej obowiązywała *Instrukcja oceny i skutecznego leczenia bólu* z 1 lutego 2013 r.

³¹ Szpital wprowadził skalę numeryczną NRS – Numerical Rating Scale od 0 do 10 co odpowiada skali VAS – Visual Analogue Scale (dalej: skala NRS).

³² 7 IDM z Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (2818/23, 3688/23, 1006/23, 4344/23, 4415/23, 5089/23, 2343/23),

³³ 6 IDM z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej (3347/22, 2817/22, 2960/22, 1498/21, 2574/22, 3256/22).

³⁴ Wprowadzony Zarządzeniem Nr 25 Dyrektora WS Chirurgii Urazowej św. Anny z dnia 28 października 2014, Aktualnie Obowiązuje Zarządzenie Wewnętrzne Nr 15/2023 Dyrektora Medycznego Szpitala z dnia 30 czerwca 2023 r.

³⁵ Procedury przyjęte w ramach Systemu Zarządzania Jakością; Standard profilaktyki i leczenia odleżyn obowiązujące od 3 kwietnia 2017 r. zaktualizowana 4 stycznia 2022 r.

³⁶ Pacjenci oceniani byli wg skali Norton.

³⁷ Analiza IDM sześciu pacjentów.

³⁸ Na koniec każdego kwartału sporządzane były w każdym oddziale Szpitala zestawienia uwzględniające liczbę pacjentów, stopień odleżyn oraz informacje skąd pacjent był przyjęty do Szpitala.

w trakcie hospitalizacji; stanowiło to 44% ogółu pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. W roku 2020 liczby te wyniosły odpowiednio: 660 oraz 425 pacjentów (64%), w roku 2021 – 411 oraz 247 pacjentów (60%) w roku 2022 – 372 oraz 204 pacjentów (55%), zaś w roku 2023 (dane za trzy kwartały) – 478 oraz 273 pacjentów (57%). W badanym okresie ogólna liczba pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn powstałych w trakcie hospitalizacji wyniosła 56% w stosunku do wszystkich pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn.

Analiza badania sześciu³⁸ kart profilaktyki i pielęgnacji odleżyn wykazała, że w trzech przypadkach w *Karcie profilaktyki i pielęgnacji odleżyny* nie odnotowano faktu przeprowadzenia codziennego monitoringu i profilaktyki, co było niezgodne z procedurą obowiązującą w tym zakresie; szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 412-416, 566-570, 763-871, 1278-1293, 1373-1375, 1384-1393)

3.7 W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował Zespół ds. Profilaktyki Monitorowania zdarzeń niepożądanych³⁹, do zadań którego należało m.in. identyfikacja, gromadzenie i analiza danych dotyczących zdarzeń niepożądanych, analiza źródłowa wybranych zdarzeń oraz wypracowanie rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych zostało także uregulowane w ramach przyjętej procedury i obowiązywało w całym okresie kontroli⁴⁰. W ramach przyjętych uregulowań wskazano m.in. określenie sposobu zgłaszania i postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń; określono również kategorie zdarzeń niepożądanych.

Liczba zdarzeń niepożądanych w okresie 2019 – 2023 (do końca trzeciego kwartału) wyniosła łącznie 61. Obejmowały one: upadki z łóżka – 37, pomyłki w formie podania i dawkowaniu leków – 3, zakłucia personelu – 2, uszkodzenia zęba w czasie intubacji – 2, krwawienia po zabiegu endoskopowym – 2, oraz pojedyncze przypadki: błędnego pobrania krwi, zwichnięcia endoprotezy w trakcie rehabilitacji, awarii stołu operacyjnego (skutkującej rozintubowaniem pacjenta), pożaru wywołanego przez pacjenta, upadku ze stołu operacyjnego w trakcie układania do zabiegu, usunięcia przez pacjenta kaniuli dotętnicznej, usunięcia przez pacjenta wkłucia centralnego, udzielenia konsultacji niewłaściwemu pacjentowi, uszkodzenia skóry podczas usuwania szwów, wzrostu ciśnienia u pacjenta w trakcie ćwiczeń rehabilitacyjnych, spowodowania niedowładu kończyn pacjenta, błędnego zastosowania diety, usunięcia sondy żołądkowej, błędnego przydziału sali pacjentowi (pacjent z COVID przydzielony do sali nieizolowanej) oraz nagłego zatrzymania krążenia po zabiegu gastrokopii.

Postępowanie Szpitala w sprawie zdarzeń niepożądanych objętych badaniem⁴¹ było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą. W każdym z badanych przypadków podejmowano działania naprawcze stosownie do zaleceń wynikających z karty zdarzeń niepożądanych.

(akta kontroli str. 412-416, 872-938, 1278-1286)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zgłosił zmiany danych objętych rejestrem w odniesieniu do niefunkcjonującej poradni gastroenterologicznej, co stanowiło naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy udl. Nie zaktualizował w tym zakresie Regulaminu organizacyjnego.

³⁸ 7 IDM – po 3 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznego, oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii i Pododdziałem Gastroenterologii.

³⁹ Wprowadzony Zarządzeniem Nr 62/2017 Zarządu Spółki z 20 czerwca 2017 r. Aktualnie Obowiązuje Zarządzenie Wewnętrzne Nr 14/2023 Dyrektora Medycznego Szpitala z dnia 30 czerwca 2023 r.

⁴⁰ Postępowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych w ramach Systemu Zarządzania Jakością wprowadzone 14 listopada 2017 r.

⁴¹ Dotyczy 10 przypadków zgłoszeń w tym: 2 – 2019 r., 1 – 2022 r., 7 – 2023 r.

Zgodnie z przywołanym przepisem podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru zobowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr, wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania. Zarząd Szpitala wyjaśnił, że *W Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny nie funkcjonowała Poradnia Gastroenterologiczna, niniejszy wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znalazł się przez niedopatrzenie, w najbliższym czasie zostanie wyrejestrowana.*

(akta kontroli str. 571-653)

2. Szpital nie umieścił stosownie do wymogów określonych w załączniku do rozporządzenia OWU informacji wewnątrz budynków (w objętych kontrolą komórkach organizacyjnych) dotyczących:
 - informacji w zakresie udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarówno przy wejściach jak i korytarzach oraz oddziałach (§11 ust.1),
 - wskazania informacji w zakresie zasad zapisów na porady (§11 ust. 4 pkt 3),
 - zasad potwierdzania prawa do świadczeń (§11 ust. 4 pkt 6),
 - adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ (§11 ust. 4 pkt 10),
 - adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia (§11 ust. 4 pkt 10a),
 - informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (§11 ust. 4 pkt 11),
 - w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziale Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej nie było wskazania numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (§11 ust.4 pkt 8).

Zarząd Spółki wyjaśnił, że na braki we wskazanym zakresie, miały wpływ zmiany personalne osób odpowiedzialnych za zamieszczanie i aktualizację informacji oraz niedopatrzenie Pielęgniarek Oddziałowych odpowiadających za ich aktualizację.

(akta kontroli str. 301-303, 402-406, 1516-1526)

3. Szpital, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 14 września 2020 r. oraz od 1 lipca 2023 r., nie umożliwiał umawiania się drogą elektroniczną na wizyty oraz monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, do czego zobowiązywał art. 23a ustawy o świadczeniach, tj. brak było w tym zakresie przyjętych procedur lub stosownych informacji na stronach internetowych Szpitala. Zarząd Szpitala wyjaśnił jedynie, że „pacjenci są powiadamiani o terminie udzielenia świadczeń” nie wskazując jednoznacznie sposobu, w jaki zapewniono spełnienie ww. wymogów wskazanych w ustawie. Ponadto stanowisko w tym zakresie podtrzymał Dyrektor Medyczny Szpital wyjaśniając, że *w Szpitalu prowadzono weryfikację list oczekujących i w przypadku, gdy zachodziła konieczność zmiany terminu udzielenia świadczenia informowano o tym fakcie pacjentów telefonicznie. Na listę oczekujących pacjent mógł się zapisać osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich, a także drogą mailową, lecz droga ta była wykorzystywana przez pacjentów bardzo sporadycznie.*

(akta kontroli str. 301-303, 402-406, 660-697, 1278-1284, 1398-1401)

4. W Szpitalu nie dokumentowano systematycznej oceny stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia, pomimo obowiązku wynikającego z art. 20a

ust. 2 ustawy o rpp. Było również sprzeczne z przyjętymi procedurami⁴². W przypadku 11 zabiegów operacyjnych brak było *Karty postępowania przeciwbólowego*⁴³ dotyczącej monitorowania bólu do końca trzeciej doby po zabiegu. Ponadto w pięciu przypadkach brak było udokumentowanego monitorowania bólu w odniesieniu do końca trzeciej doby po zabiegu operacyjnym⁴⁴. Zarząd Szpitala w zakresie monitorowania bólu stwierdził, że „... leczenie bólu jest monitorowane na Oddziałach niezabiegowych. Natomiast na Oddziałach zabiegowych Lekarz wypełnia kartę zleceń pooperacyjnych oraz kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego”. W ocenie NIK brak odnotowania monitorowania bólu jest działaniem nierzetelnym i uniemożliwiającym potwierdzenie realizacji obowiązku wynikającego z ustawy o rpp, a także niezgodne z przyjętymi w Szpitalu wewnętrznymi uregulowaniami.

(akta kontroli str. 412-416, 511-570, 725-762, 1278-1293, 1373-1375)

5. W oddziałach Szpitala nie stosowano w pełni wymogów określonych w procedurze leczenia odleżyn w zakresie oceny każdego, nowo przyjętego pacjenta pod względem zagrożenia powstania odleżyn w pierwszych godzinach pobytu w Szpitalu. Było to niezgodne z pkt 1 Kryteriów procesu postępowania obowiązującej procedury *Standard profilaktyki i leczenia odleżyn*.

Ponadto w zakresie prowadzonego monitoringu profilaktyki i leczenia odleżyn stwierdzono, że zapisy w *Karcie profilaktyki i pielęgnacji odleżyny* nie potwierdziły dokumentowania codziennego monitoringu i profilaktyki, co było niezgodne z wymogami określonymi w pkt 3, 4, 7 *Kryteriów procesu postępowania* ujętych w przyjętej procedurze „Standard profilaktyki i leczenia odleżyn”⁴⁵. Dyrektor Medyczny wyjaśniła, że *stan odleżyn i zastosowana profilaktyka jest udokumentowana w obserwacjach pielęgniarskich. Oddział nie przeprowadzał na piśmie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjentów bez odleżyn, ale stosował rehabilitację ogólnospawniającą celem zapobiegania powstaniu odleżyn*. W ocenie NIK prowadzenie czynności leczniczych bez ich dokumentowania zgodnie z przyjętymi wewnętrznymi regulacjami jest działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 412-416, 566-570, 764-871, 1278-1293, 1373-1375, 1384-1393)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital dokonał zgłoszenia w RPWDL w zakresie funkcjonowania w strukturze Szpitala poradni, która faktycznie nie funkcjonowała. W ocenie NIK Szpital nie dołożył należytej staranności w zakresie udostępnienia pacjentom informacji zgodnie z rozporządzeniem OWU. Braki dotyczyły m.in. informacji w zakresie: udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, zasad zapisów na porady, danych dotyczących komórki ds. skarg i wniosków NFZ czy wskazania numerów telefonów alarmowych. W ocenie NIK, brak odnotowania przeprowadzonych działań w zakresie oceny stopnia natężenia bólu i monitorowania skuteczności jego leczenia, jest działaniem nierzetelnym i uniemożliwiającym potwierdzenie realizacji prawa pacjenta do leczenia bólu wynikającego z ustawy o rpp. Powołany Zespół ds. Monitorowania zdarzeń niepożądanych rzetelnie realizował swoje obowiązki, a postępowanie Szpitala w sprawie zdarzeń niepożądanych było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą. Działania podejmowane przez Szpital w zakresie profilaktyki odleżyn przyczyniały się do wygojenia lub zmniejszenia stopnia ich natężenia. Występowały jednak braki

⁴² Zgodnie z procedurą leczenie przeciwbólowe dokumentowane jest m.in. kartą oceny natężenia bólu pooperacyjnego (Załącznik 1 do procedury ORTU i CHOG). Analizie poddano 13 IDM dotyczących łącznie 23 zabiegów operacyjnych.

⁴³ Dotyczy IDM: 4344/23, 4415/23, 5089/23, 2817/22, 2960/22, 2574/22, 3256/22.

⁴⁴ Dotyczy IDM: 2818/23, 3688/23, 3347/22, 2960/22, 1498/21.

⁴⁵ W dwóch przypadkach nie dokonywano żadnych zapisów, zaś w czterech były one niekompletne.

w zakresie udokumentowania przeprowadzonych czynności dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn.

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

Opis stanu faktycznego

4.1 W okresie 2019 - 2023 r. dokumentacje medyczne pacjentów w Szpitalu prowadzono w postaci papierowej przy wspomaganiu systemem informatycznym HIS CGM Clininet,⁴⁶ o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

System teleinformatyczny, wspomagający prowadzenie papierowej dokumentacji w Szpitalu, identyfikował osoby dokonujące wpisu, zakres dokonanych zmian w systemie z oznaczeniem daty, co było zgodne z § 1 ust. 6 pkt 3 i 4 rozporządzenia rozporządzenie w sprawie dokumentacji. Ponadto w Szpitalu wprowadzono w ramach systemu zarządzania jakością procedurę dotyczącą organizacji i zarządzania systemem informatycznym, która określała m.in. zasady dostępu do systemu, przetwarzania danych, dokonywania wpisów i ich autoryzacji.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował Zespół ds. analizy dokumentacji medycznej⁴⁷, do zadań którego należało m.in. przeprowadzanie okresowej kontroli zawartości, kompletności i jakości zamkniętej dokumentacji medycznej, ocena zgodności analizowanej dokumentacji z obowiązującymi przepisami oraz nadzór nad modyfikowaniem formularzy dokumentacji. Dodatkowo Szpital wprowadził regulacje w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej określające elementy składowe dokumentacji pacjenta⁴⁸.

W indywidualnej dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów⁴⁹ wpisy w dokumentacji medycznej, poza przypadkami opisanymi w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*:

- były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego,
- zawierały oznaczenie osoby, która ich 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, o których mowa w przepisach rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W toku kontroli analizowano także IDM w zakresie poprawności jej prowadzenia w obszarach poddanych kontroli⁵⁰. Ujawniono m.in. braki protokołów z udzielonych świadczeń zdrowotnych (przeprowadzonych zabiegów operacyjnych), o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 939-940, 966-1044, 1113-1120, 1260-1263, 1278-1282, 1285-1297, 1300, 1418-1419, 1510-1515)

⁴⁶ Na pytanie w tym zakresie z 16 listopada 2023 r. wyjaśniono w dniu 29 listopada 2023 r., że „Używany HIS to CGM Clininet. Przekazano mailowo IOD/ABI”.

⁴⁷ Wprowadzony Zarządzeniem Nr 59/2017 Zarządu Spółki z 20 czerwca 2017 r. Aktualnie Obowiązuje Zarządzenie Wewnętrzne Nr 9/2023 Dyrektora Medycznego Szpitala z dnia 30 czerwca 2023 r.

⁴⁸ Zarządzenie Wewnętrzne Nr 3/2017 Dyrektora Medycznego Szpitala z 27 kwietnia 2017 r. w sprawie prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w oddziałach oraz pracowniach diagnostycznych Szpitala.

⁴⁹ Analizie poddano 20 indywidualnych dokumentacji medycznych pacjentów. Do badania wybrano po 5 historii chorób pacjentów przyjętych w trybie planowym oraz nagłym z Oddziałów Urazowo-Ortopedycznego oraz Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej.

⁵⁰ Badanie w zakresie: wyrażenia zgody pacjenta na zabieg, monitorowania procesu leczenia bólu.

4.2 W okresie objętym kontrolą Regulamin organizacyjny opisywał zasady udostępniania dokumentacji oraz ponoszenia opłat za jej udostępnienie zgodnie z art. 24 ustawy udl. Dodatkowo w Szpitalu wprowadzono wewnętrzną procedurę udostępniania dokumentacji medycznej⁵¹. W procedurze określono m.in. sposoby zwracania się oraz formy udostępnienia dokumentacji, zasady przygotowania i wysyłki udostępnianej dokumentacji. W ramach procedury m.in. opracowano wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stosowany w przypadku zwrócenia się przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną do uzyskania dokumentacji. We wniosku wskazano m.in.: dane osoby wnioskującej, dane pacjenta, sposób i formę udostępnienia a także informacje w zakresie ewentualnych kosztów udostępnienia. Wniosek zawierał informacje w zakresie potwierdzenia odbioru dokumentacji, a wnioski złożone przez pacjenta/ osobę upoważnioną były dołączane do IDM. We wniosku nie przewidziano możliwości wskazania, które elementy z dokumentacji medycznej zostały udostępnione, co uniemożliwiało określenie zakresu udostępnienia i zasadności ewentualnego naliczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji zgodnie z zapisami Regulaminu organizacyjnego w związku z art. 28 ustawy o rpp, o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu funkcjonował wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej prowadzony w systemie kancelaryjnym. Wykaz ten był prowadzony przez pracowników Działu Statystyki w zakresie przyjęcia wniosku i przygotowania wnioskowanej dokumentacji. W zależności od formy udostępnienia realizacja prawa odbywała się przez: główny sekretariat w zakresie dokumentacji udostępnianej poprzez wysyłkę na adres wskazany przez pacjenta/ instytucję wnioskującą lub Dział Statystyki w przypadku dokumentacji udostępnianej osobiście/ przekazywanej pocztą elektroniczną. Informacja o zakresie udostępnionej dokumentacji, a także wskazanie osoby, której dokumentacja została udostępniona nie były odnotowywane w prowadzonym wykazie dotyczącym udostępniania dokumentacji medycznej o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

Badanie 20 udostępnionych w 2022 roku dokumentacji medycznych⁵² wykazało, że 18 IDM:

- posiadało datę złożenia wniosku,
- zostało złożonych przez osobę/ instytucję do tego upoważnioną,
- posiadało określenie zakresu (wnioski ogólne i szczegółowe) wnioskowanego udostępnienia wraz ze wskazaniem sposobu odbioru/ przekazania,
- dokumentacja była udostępniana bez zbędnej zwłoki,
- żadne udostępnienie nie było objęte opłatą,

jednocześnie dwa⁵³ wnioski wskazane w otrzymanym wykazie udostępnionej dokumentacji medycznej nie były wnioskami o udostępnienie i nie dokonano, w tym zakresie udostępnień.

Ponadto stwierdzono, że w 18 badanych IDM wystąpiły przypadki udostępnienia dokumentacji z naruszeniem przepisów ustawy o rpp lub wewnętrznej procedury w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, o czym szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 939-958, 1045-1068, 1136-1259, 1272-1277, 1287-1293, 1300, 1489-1496)

⁵¹ Procedura udostępniania dokumentacji medycznej wprowadzana w ramach systemem zarządzania jakością od 14 września 2017 r. oraz zmianą z dnia 17 stycznia 2022 r.

⁵² Z otrzymanego rejestru udostępnionej dokumentacji medycznej losowo wybrano 20 przypadków udostępnienia danych w tym: 4 wnioski złożone przez pacjenta, 3 wnioski złożone przez osobę upoważnioną, 13 wniosków złożonych przez upoważnione instytucje.

⁵³ Wniosek nr 22/03243 oraz mail Fundacji ITAKA nieposiadający nr wniosku.

4.3 W celu zabezpieczenia wytwarzanej w Szpitalu dokumentacji opracowano i wdrożono procedury zabezpieczenia zarówno papierowej⁵⁴, jak i elektronicznej⁵⁵ wersji dokumentacji medycznej. W przypadku dokumentacji medycznej gromadzonej w formie elektronicznej, jak wyjaśniono przez pracownika działu IT, za codzienne tworzenie kopii zapasowe zasobów odpowiadał dział informatyki zlokalizowany w siedzibie głównej Spółki (Szpital im. Weissa w Konstancin-Jeziorna) i przechowywano je w odrębnym pomieszczeniu od tego, w którym dane eksploatowane były na bieżąco. Dodatkowo zapewniono aktualizację oprogramowania, co odpowiadało przepisom, o których mowa w § 1 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Weryfikacja zasad przechowywania dokumentacji medycznej przeprowadzona w pięciu⁵⁶ komórkach organizacyjnych wykazała, że przechowywanie IDM miało miejsce w sposób zabezpieczający ją przed dostępem osób nieupoważnionych (tj. pomieszczenia, szafki/ kontenery były zamykane na klucz), poza przypadkami opisanymi w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

Dokumentacja medyczna pacjentów zgodnie z wewnętrznymi uregulowaniami⁵⁷ ma być przekazywana do Działu Statystyki w ciągu 10 dni od dnia wypisu. Stwierdzono przypadki opóźnień w przekazywaniu dokumentacji pacjentów wypisanych, szerzej w *sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

Archiwalna dokumentacja medyczna przekazywana z oddziałów/ poradni była przechowywana na regałach, w zamykanych pomieszczeniach⁵⁸, zabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych. Pomieszczenia posiadały sprawną gaśnicę oraz higrometr.

(akta kontroli str. 939-943, 959-965, 1045-1111, 1122-1132, 1134-1135, 1264-1271, 1287-1293, 1300, 1394-1397, 1497-1499)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu dokumentacja medyczna prowadzona była w formie papierowej wspomagana systemem informatycznym⁵⁹, co naruszało wymogi §1 ust. 1 rozporządzenia o dokumentacji. Zarząd Szpitala wyjaśnił, że systemem informatyczny wspomaga prowadzenie dokumentacji w formie papierowej. Zarząd Szpitala stwierdził, że warunki organizacyjno-techniczne nie pozwalają obecnie na prowadzenie elektronicznej dokumentacji. Spółka podjęła prace nad wdrożeniem odpowiednich rozwiązań w celu realizacji wymogu rozporządzenia o dokumentacji.

(akta kontroli str. 939-940, 1418-1419)

2. W przypadku 11⁶⁰ z 20 objętych próbą IDM hospitalizowanych pacjentów, nie zawarto unikalnego numeru identyfikującego receptę w postaci elektronicznej,

⁵⁴ W ramach Systemu Zarządzania Jakością wprowadzono: Zasady zabezpieczania dokumentacji medycznej w archiwum medycznym z 1 sierpnia 2016 r., aktualnie obowiązująca wersja z 29 lipca 2023 r., Procedura ochrony danych osobowych z 25 maja 2018 r. oraz Organizacja i zarządzanie systemem informatycznym z 25 maja 2018 r.

⁵⁵ Standardy dotyczące zarządzania bezpieczeństwem IT z 21 marca 2023 r. oraz Procedura zarządzania incydentami z 21 marca 2023 r.

⁵⁶ Dokonano oględzin Oddziału Rehabilitacyjnego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii i Pododdziałem Gastroenterologii (dalej Oddział Wewnętrzny) oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej i Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

⁵⁷ Procedura Standardy zawartości zamkniętej dokumentacji medycznej archiwalnej z 12 lutego 2018 r. oraz Zarządzenie wewnętrzne nr 9/2022 z 10 listopada 2022 r.

⁵⁸ Cztery pokoje znajdowały się w Dziale Statystyki (budynek A), Trzy pomieszczenia archiwum znajdowały się na poziomie -1 (budynek C) oraz po jednym pomieszczeniu archiwum na piętrze pierwszy i trzecim budynku C.

⁵⁹ W systemie informatycznym gromadzono dane dotyczące badań laboratoryjnych oraz obrazowych, a także dotyczące przyjęcia, pobytu i wypisu.

⁶⁰ Dotyczy IDM o numerach księgi głównej: 503/2022, 6/2022, 3/2022, 516/22, 1327/22, 1926/22, 2195/22, 2689/22, 176/22, 4139/22, 1130/22.

o którym mowa w §10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w związku z art. 96a ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁶¹. W jednym⁶² przypadku na badaniu obrazowym brakowało danych identyfikujących pacjenta, co skutkowało naruszeniem §6 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W dwóch⁶³ IDM wystąpiły przypadki braku numeracji wszystkich stron w dokumentacji medycznej, co było niezgodne §6 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W trzech⁶⁴ przypadkach IDM nie zawierały oznaczenia osoby dokonującej wpisu w dokumentacji, co naruszało §4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

W dwóch⁶⁵ IDM dokonano skreślenia wpisu w dokumentacji medycznej bez wskazania przyczyny, daty i oznaczenia osoby dokonującej adnotacji, o których mowa w §4 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Jak wyjaśnił Zarząd Szpitala, powodem braku wskazania numeru e-recepty był brak łączności z systemem wystawiania recept lub brak możliwości „zaciągania” danych w tym zakresie w systemie HIS Clininet, pomyłkowo zamieszczono wydruk wyniku badania obrazowego w dokumentacji pacjenta. Przyczyną pozostałych braków były pomyłki lekarzy lub niedopatrzenia pracownika administracyjnego weryfikującego kompletność IDM. W ocenie NIK, stwierdzone nieprawidłowości świadczą o niewystarczającej rzetelności przy sporządzaniu i prowadzeniu dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 986-1037, 1113-1120)

W czterech IDM objętych badaniem⁶⁶, stwierdzono braki m.in.: protokołów z przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, podpisów na dokumentacji lekarskiej, karty zleceń pooperacyjnych. W przypadku dalszych 32 IDM stwierdzono niekompletność dokumentacji: w 24 IDM brak protokołów przeprowadzonych zabiegów operacyjnych, w 24 IDM brak autoryzacji wpisów, w pięciu IDM brak dokumentacji z obserwacji lekarskich, w dwóch IDM brak wskazań rozpoznania przy przyjęciu pacjenta do Szpitala, w dwóch IDM brak karty ryzyka zakażenia, a także pojedynczych przypadków niedokumentowania IDM w zakresie: ryzyka odżywiania, skali Capriniego, epikryzy oraz karty odżywiania, co było niezgodne z art. 25 ust.1 pkt 2 ustawy o rpp. w związku z §10 rozporządzenia o dokumentacji.

Dyrektor Medyczny wyjaśniła, m.in., że: *przekazano dokumentacje medyczne niepełne do Sekcji Statystyki z powodu przekroczenia czasu przebywania dokumentacji w Oddziale*. Wskazano, że decyzją lekarza kierującego oddziałem w uzgodnieniu z Dyrektorem Medycznym postanowiono o przekazaniu tej dokumentacji do Archiwum. Jednocześnie wskazano, że Szpital nie mógł wyegzekwować braków z powodu nagłej rezygnacji z pracy lekarzy odpowiedzialnych za dokonanie uzupełnień.

W ocenie NIK niewyegzekwowanie od lekarzy bieżącego prowadzenia IDM świadczy o braku skutecznego nadzoru Kierownictwa Szpitala. Skutkiem zaniechania w tym zakresie może być narażenie świadczeniodawcy na korektę faktur już sprawozdanych i rozliczonych z płatnikiem za udzielone świadczenia, a ponadto może to skutkować nałożeniem dodatkowej kary finansowej.

(akta kontroli str. 1038-1044, 1287-1299, 1373-1383, 1398-1401)

⁶¹ tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301.

⁶² Dotyczy IDM o numerze księgi głównej 1327/22.

⁶³ Dotyczy IDM o numerach księgi głównej: 2195/22, 1837/22.

⁶⁴ Dotyczy IDM o numerach księgi głównej: 2195/22, 2689/22, 176/22.

⁶⁵ Dotyczy IDM o numerach księgi głównej: 3000/22, 1130/22.

⁶⁶ Badanie w zakresie: wyrażenia zgody pacjenta na zabieg, monitorowania procesu leczenia bólu. Dotyczy IDM: 2817/22, 2960/22, 2574/22, 3256/22.

3. 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 rpp. Dodatkowo wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej prowadzony w systemie kancelaryjnym nie zawierał sposobu udostępnienia dokumentacji, zakresu udostępnionej dokumentacji, wskazania imienia i nazwiska osoby innej niż pacjenta, 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 rpp. Jednocześnie prowadzony system kancelaryjny nie wykazywał faktycznej daty udostępnienia dokumentacji medycznej, gdyż informacja w tym zakresie zawarta była w książce korespondencji wychodzącej.

Jak wyjaśniła Dyrektor Medyczny Szpitala możliwości techniczne użytkowanego systemu nie przewidują zamieszczania danych we wskazanym przez ustawodawcę zakresie. Jednocześnie wyjaśniono, że *rozbieżności pomiędzy datą przygotowania do udostępnienia dokumentacji przesyłką pocztową, a datą fizycznego jej wysłania wynika z faktu podpisania przez Szpital kompleksowej umowy przesyłek pocztowych z Poczta Polska, która przewiduje wysyłki wybrane dni tygodnia.*

W ocenie NIK przyjęte w Szpitalu rozwiązania nie spełniają wymogów określonych przez ustawodawcę dotyczących prowadzenia wykazu udostępnionej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 660, 939-943, 1045-1050, 1194-1231, 1394-1396, 1373-1375

4. W przypadku 10⁶⁷ na 20 badanych wniosków brak było informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji, o których mowa w art. 27 ust. 4 pkt 3 ustawy o rpp.

W przypadku dziewięciu⁶⁸ wniosków brak było informacji dotyczących imienia i nazwiska osoby wnioskującej o udzielenie informacji, o których mowa w art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy o rpp.

W dwóch⁶⁹ 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 rpp.

W jednym⁷⁰ przypadku udostępniona dokumentacja wykraczała poza zakres złożony przez podmiot wnioskujący co naruszało zapisy pkt 9⁷¹ *Procedury Udostępniania Dokumentacji Medycznej* wprowadzonej w Szpitalu.

W jednym⁷² 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 rpp.

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.

⁶⁷ Wnioski nr: 22/00126, 18/22434, 22/01564, 22/03273, 22/13558, 22/09654, 22/05062, 17/12544, 22/1343, 22/13558.

⁶⁸ Wnioski nr: 18/22434, 22/11562, 21/14284, 22/01564, 22/013667, 22/10810, 22/03367, 22/02200, 17/12544.

⁶⁹ Wniosek nr 17/12544, 22/15726.

⁷⁰ Wniosek nr 22/02200.

⁷¹ Zakres wydanej dokumentacji jest weryfikowany na podstawie otrzymanego wniosku.

⁷² Wniosek nr 22/08527.

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

(akta kontroli str. 660, 1136-1231)

5. W Oddziale Rehabilitacji IDM pacjentów wypisanych 2 – 3 miesiące wcześniej znajdująca się w sekretariacie medycznym umieszczona była w niezamkniętej szafie, tj. nie była zabezpieczona przed dostępem osób trzecich. W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej IDM 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 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, a także przyjętej *Procedury ochrony danych osobowych*, która wprost nakazuje przechowywać IDM w zamykanych regałach, a także postanowienia zawartego w §2 zarządzenia Dyrektora Medycznego Szpitala stanowiącego, że *historie chorób wszystkich pacjentów wypisanych z oddziału muszą być przekazane do Działu Statystyki Medycznej w ciągu 10 dni, licząc od dnia wypisu*

Dyrektor Medyczny Szpitala wyjaśniła, że *sekretariaty oraz gabinety lekarskie są zamykane, a dostęp posiadają jedynie osoby upoważnione do pomieszczeń. Personel medyczny każdorazowo opuszczając wskazane pomieszczenia na klucz zabiera ze sobą. W części gabinetów lekarskich zamontowane są klamki jedynie od wewnątrz. Wobec czego nie ma możliwości dostania się do pomieszczenia pod czyjąś nieobecność lub klucza.*

NIK ocenia powyższe, jako naruszenie zasad ochrony danych medycznych pacjentów, określonych w wewnętrznych uregulowaniach Szpitala.

(akta kontroli str. 1124-1129, 1398-1401, 1516-1526)

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja medyczna pacjentów wbrew przepisom rozporządzenia o dokumentacji była prowadzona w formie papierowej, ponadto była niekompletna (występowały braki opisów wykonanych zabiegów operacyjnych, kart zleceń lekarskich, dokumentów potwierdzających monitorowanie leczenia i profilaktyki odleżyn oraz kart monitorowania leczenia bólu). Nie zawierała wszystkich elementów wymaganych przez ustawę o rpp. Sposób jej przechowywania, zwłaszcza w oddziałach nie zapewniał należytego zabezpieczenia przed dostępem osób nieuprawnionych.

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

Opis stanu faktycznego

5.1 W kontrolowanym okresie w Szpitalu funkcjonowały regulacje wewnętrzne dotyczące zasad odwiedzin pacjentów ujęte w regulaminie organizacyjnym⁷³ oraz wprowadzone zarządzeniami Dyrektora Medycznego Szpitala⁷⁴. Informacje dotyczące odwiedzin zamieszczone były także na stronie internetowej stocer.pl (dokonano jej aktualizacji w trakcie czynności kontrolnych).

Kontrola w zakresie przestrzegania prawa pacjenta do intymności i godności przeprowadzona została na wybranych oddziałach Szpitala⁷⁵. W Oddziale Chorób Wewnętrznych znajdowała się informacja dotycząca szczególnych zasad odwiedzin. Na pozostałych dwóch oddziałach objętych kontrolą nie było aktualnych lub brak było

⁷³ Rozdział V Regulaminu organizacyjnego.

⁷⁴ Zarządzenie wewnętrzne Nr 1/2021 z 26 sierpnia 2021 r. Nr 2/2022 z 5 kwietnia 2022 r., 7/2022 z 1 czerwca 2022 r., Nr 2/2023 z 2023 r.

⁷⁵ Dokonano oględzin Oddziału Rehabilitacyjnego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Chorób Wewnętrznych

jakichkolwiek informacji dla pacjentów oraz osób odwiedzających w zakresie zasad dotyczących odwiedzin, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

W Oddziale Rehabilitacji każda sala chorych posiadała łazienkę z prysznicem i toaletą, które były przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami. W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej toalety męskie nie były w pełni przystosowane dla osób z ograniczeniem ruchowym lub z niepełnosprawnościami. Natomiast łazienki męskie umożliwiały korzystanie z nich przez ww. osoby. Sanitariaty damskie posiadały toalety przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, jednak wydzielone kabiny prysznicowe z zasłonami miały wysokie progi utrudniające swobodny dostęp. W Oddziale Wewnętrznym dostęp do toalet oraz natrysków był utrudniony dla osób z ograniczeniem ruchowym lub z niepełnosprawnościami. Ponadto natryski nie posiadały zasłon prysznicowych. We wszystkich salach chorych: brak było stałych parawanów, karty gorączkowe były umieszczane w sposób uniemożliwiający odczytanie zawartych w nich informacji przez osoby przebywające w sali. W każdym z oddziałów znajdowało się indywidualne pomieszczenie do przeprowadzania wywiadów/ rozmów z pacjentami przez personel medyczny, w toku czynności kontrolnych, nie było przypadków hospitalizacji na korytarzach. Jak wyjaśnili kierujący oddziałami w praktyce stosowane są parawany przesuwne wykorzystywane w trakcie różnych zabiegów na salach pacjentów jak również w przypadku toalety przyłóżkowej. Ponadto wyjaśniono, że przydział pacjentów do sal chorych uwzględnia m.in. ich wiek, płeć oraz stan psychosomatyczny. Dodatkowo pacjenci z ograniczoną mobilnością w miarę możliwości umieszczani są na Sali w pobliżu sanitariatów.

(akta kontroli str. 375-378, 566-570, 1124-1133, 1300, 1307-1331, 1411-1416, 1516-1526)

5.2 W Szpitalu obowiązywała procedura dotycząca zapewnienia pacjentom prawa do umierania w spokoju i godności⁷⁶. Określono w niej m.in. zasady: pobytu pacjentów terminalnych dotyczące łagodzenia bólu, zapewniania komfortu fizycznego, kontaktu z najbliższymi. W ramach procedury określono *Protokół terapii daremnej* oraz wzór *Oświadczenia* w zakresie niepodejmowania lub odstąpienia od postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów. W Szpitalu zapewniono także możliwość opieki duszpasterskiej różnych wyznań dla pacjenta lub jego bliskich. Informacje w tym zakresie umieszczano w każdym oddziale. Jak wyjaśnili kierujący oddziałami w przypadku pacjentów terminalnych/agonalnych w miarę możliwości umieszczani są oni w oddzielnej sali w celu zachowania intymności, a w większości przypadków stosowano przesuwne parawany w celu ich oddzielenia. W sytuacji prowadzenia akcji reanimacyjnej postępowanie odbywa się w miejscu pobytu pacjenta i jeżeli jest to możliwe bez udziału pozostałych pacjentów. Osoby zmarłe są osłonięte parawanami i przebywają w salach zgodnie z procedurą. Nie stwierdzono, żeby nierespektowanie prawa do umierania w spokoju i godności było przedmiotem skarg zgłaszanych przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli str. 17-23, 566-570, 1332-1358)

5.3 W Szpitalu funkcjonował monitoring wybranych pomieszczeń. Zasady dotyczące monitoringu nie zostały ujęte w regulaminie organizacyjnym. Wprowadzono odrębne regulacje - Regulamin monitoringu wizyjnego⁷⁷ określający m.in. jednostki organizacyjne objęte monitoringiem, zasady rejestracji i zabezpieczania nagrań, a także sposób ich przechowywania przez okres nie dłuższy niż 30 dni. Ponadto

⁷⁶ Procedura Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych przyjęta w ramach systemu zarządzania jakością z 15 marca 2013 r., zmodyfikowana w 2022, wersja obecna z 15 czerwca 2023 r.

⁷⁷ Regulamin Monitoringu Wizyjnego w Mazowieckim Centrum Rehabilitacji „Stocer” Sp. z o.o. z 25 maja 2018 r.

wprowadzono procedurę monitoringu wizyjnego w salach dla pacjentów⁷⁸ dotyczącą utrzymania monitoringu po epidemii w celu zwiększenia bezpieczeństwa chorych. Monitoringiem wizyjnym objęte były: rejestracja⁷⁹ Izby Przyjęć oraz w korytarze obu poradni przyszpitalnych, a także w rejestracja poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej. Dodatkowo monitoring (bez zapisu) dotyczył trzech oddziałów Szpitala, tj. Oddziału Urazowo – Ortopedycznego (cztery kamery w salach chorych), Oddziału Rehabilitacji (10 kamer w salach chorych i jedna w gabinecie zabiegowym) oraz w Oddziale Chorób Wewnętrznych (11 kamer w salach chorych, sali „R” oraz gabinecie zabiegowym). Od dnia 7 listopada 2023 r. Oddział Chorób Wewnętrznych nie jest objęty monitoringiem z uwagi na przeniesienie na czas remontu do innego budynku Szpitala.

Nie we wszystkich pomieszczeniach znajdowały się oznaczenia dla pacjentów informujące o funkcjonującym monitoringu, o czym szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 566-570, 1069-1071, 1124-1133, 1302-1306, 1417, 1516-1526)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Informacje dotyczące odwiedzin ujęte na stronie w zakładce *Dla Pacjenta* nie uwzględniały aktualnie obowiązujących zasad wprowadzonych w Szpitalu. Ponadto w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (III piętro) oraz Oddziale Rehabilitacji (IV piętro) brak było jakiegokolwiek informacji na temat zasad odwiedzin. W Oddziale Rehabilitacji (III piętro) oraz Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznym (II piętro) zamieszczone przy wejściu zasady odwiedzin nie były zgodne z zarządzeniem Dyrektora Medycznego Szpitala z 30 czerwca 2023 r. dotyczącego odwiedzin. Różnice dotyczyły m.in. liczby osób odwiedzających pacjentów oraz czasu trwania odwiedzin.

Dyrektor Medyczny Szpitala wyjaśniła, iż *Spółka omyłkowo nie zaktualizowała informacji na stronie internetowej*. Kierujący oddziałami wyjaśnili m.in., że nie ograniczono odwiedzin pacjentów poza sytuacjami, które mogły utrudniać wykonywanie pracy z pacjentem, pomyłkowo zamieszczono w oddziałach dane nie aktualne, jednakże personel informował osobiście każdego o zasadach odwiedzin.

W ocenie NIK powyższe działania były nierzetelne.

(akta kontroli str. 375-378, 566-570, 1122-1133, 1307-1331, 1411-1416, 1516-1526)

2. W Oddziale Rehabilitacji oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej brak było informacji dla pacjentów w zakresie prowadzonego w oddziale monitoringu. Dodatkowo stosowanie monitoringu na salach chorych, pomimo faktu braku zapisu obrazu, nie jest działaniem niezbędnym dla realizacji procesu leczniczego i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Powyższe oraz brak informacji o stosowaniu monitoringu nie wpływało naruszało prawa pacjenta do poszanowania ich intymności i godności.

Dyrektor Medyczny Szpitala wyjaśniła, m.in., że *Szpital z powodu niedopatrzenia nie oznaczył w niektórych miejsc objętych monitoringiem, jednocześnie wskazano, że personel medyczny informował pacjentów o monitoringu wizyjnym nie prowadząc zbierania zgód pisemnych*.

(akta kontroli str. 1069-1072, 1124-1133, 1300, 1306, 1417)

⁷⁸ W ramach Systemu Zarządzania Jakością Procedura wprowadzenia monitoringu wizyjnego w salach pobytu pacjentów z 29 września 2023 r.

⁷⁹ Trzy kamery wyposażone w rejestrację dźwięku.

Szpital uregulował zasady dotyczące odwiedzin. Informacja w tym zakresie została zamieszczona w części oddziałów szpitalnych oraz na stronie internetowej. W tym ostatnim przypadku nie dokonywano na bieżąco ich aktualizacji. Stan techniczny oddziałów nie w pełni zapewniał swobodny dostęp do sanitariatów, w szczególności dla pacjentów z niepełnosprawnościami ruchowymi. Nie zamieszczano w niektórych oddziałach informacji dla pacjentów o stosowaniu monitoringu wizyjnego. Szpital wprowadził regulacje dotyczące zapewnienia prawa pacjenta do godności w stanach terminalnych.

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. Dostosowanie regulaminu organizacyjnego do wymaganych elementów określonych w udl.
2. Dochowanie należytej staranności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Systematyczne dostosowanie regulaminu organizacyjnego oraz aktualizowanie RPWDL w zakresie funkcjonujących w Szpitalu komórek organizacyjnych.
4. Zapewnienie pacjentom dostępu do pełnych informacji określonych w rozporządzeniu OWU.
5. Wprowadzenie rozwiązań systemowych umożliwiających zapewnienie pacjentom możliwości zapisywania się na wizyty drogą elektroniczną.
6. Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem obowiązujących w Szpitalu procedur, w szczególności w odniesieniu do monitorowania bólu, leczenia i profilaktyki odleżyn.
7. Wprowadzenie w Szpitalu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
8. Wprowadzenie wykazu udostępnianej dokumentacji medycznej w sposób pozwalający na określenie w szczególności zakresu i sposobu udostępnionych danych oraz osoby lub podmiotu je uzyskujących.
9. Zabezpieczenie dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z wymogami określonymi w art. 23 ust. 2 ustawy o rpp oraz przyjętymi regulacjami wewnętrznymi.
10. Rzetelne prezentowane pacjentom zasad odwiedzin obowiązujących w Szpitalu.
11. Poszanowanie prawa do zachowania intymności i godności przy stosowaniu monitoringu wizyjnego, w szczególności informowanie o nim pacjentów, a także jego stosowanie jedynie w sytuacjach służących zapewnieniu bezpieczeństwa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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, 15 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy
Rafał Zyzik
Specjalista kp.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor

DYREKTOR
Departamentu Zdrowia

.....
Paweł Korzeniowski
p.o. WICEDYREKTORA

Tomasz Marcin Grudziński
Główny Specjalista kp.


.....
podpis

Marcin Czyżewski
Specjalista kp.


.....
podpis