



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.24.1.2023

**Pani
Marta Romanowska
Dyrektor
Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła
w Grajewie
ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-200 Grajewo**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/047 – Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie, ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-200 Grajewo ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marta Romanowska – Dyrektor Szpitala od 1 czerwca 2022 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnili: <ol style="list-style-type: none">1. Grzegorz Dembski – Dyrektor Szpitala od 23 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2019 r.2. Grzegorz Zakrzewski – Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych od 1 maja 2019 r. do 31 sierpnia 2019 r.3. Sebastian Wysocki – Dyrektor Szpitala od 1 września 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.4. Marta Romanowska – pełniąca obowiązki Dyrektora Szpitala od 1 stycznia 2022 r. do 31 maja 2022 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta2. Przestrzeganie prawa do informacji3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia 1 grudnia 2023 r. 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 Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Marek Skorupski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/154/2023 z 15 września 2023 r.2. Marcin Kiersnowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/168/2023 z 13 października 2023 r. (akta kontroli str. 1-9)

¹ Dalej: *Szpital*.

² Dalej: *Dyrektor*.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁴

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie oceny ogólnej

W Szpitalu nie w pełni prawidłowo przestrzegano praw pacjenta.

Kierownictwo Szpitala prowadziło na ogół prawidłowy nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Przeanalizowano problematykę większości zgłaszanych skarg, a w 2023 roku przeprowadzono badanie satysfakcji pacjentów Szpitala. Wprowadzono rozwiązania umożliwiające świadczeniobiorcom dostęp do większości informacji o prawach pacjenta oraz respektowano prawo do rzetelnej informacji o planowanych operacjach. Pacjentom umożliwiono umawianie się na wizyty ambulatoryjne drogą elektroniczną. W miarę możliwości podejmowano działania w celu umożliwienia im wcześniejszego uzyskania świadczenia. Zapewniono warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia bólu i profilaktyki przeciwoleżynowej. Dokumentację medyczną pacjentów Szpitala prowadzono systematycznie i czytelnie. Była ona kompletna i zawierała elementy wymagane *ustawą z dnia 11 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁵ oraz *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁶. Dokumentacja ta, prowadzona w formie papierowej i elektronicznej, była zabezpieczona zgodnie z przepisami wewnętrznymi Szpitala oraz prawidłowo udostępniana. Poprzez organizację i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych respektowano prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności oraz chroniono ich prywatność. W przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych podejmowano działania naprawcze. Wprowadzone w Szpitalu rozwiązania w zakresie monitoringu wizyjnego były zgodne z obowiązującymi przepisami.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości, które polegały na:

- braku odpowiedzi Szpitala na dwie (spośród 33) skargi na naruszenie praw pacjentów, udzieleniu odpowiedzi na trzy skargi z opóźnieniem i zawarciu w odpowiedzi na jedną skargę nieuzasadnionej polemiki,
- nieudostępnieniu w Poradni Kardiologicznej informacji o prawach pacjenta i nieudostępnieniu takiej informacji w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej w sposób zwięzły i przyjazny dla pacjentów,
- braku udostępnienia części innych informacji wymaganych § 11 załącznika do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁷ we wszystkich trzech objętych oględzinami jednostkach organizacyjnych Szpitala,
- niezgłoszeniu Wojewodzie Podlaskiemu zmian danych objętych Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁸ (wykazano w nim dwie faktycznie нефункционujące w Szpitalu komórki organizacyjne), co stanowiło naruszenie art. 107 ust. 1 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*⁹,
- nieokreśleniu w Regulaminie organizacyjnym elementów wymaganych art. 24 ust. 1 pkt. 3-4 i 7-8 tej ustawy,
- niewykazaniu w całej analizowanej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton, wymaganej przepisami wewnętrznymi Szpitala,
- sporządzeniu ośmiu (z 10 analizowanych) kart zdarzeń niepożądanych niezgodnie z obowiązującymi w Szpitalu przepisami wewnętrznymi oraz niesporządzeniu przez Zespół ds. zdarzeń niepożądanych rocznych analiz takich zdarzeń, wbrew wymogowi określonymu w tych przepisach,
- prowadzeniu części całej analizowanej dokumentacji medycznej 20 pacjentów niezgodnie z § 1 ust. 3 *rozporządzenia ws. dokumentacji*,

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

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm. Dalej: *upp*.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm. Dalej: *rozporządzenie ws. dokumentacji*.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej: *rozporządzenie ws. OWU*.

⁸ Dalej: *RPWDL*.

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm. Dalej: *udl*.

- nieprzeprowadzaniu systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej, co było niezgodne z § 1 ust. 5 pkt. 1 rozporządzenia ws. dokumentacji,
- nieprzechowywaniu zapisów z monitoringu wizyjnego izolatki Oddziału Psychiatrycznego przez okres wymagany art. 18e ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności¹¹

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2019-2023 (do 30 września) na działania Szpitala złożono kolejno 5, 10, 6, 10 i 8 skarg¹², z tego pięć (100%), dziewięć (90%), cztery (67%), siedem (70%) i osiem (100%) dotyczyło nieprzestrzegania praw pacjentów. Wskazywano w nich na naruszenia praw pacjenta do poszanowania godności (19 skarg, tj. 53% złożonych skarg na nieprzestrzeganie praw pacjentów) i właściwych świadczeń (16 skarg, tj. 44%), prawa do tajemnicy informacji i prawa do zgody na udzielenie świadczeń (po jednej skardze, tj. po 3%).

(akta kontroli str. 12-13)

Szpital nie sporządzał pisemnych analiz złożonych skarg. Dyrektor wyjaśniła: *osobiście zapoznawałam się ze wszystkimi złożonymi skargami i udzielałam na nie odpowiedzi. Tematyka składanych skarg była więc przedmiotem bieżącej analizy mojej, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelnej Pielęgniarki i głównego specjalisty koordynatora ds. jakości. Celem tej analizy była poprawa zarządzania Szpitalem i lepsze przestrzeganie praw pacjenta. Z odpowiedzi na skargi przedstawionych przez kierowników właściwych komórek organizacyjnych wynika, że wnioski wynikające z dokonanych analiz były na bieżąco wdrażane.*

(akta kontroli str. 11, 223-226)

Od 1 stycznia 2019 r. w Szpitalu zasady postępowania ze skargami określone były w Regulaminie organizacyjnym, a od 20 kwietnia 2023 r. w przyjętym regulaminie załatwiania skarg¹³. Informacje o trybie składania skarg były dostępne na stronie internetowej Szpitala. Na podstawie szczegółowego badania 20 skarg na naruszanie praw pacjenta ustalono, że dwie skargi uznano za zasadne, pięć za częściowo zasadne, a 10 za niezasadne. Na dwie skargi Szpital nie odpowiedział, a jedną odpowiedź – w której podmiot zewnętrzny zawarł nieuzasadnioną polemikę z pacjentami – przekazał im bez jej zweryfikowania. W przypadku dwóch kolejnych skarg Szpital nie dysponował potwierdzeniem udzielenia odpowiedzi (przygotowano ich projekt), a odpowiedzi na trzy inne skargi udzielono po dłuższym czasie (od 49 do 79 dni), co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Odpowiedzi na pozostałe skargi przesłano po upływie od sześciu do 35 dni.

(akta kontroli str. 12-20)

1.2. W 2023 roku przeprowadzono ankietowe badanie satysfakcji pacjentów Szpitala. Badanie przeprowadzono od lipca do sierpnia 2023 roku. W badaniu wzięło udział 396 pacjentów. Ze sporządzonego 28 listopada 2023 r. raportu wynika, że pacjenci wysoko ocenili jakość świadczonych usług, a personel Szpitala prawidłowo udzielał informacji organizacyjnych przy przyjęciu i wypisie pacjenta. Zauważono jednak, że należy dążyć do zwiększenia wydawania zaleceń dotyczących diety i trybu życia po hospitalizacjach. Ankietowani pacjenci jako dobre i bardzo dobre ocenili warunki pobytu. Odstępstwem od powyższego była jakość posiłków i w związku z tym zalecono monitorowanie satysfakcji pacjentów z posiłków nowego (od listopada 2023 roku) dostawcy usługi żywienia. Z przeprowadzonej ankiety wynika

¹⁰ Dz.U. z 2022 r. poz. 2123. Dalej: *ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*.

¹¹ 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.

¹² Nie było wśród nich skarg dotyczących pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Blokiem Porodowym.

¹³ Regulamin określający procedury przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie, przyjęty Zarządzeniem Nr 11/2023 Dyrektora Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie z dnia 19 kwietnia 2023 r. w przedmiocie szczegółowych regulacji w zakresie procedury przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków.

ponadto, że dobrze oceniono jakość opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w Szpitalu, a najniższe oceny otrzymały: [1] zapewnienie intymności w trakcie badań lekarskich (średnia ocen 4,2 punkty przy pięciostopniowej skali ocen, gdzie jeden to bardzo źle, a pięć – bardzo dobrze); [2] kultura rozmowy personelu pielęgniarskiego (średnia ocen 4,1 punkty). W związku z tym zalecono weryfikację wyposażenia gabinetów zabiegowych oraz sposobu organizacji zabiegów, a także obserwację i szkolenie personelu pielęgniarskiego z zakresu umiejętności interpersonalnych. (akta kontroli str. 40-44)

1.3. W latach 2019-2023 (do 25 września) w Szpitalu było kolejno 15, 5, 10, 17 i 18 kontroli zewnętrznych. Dotyczyły one głównie kwestii sanitarno-epidemiologicznych, efektów realizowanych projektów i finansów Szpitala. W przeprowadzonej 21 września 2022 r. przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego kontroli Oddziału Dziecięcego stwierdzono m.in. brak udostępnienia pacjentom informacji o oferowanych świadczeniach (wniosku pokontrolnego nie sformułowano). W trakcie przeprowadzonych 19 września 2023 r. oględzin stwierdzono, że pisemna informacja o prawach pacjenta znajdowała się w korytarzu prowadzącym m.in. do Oddziału Dziecięcego.

W pozostałych kontrolach zewnętrznych nie stwierdzono przypadków naruszenia prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych, informacji, wyrażania zgody na udzielenie świadczeń, do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych oraz do poszanowania intymności i godności.

Przeprowadzone w Szpitalu kontrole wewnętrzne nie obejmowały swoim zakresem przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu. (akta kontroli str. 11, 45-64)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W treści odpowiedzi z 19 stycznia 2022 r. na skargę dotyczącą niskiej jakości żywienia w Oddziale Rehabilitacji, oprócz merytorycznego ustosunkowania się do skargi zawarto także nieuzasadnioną formę polemiki. W odpowiedzi do skarżących wskazano m.in., że osoba skarżąca *nie wiedziała o czym mówi, nie potrafiła odnieść się do zarzutu. Nie jest nam znany smak pomyj, taka ocena jest pomówieniem, za które może grozić odpowiedzialność karna czy jeżeli faktycznie posiłek nie nadawałby się do spożycia, należało zgłosić to formalnie do kierownika kuchni.* NIK wskazuje, że taka polemika jest niedopuszczalna. Skarga była skierowana do Dyrektora Szpitala, a odpowiedź była przygotowana przez podmiot zewnętrzny, tj. dostawcę wyżywienia i przesłana pacjentom przez głównego specjalistę koordynatora ds. jakości. On i Dyrektor Szpitala wyjaśnili, że *udzielenie pacjentom takiej odpowiedzi wynikało z niezasadnego polegania przez nas na odpowiedzi otrzymanej od podmiotu zewnętrznego, co nie będzie miało więcej miejsca.* (akta kontroli str. 12-39)

2. Szpital nie udzielił odpowiedzi na dwie skargi (z 33) na naruszenie praw pacjentów. Skargi te wpłynęły 13 października oraz 8 grudnia 2021 r. i dotyczyły braku poszanowania godności pacjentów. Dyrektor i główny specjalista ds. jakości, który m.in. pełnił funkcję szpitalnego rzecznika praw pacjenta wyjaśnili, że *podjęto działania w celu rozpatrzenia tych skarg polegające na rozmowach z personelem medycznym. Brak udzielenia na nie odpowiedzi najprawdopodobniej wynikał z przeoczenia, związanego ze znaczną liczbą innych zadań do jednoczesnego wykonania. Od tego czasu nie było przypadku braku udzielenia odpowiedzi na skargę.*

Szpital nie dysponował też przesłanymi odpowiedziami na dwie kolejne skargi złożone 2 stycznia i 27 lipca 2020 r. Posiadał jedynie stanowiska lekarzy ws. tych skarg adresowane do Dyrekcji. Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *najprawdopodobniej jako odpowiedź skarżącym przekazano stanowiska oddziałów, gdyż stosowano wówczas taką praktykę. Od sierpnia 2020 roku odpowiedzi każdorazowo udzielał Dyrektor Szpitala.* Zdaniem NIK działaniem rzetelnym byłoby udzielenie odpowiedzi przez adresata skarg, tj. Dyrektora Szpitala i zachowanie ewentualnych odpowiedzi przesłanych skarżącym. Ponadto lekarka, która przedstawiła stanowisko ws. skargi z 27 lipca 2020 r. nie była od 1 czerwca 2020 r. kierownikiem Oddziału, którego skarga dotyczyła. Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili,

że obecnie nie można ustalić, dlaczego ta lekarka przedłożyła stanowisko do skargi, gdyż już nie pracuje w Szpitalu. (akta kontroli str. 12-39)

3. Odpowiedzi na trzy inne skargi złożone 13 i 16 grudnia 2019 r. oraz 16 października 2022 r. Dyrektor Szpitala udzielił dopiero po upływie 67, 49 i 79 dni. Wprawdzie Regulamin organizacyjny nie określał terminu udzielenia odpowiedzi, jednak zdaniem NIK w tym przypadku był on zbyt długi. Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *wynikło to z konieczności równoczesnej realizacji innych pilnych zadań. Szpital podjął działania w celu udzielania odpowiedzi w krótszym terminie i od listopada 2022 roku nie zdarzyło się, aby skarżący czekali na odpowiedź tak długo. W regulaminie ws. załatwiania skarg przyjętym 19 kwietnia 2023 r. doprecyzowano, że skargi powinny być rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, najpóźniej w ciągu 30 dni.* (akta kontroli str. 12-39)

OCENA CZĄSTKOWA

Kierownictwo Szpitala prowadziło na ogół prawidłowy nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Przeanalizowano problematykę większości zgłaszanych skarg, a w 2023 roku przeprowadzono badanie satysfakcji pacjentów Szpitala, na podstawie którego zaplanowano działania naprawcze. W toku kontroli stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające na braku odpowiedzi na dwie spośród 33 skarg na naruszenie praw pacjentów, udzieleniu odpowiedzi na trzy skargi z opóźnieniem oraz zawarciu w odpowiedzi na jedną skargę nieuzasadnionej polemiki.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

Opis stanu faktycznego

2.1. W dniu oględzin wybranych pomieszczeń Szpitala ustalono, że w Poradni Kardiologicznej nie była udostępniona informacja o prawach pacjenta. Z kolei w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej informacja o prawach pacjenta nie była zwięzła i przedstawiona w sposób przyjazny dla świadczeniobiorców. Opisano to poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Informacja taka była zaś udostępniona w Oddziale Psychiatrycznym Dziennym oraz w korytarzach prowadzących do innych oddziałów szpitalnych i pozostałych poradni specjalistycznych, tj. w innych miejscach ogólnodostępnych zgodnie z art. 11 ust. 1 *upp*. (akta kontroli str. 57-59)

Informację o prawach pacjenta podano również na stronie internetowej Szpitala. Wydzielono na niej podstronę z informacjami m.in. o prawach i obowiązkach pacjentów w placówce. (akta kontroli str. 63)

2.2. W nieaktualizowanym od 2012 roku Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie w pełni określono elementy wymagane art. 24 *udl*, co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 65-73)

2.3. Jak wyjaśnił główny specjalista koordynator ds. jakości *na dzień dzisiejszy Szpital ani jego poszczególne komórki organizacyjne nie ma przyznanych certyfikatów, opinii, czy przyznanych norm, które pozwalałyby pacjentowi ocenić skuteczność, jakość czy bezpieczeństwo prowadzonego leczenia. Przyznane w przeszłości certyfikaty wygasły przed 1 stycznia 2019 r. i nie są obecnie aktualne. Różnego rodzaju ważne zaświadczenia, itp. posiadają szczególnie pracownicy medyczni po szkoleniach, na które skierował ich Szpital.* (akta kontroli str. 74)

2.4. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala przewidziano, że pacjent lub jego przedstawiciel wyraża na piśmie zgodę na zabieg operacyjny w celach leczniczych lub diagnostycznych. Było to zgodne z art. 18 ust. 1 *upp*. Analiza 10 zgód na zabiegi stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjentów¹⁴ wykazała, że pacjenci uzyskiwali rzetelną informację o planowanych zabiegach. I tak:

- wszystkie analizowane formularze zgód zawierały informacje o wskazaniach do operacji, oczekiwanych korzyściach, przebiegu zabiegu, ryzykach, rokowaniach oraz najczęściej występujących powikłaniach, zgodnie z art. 18 ust. 2 *upp*,
- zgodnie z art. 18 ust. 1 *upp* w każdym przypadku zgoda na zabieg była udzielona na piśmie,

¹⁴ Rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego, koronarografia z angioplastyką, wszczepienie układu stymulującego serce, koronarografia.

- każda zgoda była udzielona przez pacjenta pełnoletniego, zgodnie z art. 17 ust. 1 *upp*,
- w przypadku zabiegów przeprowadzanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym, pacjenci wyrażali zgodę na taki sposób znieczulenia,
- wszystkie zgody zostały udzielone przez pacjentów przed zabiegami.

(akta kontroli str. 76-78)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dniu oględzin wybranych pomieszczeń Szpitala ustalono, że w Poradni Kardiologicznej (a także przy głównym wejściu do budynku i w miejscu rejestracji do poradni) nie była udostępniona informacja o prawach pacjenta. Z kolei w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej informacja o prawach pacjenta nie była zwięzła i przedstawiona w sposób przyjazny dla świadczeniobiorców, bowiem na tablicy ogłoszeń wywieszono liczącą 71 artykułów całą *upp*. Nieprawidłowość dotyczyła dwóch z sześciu miejsc poddanych oględzinom. Informacja o prawach pacjenta była wprawdzie wywieszona w innych komórkach organizacyjnych Szpitala, jednak zdaniem NIK pacjenci Poradni Kardiologicznej i Zakładu Rehabilitacji Leczniczej powinni mieć możliwość zapoznania się z treścią praw pacjenta wywieszoną w miejscach, w których przebywają w budynku Szpitala w związku z udzielanymi świadczeniami (wystarczające byłoby wywieszenie ich np. przy głównym wejściu). Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *nastąpiło to przez przeoczenie, a w przypadku Poradni Kardiologicznej wynikało to z niedawnego przeniesienia jej w nowe miejsce. Brakujące informacje zostały uzupełnione*. Wg stanu na 29 listopada 2023 r. w Poradni Kardiologicznej i w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej była już udostępniona informacja o prawach pacjenta. Była ona zwięzła i przedstawiona w sposób przyjazny dla świadczeniobiorców. (akta kontroli str. 11, 57-62)

2. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala:

- nie były wymienione udzielane w placówce świadczenia zdrowotne w zakresie ortopedii, tomografii komputerowej i angiografii,
- nie były wymienione cztery funkcjonujące w Szpitalu komórki organizacyjne, tj. Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Pracownia zabiegowa angiografii i Pracownia Tomografii Komputerowej (funkcjonujące wg danych w RPWDL kolejno od 28 września 2015 r., 1 lipca 2018 r., 6 marca 2019 r. i 12 października 2020 r.) ani ich organizacja i zadania,
- nie były określone warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Tym samym nie w pełni były w nim określone elementy wymagane art. 24 ust. 1 pkt. 3-4 i 7-8 *udl*.

Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *wynikło to z braku zaktualizowania regulaminu. Podejmę działania w celu uzupełnienia zapisów tego dokumentu wspólnie z Radcą prawnym. Struktura organizacyjna Szpitala została ustalona i jest na bieżąco aktualizowana w statucie podmiotu*.

NIK zauważa, że Regulamin organizacyjny Szpitala nie był aktualizowany od 2012 roku, a o jego aktualizację w celu odzwierciedlenia faktycznej struktury organizacyjnej Szpitala NIK wnioskuje już po kontroli P/21/057 *Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych*. W odpowiedzi z 10 listopada 2021 r. ówczesny Dyrektor Szpitala zapewnił, że niezwłocznie rozpocznie pracę nad aktualizacją Regulaminu. (akta kontroli str. 65-73)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu wprowadzono rozwiązania umożliwiające pacjentom dostęp do większości informacji o prawach pacjenta, w tym poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej Szpitala oraz w czterech z sześciu miejsc poddanych oględzinom. Respektowano również prawo pacjentów do rzetelnej informacji o planowanych operacjach. Stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające na niedostępności w Poradni Kardiologicznej informacji

o prawach pacjenta i niedostępnienu takiej informacji w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej w sposób zwięzły i przyjazny dla pacjentów. Z kolei w Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie były w pełni określone elementy wymagane art. 24 ust. 1 pkt. 3-4 i 7-8 *udl.*

OBSZAR

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

3.1. W księdze Szpitala w RPWDL wykazane były dwa miejsca udzielania świadczeń, które faktycznie w placówce nie funkcjonowały. Przedstawiono to poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Na podstawie oględzin pomieszczeń pięciu komórek organizacyjnych Szpitala¹⁵ ustalono, że zakres udzielanych świadczeń był zgodny z wpisem w RPWDL, lecz w przypadku czterech komórek nie został on uwzględniony w Regulaminie organizacyjnym. Opisano to w punkcie 2 wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 79-97)

3.2. Na podstawie oględzin trzech wybranych komórek organizacyjnych Szpitala¹⁶ ustalono, że wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych nie umieszczono niektórych informacji wymaganych § 1 *rozporządzenia ws. OWU*. Przedstawiono to poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Nie upubliczniano także wymaganych w tym rozporządzeniu informacji dotyczących średniego czasu oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *wywieszenie aktualnej informacji w tym zakresie jest obecnie niewykonalne. Wymagałoby to użycia monitorów wyświetlających aktualne dane online z kolejkowego systemu informatycznego Szpitala, co teraz nie jest możliwe technicznie ani finansowo.*

(akta kontroli str. 98-103)

3.3. Na podstawie danych dotyczących dwóch oddziałów szpitalnych (w trzech zakresach świadczeń) z największą liczbą oczekujących wg stanu na 31 grudnia lat 2019-2022¹⁷ ustalono, że w tych latach było kolejno 50, 190, 91 i 44 przypadki rezygnacji pacjentów z zaplanowanych hospitalizacji. Stanowiło to kolejno 4,3%, 18,9%, 8,5% i 2,6% w odniesieniu do wszystkich pacjentów przyjętych planowo (przypadki stabilne).

W wyniku analizy trzech przypadków niezgłoszenia się pacjentów na Oddział Rehabilitacji w 2022 roku ustalono, że kolejnych pacjentów zarejestrowano najpóźniej w ciągu trzech dni roboczych. Byli to pacjenci skierowani z oddziałów ortopedycznych¹⁸. Termin hospitalizacji ustalono od sześciu dni przed i do dwóch dni po planowanej hospitalizacji pacjentów skreślonych. Sekretarka medyczna wyjaśniła, że *zwolniony termin wyznaczano nowym zgłaszającym się pacjentom, którzy akurat wymagali pilnej hospitalizacji. Takimi pacjentami byli pacjenci skierowani bezpośrednio z oddziałów ortopedycznych. Nie było wykonalne przesuwanie całej wieloosobowej kolejki takich pacjentów. Nie zawsze było także możliwe zapisanie kolejnej osoby tego samego dnia – oczekujący do których dzwoniłam, niekiedy nie chcieli wcześniejszej hospitalizacji. Możliwość wyznaczenia jednego z przyjęć na termin wcześniejszy wynika stąd, że staramy się mieć na oddziale kilka wolnych miejsc dla pilnych pacjentów¹⁹.*

Na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w 2022 roku były tylko dwa przypadki niezgłoszenia się pacjentów na endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Oba nastąpiły dzień po zarejestrowaniu się pacjentów, tak więc ich rezygnacje nie wpływały na planowaną datę hospitalizacji innych oczekujących. Sekretarka medyczna dodała, że *w miesiącu tych rezygnacji czas oczekiwania na operacje był stosunkowo krótki i wynosił od 2 do 8 dni. Pacjenci potrzebują czasu na przygotowanie się do operacji. Wg informacji przedstawionej przez kierownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych,*

¹⁵ Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Zabiegowa Angiografii, Zakład Rehabilitacji Leczniczej.

¹⁶ Oddziały Psychiatryczny i Rehabilitacji, Poradnia Endokrynologiczna.

¹⁷ Oddziały: Rehabilitacji oraz Urazowo-Ortopedyczny (kolejka ogólna i na endoprotezoplastykę stawu kolanowego), w których na koniec 2022 r. na udzielenie świadczenia oczekiwało kolejno 125, 31 i 18 osób.

¹⁸ Szpitala w Grajewie lub Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie, Filia w Elku. Na hospitalizację oczekiwali od 1 do 12 dni.

¹⁹ Łącznie na oddziale było 41 łóżek.

nie było przypadków rezygnacji z innych hospitalizacji planowych na tym oddziale w pozostałych zakresach planowych świadczeń²⁰.

Z kolei w trzech wybranych poradniach przyszpitalnych²¹ w latach 2021-2022 było kolejno 7 i 24 przypadki rezygnacji pacjentów z zaplanowanych wizyt²². Stanowiło to 0,1% i 0,3% w odniesieniu do wszystkich pacjentów przyjętych planowo.

W wyniku analizy trzech przypadków niezgłoszenia się pacjentów na Poradni Kardiologicznej w 2022 roku ustalono, że w dniach rezygnacji zarejestrowano (od 4 do 12) innych pacjentów (były to przyjęcia planowe, w tym kontynuacja leczenia). Rejestratorka wyjaśniła, że w analizowanych dniach rezygnacji pacjentów nie wpłynęły skierowania pilne. Nie było wykonalne przesuwanie całej wieloosobowej kolejki pacjentów. Wg stanu na 31 grudnia 2023 r. na wizytę oczekiwało ich 126. Z kolei w Poradni Neurologicznej i Poradni Dermatologicznej było tylko po jednym przypadku niezgłoszenia się pacjentów na wizytę. Wpisano ich na listę oczekujących i skreślono tego samego dnia, tak więc ich rezygnacje nie wpływały na planowaną datę wizyt innych oczekujących.

Szpital nie stosował żadnej formy przypominania pacjentom o zaplanowanej wizycie (zabiegu). Główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnił, że *wdrożenie systemu takich przypomnień w poradniach jest wstępnie planowane na lata 2025-2026*.

(akta kontroli str. 104-117)

3.4. Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³ Szpital umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty ambulatoryjne poprzez *Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie*. Zgodnie z założeniami tego systemu umożliwia on monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia i powiadamianie o terminie jego udzielenia. W latach 2019-2022 przez ten system zarejestrowano kolejno 1131, 1298, 1237 i 954 wizyt, co stanowiło od 1,6% do 3,1% udzielonych porad ambulatoryjnych. Pacjentom nie umożliwiono rejestrowania się drogą elektroniczną na świadczenia w oddziałach szpitalnych. Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych wyjaśnił, że *obecnie obowiązujące przepisy prawa nie wymagają wdrożenia elektronicznej rejestracji na oddziałach szpitalnych*. Art. 23a uśoz mówi o umożliwieniu świadczeniobiorcą umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, natomiast pobyt w oddziale szpitalnym nie jest wizytą tylko hospitalizacją. Ponadto obecnie nie ma możliwości technicznych aby uruchomić elektroniczną rejestrację w oddziałach szpitalnych.

(akta kontroli str. 118-123)

3.5. W Szpitalu od 1 września 2019 r. obowiązywała procedura *Postępowanie dotyczące leczenia bólu u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych*, zobowiązująca m.in. do dokumentowania natężenia bólu pacjentów Szpitala i zastosowanego leczenia przeciwbólowego. Na podstawie dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano leczenie bólu ostrego (pourazowego lub pooperacyjnego) ustalono, że w Szpitalu respektowano wynikające z art. 20a *upp* prawo pacjenta do leczenia bólu. Analiza indywidualnych kart obserwacji natężenia bólu i skuteczności podjętych działań przeciwbólowych tych pięciu pacjentów wykazała bowiem, że prowadzono systematyczny monitoring natężenia bólu wg skali NRS²⁴, wdrożono leczenie przeciwbólowe i monitorowano skuteczność tego leczenia również wg skali NRS.

(akta kontroli str. 124-128)

3.6. Od 20 lipca 2012 r. w Szpitalu obowiązywała procedura *Profilaktyka, leczenie i pielęgnowanie pacjenta z odleżynami*. Zawierała ona m.in. podstawowe zasady profilaktyki odleżyn, w tym m.in. określenie stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton oraz zasady postępowania zapobiegawczego (codzienna dokładna kontrola stanu skóry, właściwe ułożenie pacjenta i regularna zmiana pozycji, stosowanie ochronnych podkładek, ułożenie na materacu przeciwoodleżynowym, przeprowadzanie zabiegów higienicznych).

²⁰ Artroskopii leczniczych stawu kolanowego, operacji zespołu cieśni nadgarstka, operacji palucha koślawego i pozostałych hospitalizacji. Na wykonanie każdego z tych zabiegów prowadzono osobną listę oczekujących.

²¹ Poradni: Kardiologicznej, Neurologicznej i Dermatologicznej.

²² Wg danych przedstawionych przez kierownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych, w latach 2019-2020 nie było przypadków rezygnacji pacjentów z wizyt w tych poradniach.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm. Dalej: *uśoz*.

²⁴ Skala określająca 11 stopni nasilenia bólu (Numerical Rating Scale).

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej pięciu pacjentów ustalono, że udokumentowano w niej profilaktykę odleżyn. Z dokumentacji tej wynika, że u pacjentów systematycznie stosowano metody przeciwoleżynowe, polegające m.in. na zmianie ułożenia pacjentów lub zmianie pościeli, toalecie przeciwoleżynowej, toalecie całkowitej lub częściowej. W dokumentacji medycznej żadnego pacjenta nie udokumentowano zaś przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton, co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu, ze względu na małą liczbę pacjentów z odleżynami, nie prowadzono analiz pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. (akta kontroli str. 11, 129-139)

3.7. Zarządzeniami z 12 grudnia 2011 r. i 28 sierpnia 2023 r. w Szpitalu powołano zespoły ds. zdarzeń niepożądanych. Nie prowadziły one monitorowania i analizowania w Szpitalu zdarzeń niepożądanych, co szerzej opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W zarządzeniu z 2011 roku wskazano, że zgłoszenie zdarzenia niepożądanego powinno być traktowane jako całkowicie poufne, nie służy identyfikacji pacjenta i personelu, zawsze łączy się z analizą i szukaniem przyczyn oraz inicjuje działanie naprawcze zdarzeń niepożądanych. Od 12 grudnia 2011 r. w Szpitalu obowiązywała również instrukcja *Zasady postępowania w zarządzaniu ryzykiem zdarzeń niepożądanych*. Określała ona sposób postępowania w sytuacji wystąpienia zdarzenia niepożądanego, w tym m.in. obowiązek wypełnienia karty zdarzenia niepożądanego, zawierającej: [1] datę i miejsce zdarzenia, [2] opis zdarzenia, [3] opis przyczyn zdarzenia, [4] opis podjętych działań korygujących, [5] ocenę działań korygujących przez kierującego oddziałem i Zespół ds. zdarzeń niepożądanych. W instrukcji przewidziano również, że Zespół ds. zdarzeń niepożądanych analizuje zgłoszone przypadki wg kolejności zdarzeń, zidentyfikowania przyczyn, przygotowania planu działań, sporządzenia raportu i przekazania personelowi. (akta kontroli str. 11, 137-155)

W latach 2019-2023 (do 2 listopada) w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych Szpitala odnotowano kolejno cztery, dwa, zero, piętnaście i 20 zdarzeń niepożądanych, w tym 22 (54%) zdarzenia dotyczyły upadków pacjentów lub samowolnego oddalenia się pacjenta ze Szpitala. Dyrektor odnosząc się do liczby zdarzeń niepożądanych odnotowanych w rejestrze wyjaśniła: *w mojej ocenie liczba zdarzeń niepożądanych w Szpitalu pozostaje na podobnym poziomie. W ostatnim okresie wzrosła natomiast świadomość personelu Szpitala w zakresie konieczności zgłaszania takich zdarzeń i odnotowywania ich w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych, który od września 2022 roku prowadzony jest centralnie w systemie HIS. Analiza dokumentacji 10 takich zdarzeń wykazała, że - zgodnie z obowiązującą w Szpitalu instrukcją - we wszystkich przypadkach wypełniono karty zdarzeń niepożądanych, zawierające datę i miejsce zdarzenia, opis zdarzenia, opis podjętych działań korygujących oraz ich ocenę przez kierujących oddziałami (przełożonych). Osiem kart zawierało też opis przyczyn zdarzeń, a w dwóch przypadkach takich przyczyn nie ustalono. W dwóch kartach zawarto ocenę podjętych działań korygujących przez Zespół ds. zdarzeń niepożądanych, a w ośmiu przypadkach takiej oceny nie było, co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.* (akta kontroli str. 137-155, 223-226)

3.8. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że *od 1.01.2019 r. w Szpitalu nie było przypadków odmowy udzielenia świadczeń w związku z powołaniem się przez lekarzy na klauzulę sumienia.* (akta kontroli str. 156)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W księdze Szpitala wg stanu na 20 września 2023 r. zamieszczonej w RPWDL wykazane były dwie komórki organizacyjne, które faktycznie nie funkcjonowały w Szpitalu. Od 12 lipca oraz od 1 września 2021 r. wpisane były Oddział okulistyki jednego dnia oraz Poradnia chorób płuc i gruźlicy, które nie udzielały świadczeń. Brak wykreślenia od tego czasu ww. jednostek z rejestru stanowił naruszenie art. 107 ust. 1 *udl*, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest zobowiązany zgłaszać wojewodzie wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania. Dyrektor i kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych wyjaśnili, że *wniosek o wpis do RPWDL złożono w związku z planowanym otwarciem Oddziału i wnioskiem o podpisanie umowy z NFZ na udzielanie świadczeń*

zdrowotnych. Najprawdopodobniej tak samo było w przypadku ww. poradni. Pomimo iż komórki te nie rozpoczęły działalności, przez przeoczenie nie zawniosowano o wykreślenie ich z tego rejestru. (akta kontroli str. 79-97)

2. Wewnątrz budynków wszystkich trzech objętych oględzinami jednostek organizacyjnych Szpitala nie były umieszczone niektóre informacje wymagane § 1 rozporządzenia ws. OWU:

- w Poradni Endokrynologicznej nie były wywieszane dla pacjentów informacje dotyczące adresu i numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz informacje dotyczące godzin udzielania świadczeń,
- w Oddziale Psychiatrycznym nie były również zamieszczone informacje dotyczące numerów telefonów alarmowych 112 i 999, obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego,
- a w Oddziale Rehabilitacji nie były także umieszczone informacje dotyczące zasad zapisów na porady i wizyty, trybu składania skarg i wniosków, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ oraz informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Dyrektor i główny specjalista koordynator ds. jakości wyjaśnili, że *informacje te nie były wywieszane przez niedopatrzenie. Zostaną one uzupełnione.* (akta kontroli str. 98-103)

3. W dokumentacji medycznej pięciu pacjentów (tj. całej analizowanej) Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie udokumentowano przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton. Tymczasem zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą podstawowym elementem wprowadzenia właściwych działań profilaktycznych jest określenie stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami w tej skali (oceniającej w punktach ryzyko odleżyn). Dyrektor wyjaśniła, że *wynikało to z braku przeszkolenia personelu medycznego w zakresie prowadzenia odpowiedniej dokumentacji w systemie HIS. Chcę podkreślić, że na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii pracuje doświadczony personel, który jest świadomy wysokiego ryzyka powstania odleżyn u pacjentów nieprzytomnych.* (akta kontroli str. 129-136, 223-226)

4. Zespół ds. zdarzeń niepożądanych nie sporządził i nie przedstawił Dyrekcji rocznych raportów zawierających analizę zdarzeń niepożądanych w Szpitalu za lata 2019-2022, co było niezgodne z § 2 zarządzenia nr 7/2011 Dyrektora Szpitala z 12 grudnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych Bezpieczny Szpital-Bezpieczny Pacjent. Z wyjaśnień Dyrektor wynika, że spowodowane to było zwłoką w powołaniu nowych członków Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych, z powodu przejścia na emeryturę przewodniczącego i koordynatora zespołu, powołanego ww. zarządzeniem z 12 grudnia 2011 r. (akta kontroli str. 11, 137-155, 223-226)

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

(akta kontroli str. 137-155, 223-226)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentom umożliwiono umawianie się drogą elektroniczną na wizyty ambulatoryjne. W miarę możliwości podejmowano też działania w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia. Zapewniono warunki udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej i leczenia bólu. Wprowadzona w Szpitalu procedura zdarzeń niepożądanych zapewniała poufność danych pacjentów i personelu, a analiza 10 takich zdarzeń wykazała, że w każdym przypadku podejmowano działania naprawcze. Jednak w ośmiu (z 10 badanych) sprawach Zespół

ds. zdarzeń niepożądanych nie dokonał oceny tych działań, wbrew obowiązującym w Szpitalu przepisom wewnętrznym. Zespół ten nie sporządził także rocznych analiz takich zdarzeń. Ponadto u wszystkich pięciu analizowanych pacjentów nie udokumentowano przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton. Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości polegały na braku udostępnienia pacjentom w Szpitalu niektórych informacji wymaganych § 1 *rozporządzenia ws. OWU* i wykazywaniu w RPWDL dwóch komórek organizacyjnych, które faktycznie nie funkcjonowały.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 roku ustalono m.in., że we wszystkich przypadkach dokumentacja:

- zgodnie z § 1 ust. 2 *rozporządzenia ws. dokumentacji* była prowadzona w postaci papierowej i elektronicznej, przy czym we wszystkich sprawach część dokumentów prowadzona była jednocześnie w formie papierowej i elektronicznej, co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,
- zawierała oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości, zgodnie z § 25 ust. 1 pkt 1 *upp*,
- zawierała oznaczenie Szpitala ze wskazaniem jego komórki organizacyjnej w której udzielono świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 25 ust. 1 pkt 2 *upp*,
- zawierała opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 25 ust. 1 pkt 3 *upp*,
- zgodnie z § 10 pkt 3 *rozporządzenia ws. dokumentacji* zawierała oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie,
- zgodnie z § 10 pkt 4 *rozporządzenia ws. dokumentacji* zawierała informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania i procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji,
- w formie elektronicznej była uzupełniana niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w dokumentacji w postaci papierowej wpisów dokonywano w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, zgodnie z § 4 pkt 1 *rozporządzenia ws. dokumentacji*,
- zawierała oświadczenia wskazane w § 8 *rozporządzenia ws. dokumentacji*.

(akta kontroli str. 158-163)

4.2. Na 19 września 2023 r. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określało Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 36/2022 z 1 grudnia 2022 r. Ustalono w nim jedynie opłatę za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej w wysokości 0,45 zł brutto, co było zgodne z art. 28 ust. 4 pkt 2 *upp*. Z kolei ogólne warunki udostępniania dokumentacji medycznej uregulowano w *Aneksie nr 2 z 17 stycznia 2000 r. do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 14/99 z 20 kwietnia 1999 r. w sprawie dokumentacji medycznej Szpitala*. Przewidziany w uregulowaniach wewnętrznych Szpitala sposób udostępniania dokumentacji medycznej nie był w pełni zgodny z art. 27 ust. 1 *upp*. W przepisach wewnętrznych Szpitala nie przewidziano bowiem możliwości udostępniania dokumentacji medycznej m.in. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Analiza 20 przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej wykazała jednak, że Szpital faktycznie umożliwiał uzyskanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt. 4 *upp*. W związku z tym zdaniem NIK niepełne regulacje wewnętrzne należałoby dostosować do prawidłowo funkcjonującej praktyki. Analiza ww. 20 przypadków wykazała, że:

- we wszystkich sprawach pacjenci byli informowani o prawie wglądu do dokumentacji medycznej,
- każdą dokumentację medyczną udostępniono na podstawie złożonego wniosku, w tym w 17 sprawach pisemny wniosek został złożony osobiście w Szpitalu, a w trzech przypadkach - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (mailem),

- każdą z dokumentacji udostępniono osobom wskazanym w art. 26 ust. 1 *upp*, tj. w 17 przypadkach pacjentom, w dwóch - ich przedstawicielom ustawowym i w jednym - osobie upoważnionej,
- zgodnie ze złożonymi wnioskami Szpital udostępnił dokumentację w formie kopii, w tym 17 dokumentacji odebrano w Szpitalu za pokwitowaniem, dwie przesłano listem poleconym, a jedną przesłano w formie zaszyfrowanej za pośrednictwem środka komunikacji elektronicznej (hasło do odszyfrowania pliku przekazano innym kanałem),
- fakt udostępnienia wszystkich dokumentacji medycznej odnotowano w systemie HIS z podaniem danych wskazanych w art. 27 ust. 4 *upp*,
- nie pobrano opłat za udostępnienie żadnej z dokumentacji, zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 *upp*,
- dokumentację medyczną udostępniano bez zbędnej zwłoki: w 15 przypadkach w dniu złożenia wniosku, a w pięciu sprawach – do pięciu dni od złożenia wniosku.

Dyrektor odnosząc się do braku ustalenia w Szpitalu opłat za udostępnienie jednej strony wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych wyjaśniła, że w Szpitalu zdecydowana większość dokumentacji medycznej udostępniana jest w formie kopii albo wydruku dokumentacji medycznej i opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej w takiej formie została ustalona. Ponadto prawie całość udostępnianej pacjentom dokumentacji jest zwolniona z opłat ze względu na treść art. 28 ust. 2a pkt 1 *upp*. Wskazując przyczyny braku w przepisach wewnętrznych Szpitala możliwości udostępniania dokumentacji medycznej m.in. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej wyjaśniła zaś, że wynikało to z braku aktualizacji wewnętrznych przepisów Szpitala w tym zakresie. Szpital udostępnia jednak dokumentację medyczną m.in. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kierując się przede wszystkim postanowieniami *upp*. (akta kontroli str. 11, 164-168, 223-226)

4.3. Dokumentacja medyczna prowadzona w Szpitalu w formie papierowej przechowywana była w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo i zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Polityką Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych*. Oględziny dwóch pomieszczeń Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych i Archiwum Szpitala – gdzie przekazywano papierową dokumentację medyczną po zakończonych hospitalizacjach – wykazały, że była ona przechowywana w zamykanych pomieszczeniach, sprzątanym tylko w obecności pracownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego z Rejestrem Usług Medycznych. W Szpitalu oddzielnie przechowywano dokumentację medyczną, którą zgodnie z art. 29 ust. 1 oraz ust. 1 pkt. 1, 2 i 4 *upp* przechowuje się odpowiednio przez 20, 30, 10 i 22 lata. Również oględziny trzech oddziałów szpitalnych²⁵ wykazały, że zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Polityką Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych* dokumentacja medyczna przechowywana była w zamykanych pomieszczeniach, tj. w pokojach lekarzy, pielęgniarek i sekretarek medycznych.

Z kolei oględziny czterech komputerów wykorzystywanych w oddziałach Szpitala²⁶ do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wykazały m.in., że - zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Instrukcją Obsługi Systemu Informatycznego* - dostęp do poszczególnych systemów informatycznych możliwy był po wprowadzeniu indywidualnego loginu i hasła użytkownika. Nie stwierdzono przypadków wykorzystywania tych samych danych autoryzacyjnych (loginu i hasła) przez kilku użytkowników. We wszystkich przypadkach hasła miały liczbę znaków nie mniejszą niż wymagana ww. instrukcją. Na wszystkich komputerach objętych oględzinami program antywirusowy posiadał aktualną bazę sygnatur wirusów, a użytkownicy nie pracowali z uprawnieniami administratora. Także oględziny pozostałych metod zabezpieczenia elektronicznej dokumentacji medycznej wykazały, że system HIS był aktualny, a pomieszczenia serwerowni Szpitala - odpowiednio zabezpieczone. W pomieszczeniu tym na macierzach dyskowych przechowywano przyrostowe i pełne kopie zapasowe baz danych systemu HIS. Ponadto pełne kopie zapasowe na innym dysku przechowywano w oddzielnym zamykanym pomieszczeniu. W Szpitalu

²⁵ Oddziały: Chorób Wewnętrznych, Kardiologiczny i Położniczo-Ginekologiczny.

²⁶ Oddziały: Dziecięcy, Urazowo-Ortopedyczny, Kardiologiczny i Chorób Wewnętrznych.

nie przeprowadzano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz zarządzania tym ryzykiem, co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 169-210)

Analiza przeprowadzona na próbie 15 (z 151) pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Szpitalu na dzień 31 października 2023 r. wykazała, że zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Polityką Ochrony Danych Osobowych* posiadały one upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, a dostęp do danych osobowych w systemie HIS Szpitala był adekwatny do realizowanych obowiązków. (akta kontroli str. 211)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Część dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2022 roku prowadzona była jednocześnie w formie papierowej i elektronicznej, co było niezgodne z § 1 ust. 3 *rozporządzenia ws. dokumentacji*. Dotyczyło to m.in. kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (20 przypadków), kart zleceń lekarskich (14), wyników badań laboratoryjnych (17), danych z wywiadu i badania przedmiotowego (osiem), protokołów operacyjnych (jeden). Dyrektor wyjaśniła: *Szpital wdraża system dokumentacji elektronicznej. W okresie przejściowym zdarzają się sytuacje, w których z przyzwyczajenia personelu dokumentacja jest błędnie dublowana. Systematycznie pracujemy nad eliminacją powyższego.*

NIK zauważa, że bez względu na stopień zaawansowania w Szpitalu prac nad wdrożeniem elektronicznej dokumentacji medycznej, zakazane jest prowadzenie poszczególnych dokumentów jednocześnie w formie papierowej i elektronicznej. Taka praktyka może bowiem doprowadzić do sytuacji, w której zostaną wytworzone dwa dotyczące tego samego dokumenty medyczne o różnej treści²⁷. (akta kontroli str. 158-163, 223-226)

2. W Szpitalu nie przeprowadzano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej, co było niezgodne z § 1 ust. 5 pkt. 1 *rozporządzenia ws. dokumentacji*. Dyrektor wyjaśniła, że w Szpitalu systematycznie identyfikowane są obszary z możliwością występowania zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej. Interwencje w celu ich minimalizacji podejmowane są na bieżąco. Mamy świadomość konieczności bardziej holistycznego podejścia do ryzyka wystąpienia zagrożeń i systematycznie wdrażamy elementy skutecznego systemu zarządzania ryzykiem. (akta kontroli str. 11, 223-226)

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja medyczna pacjentów była prowadzona systematycznie, czytelnie oraz była kompletna i zawierała wszystkie elementy wymagane *upp* i *rozporządzeniem ws. dokumentacji*. Dokumentacja ta zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej była zabezpieczona zgodnie z przepisami wewnętrznymi Szpitala i prawidłowo udostępniana. Stwierdzono jednak, że w Szpitalu nie przeprowadzano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej, a część dokumentacji medycznej 20 analizowanych pacjentów prowadzona była jednocześnie w formie papierowej i elektronicznej, co było niezgodne z § 1 ust. 5 pkt. 1 oraz § 1 ust. 3 *rozporządzenia ws. dokumentacji*.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

5.1. Oględziny trzech oddziałów szpitalnych²⁸ wykazały, że zapewniono w nich przestrzeganie prawa pacjentów do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i pobytu w Szpitalu. Ustalono bowiem, że:

- na oddziałach było od pięciu do ośmiu sal chorych z indywidualnymi łazienkami wyposażonymi m.in. w sedes, natrysk, umywalkę, mydło, ręczniki papierowe i papier toaletowy,

²⁷ Np. w przypadku wprowadzenia dodatkowych danych w wersji elektronicznej po uprzednim wydrukowaniu wersji papierowej.

²⁸ Oddziały: Chorób Wewnętrznych, Kardiologiczny i Położniczo-Ginekologiczny.

- w poszczególnych salach chorych było od jednego do pięciu miejsc na hospitalizację pacjentów,
- łóżka na salach chorych wieloosobowych były oddzielone parawanami,
- w oddziałach nie było pacjentów hospitalizowanych na korytarzach oddziałów,
- na oddziałach znajdowały się wyodrębnione gabinety zabiegowe lub gabinety badań,
- stan techniczny sal chorych i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych był bardzo dobry oraz zachowana była w nich czystość,
- na oddziałach karty gorączkowe pacjentów umieszczone były na łóżkach w specjalnych pojemnikach uniemożliwiających odczyt danych z dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 205-208)

Zasady odwiedzin pacjentów określono w Regulaminie organizacyjnym Szpitala. Zapewniały one poszanowanie intymności i godności pacjentów. W regulaminie wskazano bowiem godziny odwiedzin (od 13.00 do 19.00 w dni powszednie i od 11.00 do 18.00 w pozostałe dni), maksymalną liczbę osób odwiedzających pacjenta jednorazowo (dwie osoby), odrębne zasady odwiedzin w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pododdziale Noworodków oraz na salach intensywnego nadzoru medycznego poszczególnych oddziałów. Postanowiono też, że odwiedzający mają obowiązek opuścić sale chorych na czas wykonywania badania pacjentów, obchodu lekarskiego i innych zdarzeń na prośbę personelu Szpitala.

(akta kontroli str. 212-214)

5.2. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala ujęto też prawo pacjentów od godnej śmierci. Wskazano tam, że pacjent ma prawo do odpowiedniego traktowania w stanach terminalnych, ulgi w cierpieniach oraz godnego umierania w obecności osób bliskich i przyjaciół. Doprecyzowano, że Szpital należy i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uwzględniając konieczność zachowania godności należy zmarłemu, przygotowuje zwłoki zmarłego do wydania ich osobom uprawnionym do ich pochowania. Dyrektor wyjaśniła też, że *w Szpitalu propagowane jest indywidualne podejście do pacjenta w fazie terminalnej. W praktyce stosuje się system ATOS (akceptowalny poziom cierpienia, towarzyszenie, odpowiedzialność, wsparcie duchowe i psychiczne). Stosuje się także zasadę unikania zaciekleści terapeutycznej i nadmiernej medykalizacji postępowania medycznego.*

(akta kontroli str. 212-214, 223-226)

Brak respektowania prawa do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg zgłaszanych do Szpitala przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli str. 12-13)

5.3. System obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu obejmował:

- w Oddziale Psychiatrycznym: miejsca ogólnodostępne²⁹, świetlicę i cztery pokoje łóżkowe (na podstawie art. 23a *udl*), izolatkę (na podstawie art. 18e ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*) oraz teren przyległy na zewnątrz,
- w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym: miejsca ogólnodostępne³⁰, podjazd dla karettek i teren przyległy na zewnątrz,
- wejście do Poradni Zdrowia Psychicznego (od zewnątrz).

Monitoring wizyjny nie obejmował pomieszczeń sanitarnych ani socjalnych. Obrazy uzyskane w wyniku monitoringu miejsc ogólnodostępnych, zawierające dane osobowe, były przechowywane nie dłużej niż 21 dni, zgodnie z art. 23a ust. 2 *udl* i obowiązującą w Szpitalu *Polityką Monitoringu Wizyjnego*. Wyjątek stanowił zapis z monitoringu izolatki, który przechowywano zbyt krótko, co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 215-222)

Sposób obserwacji pomieszczeń był określony w *Polityce Monitoringu Wizyjnego*. Informacja o takim monitoringu była udostępniona poprzez rozmieszczenie tablic z piktogramem kamery. Informację o stosowaniu monitoringu wizyjnego zamieszczono w czasie kontroli również na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli str. 215-222)

²⁹ Wejście, hol, łącznik, korytarz.

³⁰ Wejście, poczekalnia, rejestracja, korytarz.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że zapis z monitoringu wizyjnego izolatki Oddziału Psychiatrycznego przechowywano tylko przez dwa miesiące, pomimo że zgodnie z art. 18e ust. 6 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* taki zapis należy przechowywać co najmniej przez 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy. Dyrektor wyjaśniła: *brak zapisu monitoringu z izolatki za wcześniejszy okres spowodowany był błędnymi ustawieniami parametrów zapisu obrazu. Zbyt wysoka rozdzielczość zapisu obrazu spowodowała zapelnienie pojemności rejestratora zainstalowanego w lipcu 2023 roku i nadpisanie danych za okres od sierpnia do września 2023 roku. W momencie stwierdzenia takiego stanu rzeczy w trakcie kontroli NIK zmieniono parametry zapisu obrazu, co umożliwi zachowanie zapisu za okres od 12 do 13 miesięcy.* (akta kontroli str. 209-210, 223-226)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie respektowanie prawa do poszanowania intymności i godności pacjentów poprzez organizację i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. Na wszystkich poddanych oględzinom oddziałach panowały warunki techniczne zapewniające poszanowanie prawa pacjentów do intymności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych i chroniące ich prywatność. Wprowadzone w Szpitalu rozwiązania w zakresie monitoringu wizyjnego były zgodne z obowiązującymi przepisami. Stwierdzono jednak nieprawidłowość polegającą na zbyt krótkim przechowywaniu zapisu z monitoringu izolatki Oddziału Psychiatrycznego.

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. Zaktualizowanie danych Szpitala w RPWDL i w Regulaminie organizacyjnym.
2. Udostępnianie pacjentom wszystkich informacji wymaganych § 1 *rozporządzenia ws. OWU*.
3. Sporządzanie kart zdarzeń niepożądanych zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu przepisami wewnętrznymi oraz wyegzekwowanie od Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych analiz takich zdarzeń.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów tylko w formie elektronicznej albo papierowej, stosownie do § 1 ust. 3 *rozporządzenia ws. dokumentacji* i wykazywanie w niej (w razie potrzeby) przeprowadzenia oceny stopnia ryzyka zagrożenia odleżynami wg skali Norton, zgodnie z przepisami wewnętrznymi Szpitala.
5. Prowadzenie systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji medycznej, stosownie do § 1 ust. 5 pkt. 1 *rozporządzenia ws. dokumentacji*.
6. Przechowywanie zapisu z monitoringu izolatki Oddziału Psychiatrycznego przez wymagany okres wskazany w art. 18e ust. 6 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

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 Delegatury NIK w Białymstoku. 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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK* należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Białystok, dnia 14 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy:

Marek Skorupski
główny specjalista kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

Marcin Kiersnowski
główny specjalista kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

p. o. DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Janusz Pawelczyk
/podpisano elektronicznie/