



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.021.01.2023

Ewa Bonk-Woźniakiewicz

Dyrektor

Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej

w Mogilnie

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie <sup>1</sup> , 88-300 Mogilno, ul. Tadeusza Kościuszki 10
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Bonk-Woźniakiewicz - Dyrektor SPZOZ <sup>2</sup> , od 1 lutego 2020 r.; od 24 lipca 2019 r. do 31 stycznia 2020 r. - pełniąca obowiązki Dyrektora. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Marek Gotowała – Dyrektor, do 24 lipca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.</li><li>2. Przestrzeganie prawa do informacji.</li><li>3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.</li><li>4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.</li><li>5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2023 (I kwartał) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie <sup>3</sup> .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Andrzej Grzymysławski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/140/2023 z 25 września 2023 r.</li><li>2. Hanna Loch-Klimek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/138/2023 z 25 września 2023 r.</li><li>3. Łukasz Lisiecki, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/139/2023 z 25 września 2023 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-12)

---

<sup>1</sup> Dalej „SPZOZ” lub „Zakład”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Czynności kontrolne w jednostce zakończono 15 listopada 2023 r.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Zakładzie rzetelnie rozpatrywano skargi na działania szpitala dotyczące praw pacjenta oraz analizowano ich problematykę. SPZOZ zapewniał dostęp do informacji o prawach pacjenta w wymaganej formie w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej Zakładu. Objęte badaniem oświadczenia pacjentów o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego były przyjęte przez szpital na formularzach zgodnych z obowiązującym wzorem. Badana dokumentacja medyczna spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta<sup>6</sup> oraz zawierała elementy wymagane w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji<sup>7</sup>. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego personel, a dokumentacja była zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych. Warunki udzielania świadczeń i pobytu w szpitalu zapewniały pacjentom prawo do poszanowania ich intymności i godności. System obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami i chronił prywatność pacjentów. Zakład udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz prowadził harmonogramy przyjęć i listy oczekujących. W szpitalu stosowano profilaktykę przeciwoleżynową oraz respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu. Objęte badaniem zdarzenia niepożądane rejestrowano zgodnie z przyjętą w Zakładzie procedurą wewnętrzną.

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- niezgłoszenia organowi prowadzącemu Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>8</sup> zmiany adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w jednym, z siedmiu objętych kontrolą przypadków oraz nieterminowego zgłoszenia zakończenia działalności komórek organizacyjnych Zakładu w trzech przypadkach;
- niezgodności zapisów regulaminu organizacyjnego Zakładu ze stanem faktycznym oraz z danymi z księgi rejestrowej, w zakresie uregulowań dotyczących „Szpitala im. T. Chałubińskiego w Strzelnie”;
- niezapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do sierpnia 2019 r. i do szpitala w okresie objętym kontrolą oraz możliwości powiadamiania drogą elektroniczną o terminie świadczenia w przypadku rejestracji telefonicznej lub osobistej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;

---

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Tj. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.; dalej: „ustawa o prawach pacjenta”).

<sup>7</sup> Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji”).

<sup>8</sup> Dalej: „rejestr”.

- nieprzyjęcia do 9 października 2022 r. procedur zabezpieczania dokumentacji oraz niezacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej i niezarządzania tym ryzykiem.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>9</sup> kontrolowanej działalności

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

1.1. W latach 2019-2023 (do 16 października) do SPZOK wpłynęło odpowiednio: trzy, 12, siedem, 14 i pięć (łącznie 41) skarg. W tym, trzy skargi z 2020 r. i osiem z 2022 r. (łącznie 11) dotyczyło nieprzestrzegania przez szpital praw pacjenta w zakresie:

- świadczeń zdrowotnych (jedna skarga z 2020 r. i sześć z 2022 r.; łącznie siedem, tj. 63,6% wszystkich skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta);
- informacji oraz do poszanowania intymności i godności pacjenta (po jednej skardze w 2020 r.);
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (po jednej skardze w 2022 r.).

Jedna z ww. skarg z 2020 r., dotycząca poszanowania intymności i godności pacjenta została złożona przez pacjentkę oddziału ginekologiczno-położniczego.

(akta kontroli str. 14-16)

Zgodnie z § 20 ust. 4 pkt 5 regulaminu organizacyjnego SPZOK<sup>10</sup>, do Dyrektora Zakładu należało, m.in. przyjmowanie i rozpatrywanie skarg, zażaleń i uwag pacjentów korzystających ze świadczeń w podległych jednostkach i komórkach organizacyjnych lub ich opiekunów oraz kontrolowanie sposobów ich załatwienia. W § 21 ust. 2 pkt 9 regulaminu organizacyjnego powyższy obowiązek był przypisany także Zastępcy Dyrektora ds. leczenia. Do podstawowych zadań Rzecznika Praw Pacjenta należało, m.in. uczestnictwo w rozwiązywaniu spraw interwencyjnych oraz podejmowanie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi, którą wniósł pacjent (§ 39 ust. 1 pkt 4 i pkt 6 regulaminu organizacyjnego).

W SPZOK nie było innych, niż ww. uregulowań dotyczących przyjmowania, ewidencjonowania i rozpatrywania skarg pacjentów. Nie było także dokumentacji dotyczącej przeprowadzania przez kierownictwo szpitala okresowych analiz problematyki ww. skarg i wdrażania wniosków wynikających z tych analiz.

Dyrektor Zakładu wskazała, że:

---

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Przyjętego zarządzeniem nr 52/2020 Dyrektora SPZOK z dnia 14 września 2020 r. w sprawie ustalenia nowego Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie; ze zmianami przyjętymi zarządzeniami Dyrektora SPZOK nr 47/2021 z dnia 15 listopada 2021 r. i nr 28a/2023 z dnia 29 maja 2023 r. (dalej: „regulamin organizacyjny”). Poprzednio obowiązywał regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem nr 20/2018 Dyrektora SPZOK z dnia 6 listopada 2018 r.

- nie ustalono pisemnego regulaminu przyjmowania, ewidencjonowania i rozpatrywania skarg; wewnętrzne zasady dotyczące przyjmowania i ewidencjonowania skarg przyjęto w formie ustnej w ramach wyznaczania funkcji rzecznika praw pacjenta;
- tematy skarg były każdorazowo omawiane na spotkaniach z kierownictwem oddziałów szpitalnych i dyrektorem do spraw leczenia oraz wiązały się z zaleceniami dla personelu. Powyższe narady, prowadzone w formie odpraw lekarskich, nie były protokołowane z powodu ograniczeń personelu administracyjnego, małej liczby lekarzy i napiętego czasu realizacji świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 13, 17-21)

W wyniku badania wszystkich 11 ww. skarg ustalono, że:

- w każdej sprawie zostały podjęte działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie problematyki objętej skargą;
- skargi zostały rozpatrzone, tj., udzielono odpowiedzi wnoszącemu skargę w czasie od dwóch do 83 dni<sup>11</sup> od wpływu skargi do SPZOZ;
- w pięciu sprawach skargi uznano za zasadne<sup>12</sup>, w pozostałych sześciu, za niezasadne.

(akta kontroli str. 16)

1.2. W SPZOZ nie wprowadzono wewnętrznych uregulowań dotyczących badania stopnia zadowolenia pacjentów z jakości udzielanych przez Zakład świadczeń i przestrzegania praw pacjenta.

W okresie objętym kontrolą badanie satysfakcji pacjentów przeprowadzono w SPZOZ dwukrotnie - we wrześniu 2021 r. i w grudniu 2022 r. Analiza wyników badania przeprowadzonego wśród pacjentów oddziałów szpitalnych w grudniu 2022 r.<sup>13</sup> wskazywała, że szpital bardzo dobrze oceniło 88,5% ankietowanych, w tym, w zakresie: przyjęcia pacjenta do szpitala – 85%, warunków lokalowych – 79,5%, żywienia – 56,6%, opieki pielęgniarskiej – 86,6%, opieki lekarskiej - 77,8%, samopoczucia pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu – 65,5%. W przypadku badania satysfakcji pacjentów oddziałów szpitalnych we wrześniu 2021 r., w SPZOZ nie było zagregowanych wyników ankiet w skali szpitala.

W Zakładzie nie było dokumentacji dotyczącej przeprowadzania przez kierownictwo szpitala okresowych analiz wyników badań satysfakcji pacjentów i wdrażania wniosków wynikających z tych analiz.

Dyrektor Zakładu wskazała, że:

- nie przyjęto wewnętrznych regulacji dotyczących badania satysfakcji pacjenta; badania te prowadzono poprzez opracowanie ankiet dla oddziałów szpitalnych i przychodni oraz umieszczenie urn na wypełnione kwestionariusze;
- wyniki badań były przedmiotem omawiania przez kierownictwo szpitala;

<sup>11</sup> Czas odpowiedzi był uzasadniony działaniami podejmowanymi w celu wyjaśnienia podniesionych zarzutów.

<sup>12</sup> W sprawach tych pacjenci, m.in. otrzymali odszkodowania i przeprosiny oraz przeprowadzono rozmowy z odpowiedzialnymi pracownikami szpitala.

<sup>13</sup> W badaniu wzięło udział (tj., wypełniło ankietę) 26 pacjentów.

— brak systematyczności prowadzenia badań wynikał z braku zespołu marketingu oraz z przekształcenia szpitala w jednostkę „covidową”, co praktycznie uniemożliwiało realizację ww. zadania.

(akta kontroli str. 17-21, 37-68)

1.3. W latach 2019-2023 (do 13 października) w SPZOZ zostało przeprowadzonych przez podmioty zewnętrzne 129 kontroli, w tym 106 w ramach nadzoru sprawowanego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Mogilnie.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą w SPZOZ zostało przeprowadzonych 14 audytów wewnętrznych w zakresie zgodności funkcjonowania Zakładu z przyjętą normą ISO 9001:2015<sup>14</sup>.

Powyższe kontrole nie dotyczyły problematyki przestrzegania praw pacjenta w szpitalu.

Dyrektor SPZOZ wskazała, że kontrole wewnętrzne dotyczące przestrzegania praw pacjenta były przeprowadzane w konsekwencji skarg wpływających do szpitala. Wnioski pokontrolne były formułowane w trakcie narad i spotkań z personelem, gdzie przekazywano informacje o sposobie poprawy procesów obsługi pacjenta. Powyższe nie było dokumentowane.

(akta kontroli str. 69-73)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

**OCENA CZĄSTKOWA**

NIK pozytywnie ocenia działalność Zakładu w ww. obszarze.

**OBSZAR**

## **2. Przestrzeganie prawa do informacji.**

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W SPZOZ nie było przyjętych wewnętrznych uregulowań określających sposób informowania pacjentów o ich prawach.

Informacja o prawach pacjenta była udostępniona w formie pisemnej na tablicach ściennych przy wejściu do szpitala i w korytarzach oddziałów<sup>15</sup> oraz na stronie internetowej SPZOZ. Na ww. stronie były zamieszczone także: wzory zgód na leczenie oraz wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, informacje dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych, klauzule informacyjne itp.

(akta kontroli str. 17-36, 74-75)

<sup>14</sup> Tj., standardem PN-EN ISO 9001:2015, określającym ogólne ramy dla zarządzania jakością w każdej organizacji, niezależnie od jej wielkości, typu czy charakteru prowadzonej działalności.

<sup>15</sup> Co ustalono w trakcie oględzin przeprowadzonych 23 października 2023 r.

2.2. W regulaminie organizacyjnym SPZOZ były określone elementy wymagane w art. 24 ust. 1 pkt 1-8 i pkt 13 ustawy o działalności leczniczej<sup>16</sup>; nie było elementów określonych w art. 24 ust. 1 pkt 9-12 tej ustawy<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 104-169)

2.3. Na stronie internetowej SPZOZ były zamieszczone informacje o przyznanej Zakładowi certyfikacji jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych<sup>18</sup> oraz materiały promujące działalność szpitala<sup>19</sup>.

(akta kontroli str. 74-89)

2.4. W załączniku do zarządzenia nr 44/2022 Dyrektora SPZOZ z 20 września 2022 r. w sprawie wzoru druków dotyczących dokumentacji medycznej<sup>20</sup> był wzór formularza świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, zawierający: określenie procedury wymagającej uzyskania zgody; imię i nazwisko pacjenta; numer historii choroby; wskazanie rodzaju schorzenia z adnotacją o przeprowadzeniu analizy przypadku, konieczności operacji i propozycji określonego zabiegu; wskazanie alternatywnych metod leczenia; informację o możliwości wystąpienia powikłań; adnotacje dotyczące: przeprowadzenia rozmowy pacjenta z lekarzem na temat leczenia, ewentualnych zastrzeżeń pacjenta do proponowanego leczenia operacyjnego, możliwości wystąpienia konieczności zmiany lub rozszerzenia zabiegu operacyjnego podczas jego trwania; oświadczenie pacjenta o zrozumieniu informacji zawartych w formularzu i świadomym wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na proponowany zabieg; daty i podpisy lekarza oraz pacjenta lub uprawnionego opiekuna.

(akta kontroli str. 90-102)

Objęte badaniem dziesięć zgód na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego<sup>21</sup> zostało udzielonych przez pacjentów na formularzu zgodnym z ww. wzorem.

(akta kontroli str. 103)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

---

<sup>16</sup>(Dz.U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.; dalej: „ustawa o działalności leczniczej”) Tj.: 1) nazwa podmiotu; 2) cele i zadania podmiotu; 3) struktura organizacyjna zakładu leczniczego; 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; 7) organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; 8) 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; 9) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

<sup>17</sup> Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego, dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

<sup>18</sup> Zgodnie z PN-EN ISO 9001:2015.

<sup>19</sup> [Strona SPZOZ](#) (dostęp w dniu 23 października 2023 r.).

<sup>20</sup> Dalej: „zarządzenie w sprawie wzoru druków”.

<sup>21</sup> Badaniem objęto 10 wypełnionych formularzy zgód na zabieg operacyjny, udzielonych przez pacjentów szpitala w ostatnim miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie przez NIK czynności kontrolnych, tj. we wrześniu 2023 r.

W regulaminie organizacyjnym SPZOK nie określono elementów wymaganych w art. 24 ust. 1 pkt 9-12 ustawy o działalności leczniczej, tj.:

- wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta;
- organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>22</sup> oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

(akta kontroli str. 104-169)

Dyrektor SPZOK wskazała, że:

- informacja dotycząca wysokości opłaty za wydanie dokumentacji medycznej została zawarta w zasadach udostępniania tej dokumentacji, opublikowanych na stronie internetowej Zakładu. Braki w regulaminie organizacyjnym, dotyczące ww. opłaty, a także organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat, zostaną niezwłocznie uzupełnione;
- wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny nie została określona w regulaminie organizacyjnym SPZOK z uwagi na brak warunków do dłuższego przechowywania zwłok w chwili tworzenia regulaminu organizacyjnego; warunki takie zostały stworzone dopiero w sierpniu 2022 r.;
- wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością zostały określone w obowiązującym w SPZOK cenniku, dostępnym w miejscu uiszczania tych opłat.

NIK zauważa, że ustawodawca w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, posługując się sformułowaniem „określa się”, w sposób jednoznaczny nałożył na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązek wskazania w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu elementów wymaganych w powyższym przepisie, niezależnie od określenia tych elementów w dokumentach innych, niż regulamin.

(akta kontroli str. 525-529)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

SPZOK zapewniał dostęp do informacji o prawach pacjenta w wymaganej formie w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej Zakładu, na której zamieszczono także informacje dotyczące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz materiały promujące działalność szpitala.

---

<sup>22</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 887 ze zm. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1194, ze zm., dalej: „OWU”).



Objęte badaniem oświadczenia pacjentów o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego zostały złożone w wymaganej formie, na formularzu zawierającym, m.in. określenie procedury wymagającej uzyskania zgody oraz informacje o możliwych ryzykach i powikłaniach, odpowiednio do rodzaju zabiegu. Jako nieprawidłowe, oceniono nieokreślenie w regulaminie organizacyjnym Zakładu elementów wymaganych w art. 24 ust. 1 pkt 9-12 ustawy o działalności leczniczej.

OBSZAR

### 3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

3.1. SPZOZ wpisany został do rejestru 18 kwietnia 1995 r. W okresie objętym kontrolą Zakład siedmiokrotnie składał wnioski do Wojewody Kujawsko-Pomorskiego o dokonanie zmian w księdze rejestrowej. Zmian tych dokonano w trzech przypadkach w terminie przekraczającym 14, 380 i 3343 dni od terminu wskazanego w art. 107 ust 1 ustawy o działalności leczniczej, co szerzej opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości. Ujawnione w księdze rejestrowej dane dotyczące komórek organizacyjnych odpowiadały stanowi faktycznemu oraz informacjom zawartym w regulaminie organizacyjnym, za wyjątkiem dwóch przypadków, co szerzej opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 104-169, 170-271, 407-408, 431-465)

3.2. SPZOZ, zgodnie z § 11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>23</sup>, udostępnił pacjentom<sup>24</sup> w miejscach udzielania świadczeń m.in. informacje o prawach pacjenta, godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, trybie składania skarg i wniosków, adresie i numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz komórki do spraw skarg i wniosków NFZ. Nie wszystkie jednak informacje wymagane przywołanym rozporządzeniem zostały przez Zakład podane do wiadomości pacjentów<sup>25</sup> (szczegółowy opis w sekcji stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 508-515)

3.3. Wg stanu na 31 grudnia 2022 r. w SPZOZ prowadzono oddzielnie dla wszystkich poradni i oddziałów harmonogramy przyjęć w systemie informatycznym oraz w aplikacji AP-KOLCE<sup>26</sup>. Listy te prowadzono na bieżąco każdego dnia roboczego, zapisując pacjentów na świadczenia zdrowotne według kolejności zgłoszeń, a raporty dotyczące list przekazywano do NFZ<sup>27</sup>. W okresie objętym kontrolą średni czas

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1194, ze zm., dalej: „OWU”).

<sup>24</sup> Co ustalono na podstawie oględzin przeprowadzonych 24 października 2023 r. w holu i ciągach komunikacyjnych, Poradni: Chirurgicznej, Ortopedycznej, Ogólnej, Kardiologicznej, Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Oddziale Chirurgicznym i Oddziale Pediatrycznym oraz na zewnątrz budynków, w których udzielane były świadczenia w Mogilnie, przy ul. T. Kościuszki 6 i 10.

<sup>25</sup> Ustalono, na podstawie oględzin z 24 października 2023 r.

<sup>26</sup> Aplikacja Kolejki Centralnie – aplikacja udostępniona przez Prezesa NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

<sup>27</sup> Badaniem objęto raporty przesłane do NFZ za grudzień 2019 r., 2020 r., 2021 r. i 2022 r.

oczekiwania na udzielenie świadczenia wyliczany był przez system informatyczny Zakładu.

Stwierdzono występowanie kolejek oczekujących na przyjęcie do poradni przyszpitalnych. Wg stanu na koniec lat 2019-2020, największa liczba oczekujących dotyczyła poradni:

- ortopedycznej, odpowiednio: 171, 219, 118 i 145 osób,
- kardiologicznej, odpowiednio: 53, 56, 136 i 112 osób oczekujących,
- neurologicznej, odpowiednio: 130, 24, 165, 183 osób (przypadki stabilne).

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na zaplanowaną wizytę w latach 2019-2022 wynosiła odpowiednio:

- 19, 96, 73 i 88 osób, co stanowiło: 0,6%, 3,0%, 1,8% i 2,4% pacjentów zarejestrowanych do Poradni Ortopedycznej,
- 42 osoby w latach 2019-2020 i 23 osoby w latach 2021 i 2022, co stanowiło: 0,1%, 7,7%, 8,3% i 4,2% zarejestrowanych do Poradni Kardiologicznej,
- 32, 119, 49 i trzy osoby, co stanowiło: 1,0%, 4,7%, 2,1% i 0,1% zarejestrowanych do Poradni Neurologicznej.

(akta kontroli str. 407-430)

Dyrektor SPZOZ podała, że w przypadku rezygnacji pacjenta z zaplanowanej wizyty, na zwolniony termin były umawiane osoby z kolejnego terminu, o czym pacjentów informowano telefonicznie.

(akta kontroli str. 535-538)

Wg stanu na koniec lat 2019-2022 nie wystąpiły przypadki osób oczekujących na przyjęcie na poszczególne oddziały szpitalne<sup>28</sup>.

(akta kontroli str. 427-430)

3.4. W SPZOZ umożliwiano pacjentom w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w szpitalu drogą elektroniczną:

- monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia poprzez Indywidualne Konto Pacjenta,
- umawianie na wizyty w okresie od września 2019 r. - nadal na świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej,
- powiadamiania o terminie świadczenia - w przypadku pacjentów zarejestrowanych poprzez e-rejestrację.

Odsetek pacjentów rejestrujących się drogą elektroniczną do świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyniósł do: 0,7% w 2019 r., 0,2% w 2020 r., 0,1% w 2021 r. oraz 0,6% w 2022 r.

(akta kontroli str. 466-469, 516-524, 535-538, 550-553, 555-561)

Dyrektor SPZOZ podała, że w latach 2019-2022 system rejestracji elektronicznej zakłócony był epidemią COVID-19 i ograniczeniami wprowadzonymi dla lekarzy podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 466-469)

---

<sup>28</sup> Oddziały: Chirurgiczny, Pediatriczny, Wewnętrzny, Ginekologiczno-położniczy.

3.5. Szpital w okresie objętym kontrolą, nie posiadał procedur wewnętrznych dotyczących monitorowania bólu u pacjenta. Na podstawie dokumentacji medycznej pięciu pacjentów Szpitala ustalono, że stosownie do art. 20a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta stosowano leczenie bólu, co potwierdzają zapisy prowadzone na Karcie zleconych leków i badań. W raportach dziennych i nocnych z dyżuru pielęgniarek systematycznie odnotowywano skuteczność prowadzonego leczenia bólu oraz zgłaszane przez pacjentów dolegliwości bólowe, co ustalono na podstawie dokumentacji pięciu pacjentów.

Dyrektor SPZOZ poinformowała, że pielęgniarki w czasie obserwacji pacjenta zbierały wywiad na temat natężenia bólu i skuteczności wdrożonego leczenia, o wynikach informowały lekarza, który podejmował dalsze decyzje. Informacje o zgłaszaniu bólu, pielęgniarki odnotowywały w raportach pielęgniarskich.

(akta kontroli str. 466-469, 550-553, 565, 585-586, 562)

3.6. SPZOZ w okresie objętym kontrolą monitorował odleżyny, zajmował się ich leczeniem i profilaktyką. Nie wprowadzono procedur dotyczących profilaktyki i leczenia odleżyn. Na podstawie dokumentacji medycznej pięciu pacjentów ustalono, że w kartach obserwacji i leczenia chorego z odleżynami, zaznaczano raz w tygodniu m.in.: lokalizację odleżyny, jej rozmiar, stopień, objawy oraz opisywano zastosowany sposób leczenia. W Zakładzie prowadzono m.in. codzienną obserwację skóry, aktywizowano i wprowadzano ćwiczenia ruchowe, oklepywano, nacierano i opatrywano rany, co odnotowywano w karcie przeprowadzonych czynności pielęgnacyjnych.

(akta kontroli str.466-476, 587-588, 563-564, 582)

Dyrektor SPZOZ podała, że w szpitalu prowadzono Karty obserwacji i leczenia chorego z odleżynami, które wprowadzone zostały w 2016 r. Opisu odleżyn dokonywano w pięciostopniowej skali Thorrance'a<sup>29</sup>. W Szpitalu nie rejestrowano liczby pacjentów z odleżynami w poszczególnych latach. Analizy liczby pacjentów z odleżynami były prowadzone raz w tygodniu i odnotowywane na karcie obserwacji odleżyn, jeżeli nie było zadawalających efektów leczenia – zlecana była zmiana sposobu leczenia i profilaktyki.

(akta kontroli str. 466-476, 525-529, 550-554, 563-564, 587-588)

3.7. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych został wdrożony w Szpitalu w 2022 r. poprzez wprowadzenie 27 października 2022 r. „Procedur monitorowania zdarzeń niepożądanych” oraz powołanie Komisji ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych. W latach 2019-2023 (III kwartał) w Szpitalu odnotowano pięć zdarzeń niepożądanych, w tym: trzy<sup>30</sup> w 2022 r. i dwa<sup>31</sup> w 2023 r.

---

<sup>29</sup> gdzie pierwszy stopień oznacza, że skóra jest zaczerwieniona, po nacisku blednie, a piąty stopień – martwica rozszerza się i dochodzi do warstwy mięśni, stawów, kości, w dniu rany widać czarne tkanki martwicze

<sup>30</sup> Zdarzenie niepożądane z 27 kwietnia, 20 lipca i 2 września 2022 r., tj. przed wprowadzeniem procedur monitorowania zdarzeń niepożądanych.

<sup>31</sup> Zdarzenia niepożądane z 19 kwietnia i 29 maja 2023 r., tj. po wprowadzeniu procedur monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Zgodnie z przyjętą procedurą wprowadzono kategorie zdarzeń niepożądanych oraz sposób postępowania w przypadku ich zaistnienia. Zapisano również, że zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest traktowane m.in. jako:

- całkowicie poufne;
- nie służy stygmatyzacji personelu;
- prowadzone jest niezależnie od rejestru skarg, wniosków i zażaleń pacjentów;
- nie służy identyfikacji pacjenta i personelu;
- inicjuje działania naprawcze;
- zawsze łączy się z analizą i szukaniem przyczyn.

Analiza sporządzonej dokumentacji po wystąpieniu dwóch zdarzeń niepożądanych w 2023 r. wykazała, że postępowanie Szpitala zgodne było z przyjętą w tym zakresie procedurą, tj. poinformowano bezpośredniego przełożonego o zaistniałym zdarzeniu, sporządzono kartę zdarzenia niepożądanego, w której wskazano okoliczności i przyczyny zdarzenia, opracowano zalecenia do dalszej bezpiecznej praktyki zawodowej oraz przeprowadzono szkolenie wewnętrzne w związku z zaistniałym zdarzeniem.

(akta kontroli str. 466-469, 566-581, 583-584)

3.8. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

(akta kontroli str. pytanie 466-470)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W jednym, na siedem sprawdzonych miejsc prowadzenia jednostki organizacyjnej<sup>32</sup>, SPZOZ nie dokonał zgłoszenia do księgi rejestrowej organowi prowadzącemu rejestr zmiany adresu udzielania świadczeń komórki organizacyjnej – Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. W księdze rejestrowej na dzień oględzin figurował adres ul. T. Kościuszki 6 w Mogilnie natomiast faktycznym miejscem udzielania świadczeń był adres: ul. T. Kościuszki 10 w Mogilnie, co stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 170-271, 431-465, 508-515)

Dyrektor SPZOZ wyjaśniła, że Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna mieściła się pierwotnie w budynku przy ul. Kościuszki 6, jednak w okresie pandemii COVID - 19, kiedy budynek został przekształcony w Szpital Covidowy dla bezpieczeństwa pacjentów tymczasowo przeniesiono świadczenia do pomieszczeń w Przychodni przy ul. Kościuszki 10 (o czym informowały tabliczki), a równocześnie przygotowywano inne pomieszczenia z bezpośrednim wejściem z zewnątrz na potrzeby gabinetu. Niestety w międzyczasie w związku z wybuchem wojny na Ukrainie pomieszczenia te zostały zagospodarowane na punkt konsultacyjny dla uchodźców. Obecnie zapadła decyzja o pozostawieniu punktu w obecnej

---

<sup>32</sup> Pracownie, poradnie, oddziały.

lokalizacji, co oznacza konieczność dokonania niezbędnej zmiany w rejestrze w trybie pilnym.

(akta kontroli str. 525-534)

NIK zauważa, że na podmiot wykonujący działalność leczniczą wpisany do rejestru, nałożono obowiązek zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych tym rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

2. W § 18 ust 3 pkt 2 regulaminu organizacyjnego<sup>33</sup> jako jednostka SPZOZ figurował Szpital im. T. Chałubińskiego w Strzelnie, mimo, że zgodnie z danymi z księgi rejestrowej i wnioskami z dnia 10 marca 2020 r. i 28 maja 2020 r., Zakład nie udzielał w ww. miejscu stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych.

(akta kontroli str. 104-271, 431-465)

Dyrektor SPZOZ wyjaśniła, że w regulaminie organizacyjnym nie zmieniono nazwy Szpitala im. T. Chałubińskiego w Strzelnie, gdyż rozważana była kwestia utworzenia w budynku w Strzelnie oddziału psychiatrycznego. Jednak pandemia zweryfikowała część planów dotyczących tego obiektu.

(akta kontroli str. 525-529)

NIK zauważa, że zapisy regulaminu organizacyjnego, dotyczące miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych powinny odpowiadać stanowi faktycznemu i być zgodne z danymi w księdze rejestrowej.

3. Wnioski o wpis do księgi rejestrowej złożono w trzech przypadkach w terminie przekraczającym 14, 380<sup>34</sup> i 3343<sup>35</sup> dni od terminu wskazanego w art. 107 ust 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 431-465)

Dyrektor SPZOZ wskazała, że przyczyną była nieuwaga przy wnioskowaniu zmian wpisu do Rejestru Wojewody, a w jednym przypadku, błąd pisarski - zamiast roku 2019 r., jako datę zakończenia działalności wpisano we wniosku rok 2018.

(akta kontroli str. 525-534)

4. Zakład nie zrealizował w pełni obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorców, ponieważ nie upublicznił wszystkich wymaganych informacji, tj.:
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, w przypadku Oddziału Chirurgicznego,
  - zasad zapisów na porady i wizyty do Poradni Specjalistycznych i Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej,

---

<sup>33</sup> Przyjętego zarządzeniem nr 52/2020 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie z 14 września 2020 r.

<sup>34</sup> Dyspozytornia.

<sup>35</sup> Poradnia Okulistyczna.

- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia do Poradni Specjalistycznych oraz Oddziału Chirurgii.

Powyższe stanowiło naruszenie §11 ust 4 pkt. 1, 3 i 11 OWU.

(akta kontroli str. 508-515)

Dyrektor wyjaśniła, że imiona i nazwiska osób kierujących pracą komórek organizacyjnych, w tym Oddziału Chirurgicznego zostały uzupełnione. Ponadto podała, że w SPZOZ istniała praktyka noszenia przez pracowników identyfikatorów z imieniem, nazwiskiem i funkcją. Zapisy na porady i wizyty zwyczajowo czynione były w rejestracji każdej przychodni POZ i AOS, a data ta weryfikowana była telefonicznie. Dyrektor wskazała, że wszystkie wymagane przepisami OWU informacje zostaną zamieszczone wewnątrz budynku SPZOZ.

(akta kontroli str. 525-529)

5. SPZOZ nie umożliwił pacjentom drogą elektroniczną:

- umawiania się na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do sierpnia 2019 r.;
- umawiania się na wizyty do szpitala w okresie objętym kontrolą;
- powiadamiania drogą elektroniczną o terminie świadczenia w przypadku, gdy pacjenci rejestrowali się telefonicznie lub osobiście na udzielanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w okresie objętym kontrolą,

mimo, że zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>36</sup>, z wyłączeniem okresu, o którym mowa w art. 7b ustawy o COVID<sup>37</sup> i zawieszenia wykonywania tego obowiązku, zgodnie z art. 7ab ustawy o COVID<sup>38</sup> świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej był obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

---

<sup>36</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

<sup>37</sup> Zgodnie z art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1327 ze zm., dalej: „ustawa o COVID”), na okres trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, zawieszony był obowiązek umożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, nałożony na świadczeniodawców w art. 23a ustawy o świadczeniach. Na mocy art. 36 ust. 1 ustawy o COVID, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

<sup>38</sup> Z dniem 29 listopada 2020 r. wszedł w życie art. 7ab ustawy o COVID, zgodnie z którym zawieszona jest wykonywanie przez podmiot leczniczy obowiązków przekazywania NFZ informacji dotyczących list oczekujących oraz umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Zawieszenie dotyczy podmiotów leczniczych, wobec których zostało wydane polecenie lub nałożony obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, które tym pacjentom udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku.

W okresie od 15 września 2020 r. do 31 marca 2022 r. na SPZOZ Wojewoda Kujawsko-Pomorski polecił realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem i/lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 466-469, 477-507, 516-524, 535-538, 550-553, 555-561)

Dyrektor SPZOZ poinformowała, że we wcześniejszym okresie Zakład nie posiadał modułu w systemie przychodni, który pozwalał na dokonywanie internetowej rezerwacji, nie dysponował w systemie szpitalnym modulem, który pozwoliłby dokonywać internetowej rezerwacji pacjenta do szpitala. Pacjenci rejestrujący się w sposób tradycyjny (telefonicznie lub osobiście) byli powiadamiani o wizycie przy dokonywaniu rezerwacji.

(akta kontroli str. 550-552, 561)

#### OCENA CZĄSTKOWA

SPZOZ zapewnił organizację udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wpisem w księdze rejestrowej oraz informacjami zawartym w regulaminie organizacyjnym, z wyjątkiem: adresu miejsca udzielania Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, niezgłoszenia przez ponad 9 lat zakończenia działalności Poradni Okulistycznej oraz niedokonania zmian w regulaminie organizacyjnym w związku z zakończeniem całodobowych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych – szpitalnych w Strzelnie. Zakład zapewnił pacjentom dostęp do informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz prowadził harmonogramy przyjęć i listy oczekujących na udzielenie świadczeń. W szpitalu zapewniano warunki udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej i leczenia bólu. Zdarzenia niepożądane rejestrowano zgodnie z przyjętą w Zakładzie procedurą.

#### OBSZAR

### **4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.**

Opis stanu faktycznego

4.1. W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. ustalono, że:

- nie wystąpiły przypadki sporządzania dokumentów jednocześnie w postaci papierowej i elektronicznej;
- dokumentacja spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta<sup>39</sup> oraz zawierała elementy określone w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- wpisy w dokumentacji były dokonane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, z oznaczeniem osób dokonujących wpisu;

---

<sup>39</sup> Tj. m.in. zawierała oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń zdrowotnych, datę sporządzenia.

- w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, system teleinformatyczny zapewniał wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację lub dokonującej wpisu lub innej zmiany, zgodnie z § 1 ust. 6 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- dokumentacja w postaci papierowej była prowadzona w sposób czytelny i w porządku chronologicznym;
- dokumentacja w 11 przypadkach<sup>40</sup> nie posiadała numeracji stron.

(akta kontroli str. 272, 274, 347-352)

4.2. W regulaminie organizacyjnym SPZOZ nie określono zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów szpitala. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej były opublikowane na stronie internetowej Zakładu, gdzie podano, że SPZOZ zapewnia realizację prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 26, 27 i 28 ustawy o prawach pacjenta oraz komunikatem Prezesa GUS w sprawie przeciętnego wynagrodzenia. Zamieszczone na stronie internetowej SPZOZ<sup>41</sup> zasady określały: podmioty uprawnione do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej, sposoby i formy udostępniania tej dokumentacji, wzory wniosków<sup>42</sup> i upoważnień, a także wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji i zwolnienia z tej opłaty. Ponadto, w zarządzeniu w sprawie wzorów druków były określone i wprowadzone do stosowania wzory „Oświadczenia o upoważnieniu lub braku upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej / udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta” oraz „Wniosku pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej”.

W SPZOZ nie było wewnętrznych, pisemnych uregulowań dotyczących weryfikacji wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

Dyrektor SPZOZ wskazała, że weryfikacja wniosków złożonych w formie papierowej odbywała się za okazaniem dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku udostępniania dokumentacji z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, w szpitalu stosowano szyfrowanie załączników. Hasło dostępu do plików przekazywano odrębnym kanałem (telefonicznie).

(akta kontroli str. 272, 274, 276-277, 283-285, 292, 303)

W wyniku badania wszystkich (tj. dwóch) przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. ustalono, że dokumentację tę udostępniono w czasie siedmiu i 13 dni od złożenia wniosków. W obu przypadkach wnioskodawcy byli zwolnieni z obowiązku uiszczenia opłaty, zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli str. 353)

---

<sup>40</sup> Dotyczących indywidualnych dokumentacji medycznych o numerach: 2653, 3002/10/22, 2101/22, 777/03/22, 201/01/22, 2583, 1621/22, 2889/2022, 1622/2022, 751/22, 2124/22.

<sup>41</sup> [Strona SPOZ](#) (dostęp w dniu 26 października 2023 r.)

<sup>42</sup> Składanych osobiście, drogą elektroniczną lub pocztową.



4.3. Do 9 października 2022 r. w SPZOZ nie było opracowanych i przyjętych do stosowania wewnętrznych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, o których mowa w § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. W szpitalu nie stosowano szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem<sup>43</sup>.

Dyrektor SPZOZ wskazała, że dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej była przechowywana na serwerach umieszczonych w wyznaczonych i zabezpieczonych pomieszczeniach szpitala. Zapewniono aktualizację oprogramowania, w tym w zakresie zabezpieczenia dokumentacji medycznej, co odpowiadało wytycznym, o których mowa w § 1 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Tworzono kopie zapasowe zasobów, przechowywane na oddzielnym serwerze. Dokumentacja medyczna w postaci papierowej była przechowywana na poszczególnych oddziałach szpitala, w pomieszczeniach do tego przeznaczonych, w zamkniętych na klucz szafach. Bezpośredni dostęp do dokumentacji miały wyłącznie uprawnione do tego osoby<sup>44</sup>. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego celu personel szpitala, posiadający stosowne upoważnienia nadane przez administratora.

(akta kontroli str. 272, 278-279, 285, 290-291, 296, 304-334)

Stwierzone  
nieprawidłowości

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

1. W objętej badaniem dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. w 11 przypadkach<sup>45</sup> nie było ponumerowanych stron dokumentacji, co stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, zgodnie z którym, strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

(akta kontroli str. 298, 347-352)

Dyrektor SPZOZ podała w wyjaśnieniach, że przypadki nienumerowania stron dokumentacji sporządzonej w postaci papierowej wynikały z braku bieżącej kontroli nad realizacją tego zadania przez odpowiedzialnych pracowników.

(akta kontroli str. 301)

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

(akta kontroli str. 272, 278-279, 336)

---

<sup>43</sup> Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego, dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

<sup>44</sup> Tj. sekretarka oddziału, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarki i lekarz.

<sup>45</sup> Dotyczących indywidualnych dokumentacji medycznych o numerach: 2653, 3002/10/22, 2101/22, 777/03/22, 201/01/22, 2583, 1621/22, 2889/2022, 1622/2022, 751/22, 2124/22.

Zastępca Dyrektora ds. organizacyjno-technicznych wyjaśnił, że nieopracowanie ww. procedur było spowodowane brakiem wykwalifikowanej w tym zakresie kadry pracowników.

(akta kontroli str. 336)

3. W szpitalu nie dokonywano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem, co było niezgodne z § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli str. 258)

Dyrektor SPZOZ wskazała, że powyższe wynikało z ograniczeń kadrowych.

(akta kontroli str. 301)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Objęta badaniem dokumentacja medyczna pacjentów szpitala spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz zawierała elementy określone w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego personel, a dokumentacje były zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: nienumerowania stron dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, nieprzyjęcia do 9 października 2022 r. procedur zabezpieczania dokumentacji oraz nieszacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej i niezarządzania tym ryzykiem.

#### OBSZAR

### **5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.**

Opis stanu faktycznego

5.1. Warunki udzielania świadczeń i pobytu w szpitalu zapewniały pacjentom prawo do poszanowania ich intymności i godności. Na oddziałach szpitalnych<sup>46</sup> były wyodrębnione pomieszczenia do przeprowadzania badań i wywiadów z pacjentami, przekazywania informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym i rokowaniach. Dostęp do ww. pomieszczeń był zapewniony także dla pacjentów leżących, nieporuszających się samodzielnie<sup>47</sup>.

W trakcie przeprowadzonych oględzin oddziałów szpitalnych<sup>48</sup> nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych, np. na korytarzu.

W szpitalu nie było regulaminu odwiedzin pacjentów. Możliwość odwiedzin była zapewniona bezpośrednio na salach chorych<sup>49</sup> oraz w wyodrębnionym pomieszczeniu<sup>50</sup>. Ograniczenia czasowe odwiedzin były wprowadzone wyłącznie na oddziale chirurgicznym i dotyczyły pacjentów po przeprowadzonych zabiegach.

<sup>46</sup> Oględzinami przeprowadzonymi 23 października 2023 r. objęto: Oddział Chorób Wewnętrznych (Dalej: Oddział Wewnętrzny), Oddział Pediatriczny, Oddział Chirurgii Ogólnej (Dalej: Oddział Chirurgii).

<sup>47</sup> Pacjenci przewożeni byli na łózkach lub wózkach.

<sup>48</sup> Badaniem objęto: Oddział Wewnętrzny, Oddział Chirurgii, Oddział Pediatriczny.

<sup>49</sup> Na Oddziale Wewnętrznym, Oddziale Chirurgii, Oddziale Pediatricznym.

<sup>50</sup> Na Oddziale Wewnętrznym.

W szpitalu do dyspozycji pacjentów były sale chorych, od jednoosobowych do czteroosobowych<sup>51</sup>. Każda z sal posiadała bezpośredni dostęp do indywidualnych węzłów sanitarnych, wyposażonych w umywalki z bieżącą, ciepłą i zimną wodą. Dodatkowo, na oddziale chirurgii wszystkie sale posiadały odrębne łazienki wyposażone w umywalkę, toaletę i prysznic, przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Przy łóżkach znajdowały się szafki na rzeczy osobiste pacjentów oraz stoliki.

Karty gorączkowe pacjentów<sup>52</sup> były przechowywane w zamykanych na klucz szafach, znajdujących się w gabinecie zabiegowym. W przypadku kart gorączkowych pacjentów oddziału chirurgii, karty zamieszczono przy łóżkach pacjentów w metalowych osłonach, uniemożliwiających wgląd w dane zawarte w karcie.

(akta kontroli str. 274, 354-364)

5.2. W szpitalu nie obowiązywały wewnętrzne procedury dotyczące zapewnienia prawa do umierania w spokoju i godności. Zgodnie z przyjętą praktyką, w celu zapewnienia atmosfery spokoju i prywatności oraz umożliwienia kontaktu z kapłanem, psychologiem, rodziną, pacjenci w stanie terminalnym byli umieszczani w osobnej sali<sup>53</sup>.

W okresie objętym kontrolą nierespektowanie prawa do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg.

(akta kontroli str. 274, 346, 355)

5.3. W Regulaminie organizacyjnym nie określono sposobu obserwacji pomieszczeń szpitala. Budynek szpitala był objęty monitoringiem wizyjnym, który dotyczył wyłącznie pomieszczeń ogólnodostępnych. Informacje o sposobie jego prowadzenia, celach i zasadach stosowania były opublikowane na stronie internetowej Zakładu<sup>54</sup>. Głównymi celami stosowania monitoringu były przede wszystkim: zapewnienie bezpieczeństwa oraz ochrony zdrowia i życia pracowników, klientów, a także innych osób znajdujących się na terenie Szpitala, zabezpieczenie mienia ruchomego i nieruchomego na terenie placówki, w tym zapobieganie kradzieżom i dewastacjom, zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Szpital na szkodę.

W Szpitalu było zainstalowanych łącznie 17 kamer<sup>55</sup>, znajdujących się m.in. w korytarzach oddziałów szpitalnych, przy wejściach na izbę przyjęć i blok operacyjny oraz na parkingach przyszpitalnych. Obrazy uzyskane z monitoringu ww. miejsc, zawierające dane osobowe, były przechowywane przez okres 20 dni, a następnie, nadpisywane kolejnymi danymi.

(akta kontroli str. 286-289, 369-370)

---

<sup>51</sup> Dotyczy pomieszczeń w budynku Szpitala przy ul. T. Kościuszki 6 w Mogilnie. Badaniem objęto: Oddział Wewnętrzny, Oddział Chirurgii, Oddział Pediatryczny.

<sup>52</sup> Oddziału Pediatrycznego i Oddziału Wewnętrznego

<sup>53</sup> Dotyczy pacjentów Oddziału Wewnętrznego Szpitala.

<sup>54</sup> Pod adresem: [strona SPZOZ](#).

<sup>55</sup> Wg stanu na dzień 12.10.2023 r.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działalność Zakładu w objętym kontrolą obszarze.

## IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Określenie w regulaminie organizacyjnym Zakładu wszystkich wymaganych elementów.
2. Uzupelnienie brakującej numeracji stron w papierowej dokumentacji medycznej.
3. Systematyczne szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzanie tym ryzykiem.
4. Zapewnienie zgodności regulaminu organizacyjnego Zakładu oraz danych księgi rejestrowej w zakresie zapisów dotyczących Szpitala im. T. Chałubińskiego w Strzelnie.
5. Terminowe zgłaszanie organowi prowadzącemu rejestr wszelkich zmian danych objętych tym rejestrem.
6. Zamieszczenie w budynkach Zakładu wszystkich wymaganych informacji.
7. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną do szpitala oraz powiadamiania w ten sposób o terminie świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wszystkich pacjentów.

## 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 Bydgoszczy. 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 dnia 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.

Bydgoszcz, 12 grudnia 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Bydgoszczy

p.o. Dyrektor  
(-) Tomasz Sobecki

kontrolerzy:

(-) Andrzej Grzymysławski  
główny specjalista kontroli  
państwowej

(-) Hanna Loch-Klimek  
specjalista kontroli państwowej

(-) Łukasz Lisiecki  
inspektor kontroli państwowej