



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.21.2.2023

Pani
Sylwia Kulewska
Prezes Zarządu Spółki Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
w Golubiu-Dobrzyniu
ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1E
87-400 Golub-Dobrzyń

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1E, 87-400 Golub-Dobrzyń ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sylwia Kulewska, Prezes Zarządu Spółki Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu, od 2 czerwca 2023 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Michał Kamiński, Prezes Zarządu Spółki Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu, od 16 kwietnia 2012 r. do 6 marca 2023 r. ³ ; Michał Rzekanowski, p. o. Prezesa Zarządu Spółki Szpital Powiatowy Sp. z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu, od 6 marca 2023 r. do 31 maja 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.2. Przestrzeganie prawa do informacji.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia czynności kontrolnych ⁴
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Jolanta Szydłowska-Hęsiak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/136/2023 z 25 września 2023 r.2. Monika Kazimierczak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/137/2023 z 25 września 2023 r. <p>(akta kontroli str. 1-4, 7-13, 15-16)</p>

¹ Dalej: „Szpital”.

² Dalej: „Prezes Szpitala” lub „Prezes Zarządu”.

³ Dalej: „były Prezes Szpitala” lub „były Prezes Zarządu”.

⁴ Tj. 27 listopada 2023 r.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu podejmowano działania mające na celu przestrzeganie praw pacjenta. Sprawowano jednak niewystarczający nadzór nad ich respektowaniem, skutkiem czego wszystkie skargi pacjentów z ww. zakresu zostały rozpatrzone z naruszeniem przepisów wewnętrznych. Regulaminy organizacyjne Szpitala z 2012 r. i 2023 r. zawierały zapisy naruszające art. 24 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷. Pomimo obowiązku wynikającego z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w odniesieniu do trzech komórek organizacyjnych Szpitala, nie zgłoszono Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu⁸ zmian danych objętych Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁹, a w przypadku dwóch kolejnych, zmiany danych objętych rejestrem zgłoszono z naruszeniem terminu wynikającego z ww. przepisu.

Pacjentom Szpitala nie umożliwiono m.in. umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, co było niezgodne z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰. Listy oczekujących na przyjęcie do oddziałów Szpitala prowadzono z naruszeniem art. 20 ust. 2 pkt 3 ww. ustawy o świadczeniach, w ograniczonym zakresie poddawano je weryfikacji oraz bez należytej staranności raportowano do Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹ dane dotyczące liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych. Nierzetelnie pobierano też od pacjentów zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu zapewniono odpowiednią profilaktykę przeciwoleżynową i leczenie bólu nie odnotowując jednak w dokumentacji medycznej jakościowej jego oceny. Identyfikowano zdarzenia niepożądane, nie dokonywano jednak ich analizy i oceny w celu podjęcia działań służących poprawie funkcjonowania Szpitala.

Badana dokumentacja medyczna spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹² oraz zawierała elementy wymagane w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹³. Do 17 sierpnia 2023 r. nie opracowano jednak udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania oraz nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej i nie zarządzano tym ryzykiem.

NIK pozytywnie ocenia przeprowadzenie badania satysfakcji pacjentów, udostępnianie pacjentom informacji o ich prawach oraz o godzinach i miejscach udzielania świadczeń. Przyjęte w Szpitalu rozwiązania organizacyjne miały na celu respektowanie praw pacjentów do poszanowania ich intymności i godności, a system obserwacji pomieszczeń służył zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów i pracowników.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm., dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

⁸ Dalej: „Wojewoda”.

⁹ Dalej: „RPWDL” lub „rejestr”.

¹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹¹ Dalej: „NFZ” lub „Fundusz”.

¹² Dz.U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm., dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

¹³ Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

1.1. W Szpitalu w badanym okresie obowiązywały następujące przepisy wewnętrzne dotyczące rozpatrywania skarg: [1] zarządzenie Prezesa Zarządu z 28 lutego 2011 r. w sprawie ustalenia zasad przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg oraz wniosków¹⁵; [2] procedura „Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg oraz opiniowanie wniosków” z 3 października 2016 r.¹⁶; [3] zarządzenie Prezesa Zarządu z 21 września 2023 r. w sprawie wprowadzenia procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg oraz wniosków w Szpitalu¹⁷.

(akta kontroli str. 192-211)

Sposób i zakres udostępniania informacji o trybie składania skarg w miejscach udzielania świadczeń, opisano w niniejszym wystąpieniu w obszarze trzecim, pkt 3 w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Informacje o trybie składania skarg zamieszczono również na stronie internetowej Szpitala¹⁸.

(akta kontroli str. 127, 129)

W latach 2019-2023 (do 30 września 2023 r.) do różnych podmiotów¹⁹ złożono łącznie 20 skarg na działania Szpitala, z tego 12 dotyczyło nieprzestrzegania praw pacjenta²⁰, a osiem pozostałej działalności Szpitala²¹.

Zgłaszane naruszenia praw pacjenta dotyczyły:

- w 2019 r. – w trzech przypadkach naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych i jednocześnie w jednym z ww. przypadków naruszenia prawa do dokumentacji medycznej;
- w 2020 r. - w dwóch przypadkach naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych i w jednym przypadku naruszenia prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- w 2021 r. – w jednym przypadku jednoczesnego naruszenia prawa do informacji i prawa do dokumentacji medycznej;
- w 2022 r. – w trzech przypadkach naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych oraz w jednej z tych spraw i w kolejnym przypadku naruszenia prawa do dokumentacji medycznej;
- w 2023 r. – w jednym przypadku naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych.

Nie stwierdzono skarg pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

(akta kontroli str. 212-217)

Jak wskazała Prezes Szpitala zwiększona liczba skarg w 2022 r. (wzrost o 300% w stosunku do roku 2021) w zakresie nieprzestrzegania praw pacjenta mogła wynikać z trwającej od dwóch lat pandemii COVID-19 i zwiększonego ryzyka popełnienia

¹⁴ 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.

¹⁵ Nr 4/2011, dalej: „zarządzenie w sprawie skarg z 2011 r.”

¹⁶ Opracowana na potrzeby uzyskania certyfikatu systemu ISO 9001 (nr dokumentu S-02/2016), dalej: „procedura w sprawie skarg z 2016 r.” Jak podała Prezes Zarządu w Szpitalu w okresie objętym kontrolą obowiązywały oba dokumenty, tj. zarządzenie w sprawie skarg z 2011 r. i procedura w sprawie skarg z 2016 r.

¹⁷ Nr 16/2023, dalej: „zarządzenie w sprawie skarg z 2023 r.”

¹⁸ [Link](#)

¹⁹ Szpital, Rzecznik Praw Pacjenta, Starostwo Powiatowe w Golubiu-Dobrzyniu, NFZ Kujawski-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy.

²⁰ Z tego: w 2019 r. – trzy; w 2020 r. – trzy; w 2021 r. – jedna, w 2022 r. – cztery, w 2023 r. – jedna.

²¹ Z tego: w 2019 r. – jedna, w 2022 r. – cztery, w 2023 r. – trzy.

błędów przez lekarzy lub niewykazywania się należyłą empatią podczas pełnienia obowiązków.

(akta kontroli str. 274)

Były Prezes Zarządu wskazał, że problematyka składanych skarg była przedmiotem okresowych analiz kierownictwa Szpitala, pomimo że nie była dokumentowana w formie protokołów. Problemy zgłaszane w skargach były każdorazowo omawiane z personelem, którego skarga dotyczyła. Każdorazowo podejmowano działania naprawcze i zaradcze.

(akta kontroli str. 226-243, 557-558, 561)

Badaniem objęto sześć skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta, które wpłynęły w badanym okresie do Szpitala (100%) i zostały rozpatrzone przez kontrolowaną jednostkę. Stwierdzono, że skargi rozpatrywano z naruszeniem obowiązujących w Szpitalu w tym zakresie przepisów wewnętrznych, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 212-220)

1.2. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą przeprowadzono jedno badanie satysfakcji pacjentów w zakresie jakości świadczonych usług²². W zależności od oddziału, liczba odpowiedzi oceniających jakość świadczonych usług bardzo dobrze i dobrze wynosiła od 80,4% do 98,4%, natomiast źle i bardzo źle – od 0,9 do 1,2%. Od 79,5% do 93,7% badanych pacjentów poleciłoby Szpital rodzinie, bliskim, znajomym.

Jak podał pracownik Szpitala, wykonujący do 2021 r. obowiązki Pełnomocnika Systemu ds. Zarządzania Jakością, wyniki badań ankietowych zostały przedstawione na naradzie koordynatorów oddziałów w I kwartale 2020 r. W związku z wystąpieniem najpierw zwiększonej zachorowalności na gripę, a potem na COVID-19 i z ogłoszoną pandemią, decyzją Prezesa Szpitala w następnych latach nie badano satysfakcji pacjentów w formie ankiet.

(akta kontroli str. 244-269, 657-670)

1.3. W latach 2019-2023 w Szpitalu nie prowadzono kontroli wewnętrznych i zewnętrznych związanych tematycznie z przestrzeganiem praw pacjenta.

(akta kontroli str. 274)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W przypadku sześciu zbadanych skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta, które zostały rozpatrzone przez Szpital w latach 2019-2023²³ (100%) stwierdzono, że:

- w żadnym przypadku nie sporządzono protokołu informującego o wynikach postępowania wyjaśniającego, co było niezgodne z pkt 2.7.3. lit. b) procedury w sprawie skarg z 2016 r.;
- w dwóch przypadkach postępowania wyjaśniające prowadzono z opóźnieniami, skutkiem czego odpowiedzi na skargę zostały udzielone po upływie miesiąca od wpływu skargi do Szpitala, co było niezgodne z § 4 ust. 1 załącznika do

²² Badanie przeprowadzono w 2019 r. w pięciu oddziałach szpitalnych: Ginekologiczno-Położniczym, Kardiologicznym, Neonatologicznym, Chorób Wewnętrznych, Pediatricznym. Ze względu na remont prowadzono badania w Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Oddziale Chirurgicznym. Pacjenci mogli wypowiedzieć się w ankiecie m.in. w zakresie: szybkości załatwienia formalności przy przyjęciu do Szpitala, zapoznania z Kartą Praw Pacjenta, przekazywania informacji na temat proponowanego leczenia, opieki pielęgniarskiej, warunków panujących w oddziałach.

²³ Do marca 2023 r.

zarządzenia w sprawie skarg z 2011 r. i pkt 2.7.1. procedury sprawie skarg z 2016 r.;

- w jednym przypadku, pomimo że z wnioskiem o wyjaśnienie sprawy zwróciły się dwie osoby, odpowiedź na skargę została przesłana tylko do jednej skarżącej, co było niezgodne z pkt 2.7.3. lit. d) procedury w sprawie skarg z 2016 r.

(akta kontroli str. 212-220)

Były Prezes Szpitala potwierdził, że problematyka zgłaszanych skarg nie była dokumentowana w formie protokołów. Dodał, że nie jest w stanie wskazać przyczyn przedłużonego okresu rozpatrywania ww. skarg.

(akta kontroli str. 557, 561)

Prezes Szpitala podała m.in., że ww. braki w prowadzeniu postępowań w przedmiocie rozpatrywania skarg wynikały z niedostatecznego nadzoru nad realizowaniem procedur oraz z niedopatrzania. Jednocześnie wskazała, że nie jest w stanie ustalić przyczyny, dla której odpowiedzi na skargi zostały sporządzone po upływie terminu wynikającego z procedur oraz dlaczego nie poinformowano skarżących o wydłużonym terminie odpowiedzi na skargę.

(akta kontroli str. 270-271, 273, 520-521, 525)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nierzetelnie sprawowano nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Skargi pacjentów i ich rodzin rozpatrywano niezgodnie z przyjętymi procedurami wewnętrznymi. Nie dokumentowano także analiz problematyki zgłaszanej w skargach. NIK pozytywnie ocenia przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta. Pacjenci w większości z zadowoleniem wypowiedzieli się na temat jakości świadczonych usług w oddziałach szpitalnych.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

Opis stanu faktycznego

2.1. W regulaminie organizacyjnym Szpitala z 2012 r.²⁴, obowiązującym do 17 sierpnia 2023 r., w § 76 wskazano m.in., że prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych ubezpieczycieli i odesłano do tekstu ustawy o prawach pacjenta. Z kolei w regulaminie organizacyjnym obowiązującym od 18 sierpnia 2023 r.²⁵, w § 70 wymieniono i opisano poszczególne prawa pacjenta²⁶.

W zbadanej w toku kontroli dokumentacji medycznej, opisanej w dalszej części wystąpienia²⁷, stwierdzono, że w każdym przypadku znajdował się w niej formularz, na którym pacjent potwierdzał m.in., że udzielono mu informacji o jego prawach.

²⁴ Zarządzenie nr 8/2012 z 10 grudnia 2012 r., ze zm. dalej: „regulamin organizacyjny z 2012 r.”

²⁵ Zarządzenie nr 13/2023 Prezesa Zarządu Szpitala z 17 sierpnia 2023 r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wprowadzonego zarządzeniem nr 8/2012 z dnia 10 grudnia 2012 r. z późniejszymi zmianami, dalej: „regulamin organizacyjny z 2023 r.”

²⁶ Tj. prawo: do świadczeń zdrowotnych, informacji, wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do dokumentacji medycznej, poszanowania intymności i godności pacjenta, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych, do tajemnicy informacji, opieki duszpasterskiej, przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

²⁷ 20 dokumentacji medycznych badanych pod kątem prawidłowości prowadzenia i udostępniania dokumentacji, siedmiu spraw pacjentów, u których stosowano leczenie przeciwbólowe, pięciu spraw badanych w zakresie leczenia odleżyn i czterech dokumentacji zdarzeń niepożądanych.

Informacje o prawach pacjenta umieszczono na stronie internetowej Szpitala²⁸, w zakładce *Strefa Pacjenta > Prawa pacjenta*²⁹.

(akta kontroli str. 40, 108-110, 159-160)

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, w Szpitalu udostępniano informacje o prawach pacjenta, w formie pisemnej, poprzez umieszczenie ich na tablicach informacyjnych w miejscach ogólnodostępnych w zajmowanych budynkach, w których udzielano świadczeń zdrowotnych³⁰. Na tablicach umieszczono także m.in. informacje o dostępności pełnego tekstu ustawy o prawach pacjenta w dyżurce pielęgniarek / rejestracji przychodni, numerach telefonów do Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz trybie składania skarg i wniosków. Pielęgniarka Naczelna oświadczyła, że w przypadku pacjentów nie mogących się swobodnie poruszać w oddziałach szpitalnych udostępniano tekst ustawy o prawach pacjenta, dostępne także były ulotki z najważniejszymi informacjami o prawach pacjenta.

(akta kontroli str. 126-127, 129, 158)

2.2. Regulaminy organizacyjne Szpitala z 2012 r. i 2023 r. zawierały obligatoryjne elementy wymienione w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, z tym, że nieprawidłowo podano w obu ww. dokumentach informacje w zakresie opłat za przechowywanie zwłok pacjenta, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 11 ww. ustawy. Powyższe opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 20-125)

2.3. Na stronie internetowej Szpitala zawarto informacje umożliwiające pacjentom dokonanie oceny skuteczności i jakości leczenia prowadzonego przez Szpital, tj. w szczególności informacje dotyczące zakresu świadczonych usług przez poszczególne oddziały szpitalne³¹. Poprzez stronę internetową informowano także pacjentów o dokonywanych zakupach inwestycyjnych³², mających na celu zwiększenie dostępności i podniesienie jakości świadczonych usług. Jak podała Prezes Zarządu, aktualnie trwają przygotowania do ponownego pozyskania certyfikatu ISO 9001:2015³³.

(akta kontroli str. 274-298)

2.4. W Szpitalu nie obowiązywały wewnętrzne procedury dotyczące uzyskiwania zgody pacjenta na wykonanie zabiegu. Jak podała Prezes Zarządu w przypadku Oddziału Chirurgicznego obecne formularze zgód stosowano od listopada 2022 r. – nie zostały one wprowadzone w drodze zarządzenia, zostały umieszczone w Intranecie³⁴. Z kolei w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym formularze zgód na

²⁸ [Link](#)

²⁹ Na stronie tej zawarto również informacje o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej, trybie składania skarg i wniosków, a także informacje o polityce prywatności oraz klauzule informacyjne skierowane do pacjentów, ich opiekunów i bliskich o przetwarzaniu danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

³⁰ Ustalenia dokonane w toku oględzin przeprowadzonych 12 października 2023 r. w miejscach ogólnodostępnych: [1] hol przy wejściu do budynku głównego Szpitala, ul. Koppa 1E; [2] poradnie specjalistyczne znajdujące się w budynku Szpitala, ul. Koppa 1A; [3] przychodnia – Podstawowa Opieka Zdrowotna, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna – znajdująca się przy budynku głównym Szpitala, ul. Koppa 1E.

³¹ Wskazano m.in., że: [1] przez kolejne trzy lata Oddział Chirurgii Ogólnej plasował się w pierwszej trójce najlepszych oddziałów szpitalnych regionu w konkursie organizowanym przez dziennik „Nowości”; [2] oddział Chorób Płuc i Gruźlicy w latach 2018-2023 przeszedł gruntowny remont, a dzięki zakupowi profesjonalnego sprzętu, poszerzono zakres usług, co znacznie przyspieszyło diagnostykę i komfort leczenia; [3] w oddziale Ginekologiczno-Położniczym każda kobieta będzie mieć pewność, że wszelkie jej decyzje będą szanowane i wszelkie kroki będą konsultowane; [4] w oddziale Pediatrycznym dla małych pacjentów przygotowano salę zabaw, a dla starszych bibliotekę, ponadto rodzic mógł przebywać z dzieckiem stale w czasie hospitalizacji.

³² M.in.: ambulans, tomograf komputerowy, aparat ultrasonograficzny, kardiograf, elektrokardiograf.

³³ Szpital posiadał certyfikat ISO 9001:2008, który obowiązywał do 14 września 2018 r. W związku z pandemią COVID-19 oraz zmianą Zarządu Szpitala, nie nastąpiło odnowienie certyfikacji.

³⁴ Wewnętrzna sieć informatyczna Szpitala.

zabiegi, w obecnej formie stosowano od ponad 10 lat i również nie zostały wprowadzone w drodze zarządzenia.

(akta kontroli str. 439)

Badaniem objęto 10 formularzy zgód na zabiegi podwyższonego ryzyka, tj. na operację³⁵. Stwierdzono, że w każdym przypadku zgody zostały udzielone na piśmie, osobiście przez dorosłych pacjentów, a ponadto:

- w dziewięciu przypadkach formularze zostały dostosowane do zabiegów jakim zostali poddani pacjenci, zgody były szczegółowe oraz zawierały oświadczenia wskazujące, że zgoda została wyrażona bez presji czy przymusu; w jednym przypadku natomiast zgoda udzielona została na ogólnym formularzu „zgody na zabieg operacyjny”;
- w dziewięciu przypadkach formularze zostały podpisane przez pacjenta ze wskazaniem daty złożenia podpisu, w jednym przypadku pacjent podpisał zgodę bez podania daty;
- w pięciu przypadkach zgody zawierały informacje o korzyściach i najczęściej występujących ryzykach/powikłaniach, w jednym przypadku dane te były niekompletne, a w pozostałych czterech przypadkach formularze nie zostały wypełnione w części dotyczącej rokowań.

Braki w zakresie formularzy zgód na zabiegi operacyjne opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 504-519)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą obowiązywały kolejno dwa regulaminy organizacyjne z nieprawidłowymi zapisami w zakresie opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta, określonymi w z art. 24 ust. 1 pkt 11 ustawy o działalności leczniczej, tj.:

- w regulaminie organizacyjnym z 2012 r., obowiązującym do 17 sierpnia 2023 r. w § 74 wskazano, że wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 48 godzin ustalona jest przez podmiot, z którym Szpital zawarł umowę i regulowanie opłat odbywa się w ww. podmiocie; w okresie objętym kontrolą pomimo zmian wprowadzanych do ww. regulaminu nie dokonano korekty powyższego błędnego zapisu, jak również nie podano wysokości tej opłaty;
- w regulaminie organizacyjnym z 2023 r., obowiązującym od 18 sierpnia 2023 r. w § 69 wskazano, że Szpital pobiera opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, bez wskazania wysokości tej opłaty.

(akta kontroli str. 39-40, 108)

Były Prezes Zarządu wskazał m.in., że powyższy błąd nie został dostrzeżony i nie zaktualizowano regulaminu z 2012 r. Kwestia finalnie została uregulowana w umowie zawartej z zakładem pogrzebowym.

(akta kontroli str. 558, 561)

³⁵ Sześć zgód na zabiegi przeprowadzone we wrześniu 2023 r. w Oddziale Chirurgicznym (w tym dwie zgody na zabiegi ortopedyczne) i cztery zgody na operacje przeprowadzone we wrześniu 2023 r. w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Prezes Szpitala podała, w odniesieniu do regulaminu z 2023 r., że ww. informacja zostanie niezwłocznie uzupełniona.

(akta kontroli str. 434, 438)

2. W objętych badaniem 10 formularzach zgód na zabiegi podwyższonego ryzyka, stwierdzono następujące przypadki nierzetelnego pobierania zgody:

- w czterech przypadkach w formularzach zgód na zabiegi ginekologiczne, w części dotyczącej rokowań nie wskazano stopnia prawdopodobieństwa powodzenia proponowanej operacji (duże, średnie, ograniczone);
- w jednym przypadku zgoda na zabieg ortopedyczny została wyrażona na ogólnym formularzu, który nie zawierał szczegółowych informacji mających na celu uświadomienie pacjenta na czym będą polegały podejmowane czynności oraz jakie są spodziewane korzyści i najczęściej występujące ryzyka związane z zabiegiem, pomimo że w innym przypadku zgoda na analogiczny zabieg operacyjny przeprowadzony następnego dnia, została udzielona na formularzu zawierającym ww. dane;
- w jednym przypadku w formularzu nie podano daty wyrażenia zgody na zabieg przez pacjenta.

(akta kontroli str. 504-519)

Dyrektor ds. Medycznych podał m.in., że o prawdopodobieństwie powodzenia proponowanej operacji pacjenci byli informowani każdorazowo w rozmowie przedoperacyjnej. Stosowanie różnych formularzy zgód na przeprowadzenie takiego samego zabiegu, wynikało z braku procedur wprowadzających jednolite formularze, natomiast brak daty wyrażenia zgody przez pacjenta na jednym z formularzy spowodowany był przeoczeniem.

(akta kontroli str. 522-523, 527)

NIK zauważa, że wyrażenie zgody przez pacjenta na zabieg o podwyższonym ryzyku nie stanowi wyłącznie formalności. Zgoda powinna cechować się odpowiednim poziomem szczegółowości, tak aby pacjent mógł podjąć decyzję z pełną świadomością, wiedział, na co się godzi i czego może się spodziewać odnośnie planowanej interwencji medycznej. Jednocześnie wyrażenie zgody bez podania daty, uniemożliwia stwierdzenie, czy została ona udzielona przed zabiegiem, a zgoda wyrażona po udzieleniu świadczenia zdrowotnego nie ma mocy prawnej.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu, w badanym okresie, prowadzono działania mające na celu zapewnienie pacjentom dostępu do informacji, niemniej starania te nie zawsze były skuteczne. Prawidłowo udostępniano pacjentom informacje o ich prawach. Natomiast, na skutek braku procedury wewnętrznej, nie stosowano jednolitych formularzy zgód pacjentów na zabiegi medyczne, stwierdzono także przypadki nienależytej staranności w wypełnianiu tych formularzy. Szpital nie podjął również działań celem skorygowania regulaminu organizacyjnego z 2012 r., skutkiem czego dokument ten naruszał zapisy ustawy o świadczeniach. Nieprawidłowość w ww. zakresie wystąpiła także w regulaminie organizacyjnym z 2023 r.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

3.1. Szpital został wpisany do RPWDL 11 września 2001 r.³⁶. Ujawnione w księdze rejestrowej dane dotyczące poszczególnych komórek organizacyjnych zgodne były

³⁶ Nr księgi rejestrowej 000000002713, dalej: „księga rejestrowa”.

z regulaminami organizacyjnymi z 2012 r. i 2023 r., natomiast w przypadku trzech komórek objętych badaniem, tj. Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, Poradni Alergologicznej i Poradni Dermatologicznej, wpisy nie odpowiadały stanowi faktycznemu³⁷, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 25-26, 79-81, 339-405)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą wystąpiono do Wojewody z jednym wnioskiem z 20 sierpnia 2019 r. o dokonanie zmiany wpisu do RPWDL, dotyczącego liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora ds. Medycznych, zmiana liczby łóżek na oddziale Chorób Wewnętrznych oraz Oddziale Kardiologii miała miejsce odpowiednio w 2001 r. i 2010 r. Skierowanie zatem wniosku o zmianę ww. danych, nastąpiło z naruszeniem art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W przypadku pozostałych oddziałów objętych aktualizacją, wskazano, że w związku z brakiem zarządzeń wewnętrznych, na podstawie których została zmniejszona liczba łóżek, należy „domniemywać”, że nastąpiło to w lipcu / sierpniu 2019 r.

(akta kontroli str. 525-526, 529-542, 563, 565)

3.2. Szpital udostępniał pacjentom³⁸ informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacje o: prawach pacjenta, imionach i nazwiskach osób kierujących komórkami organizacyjnymi i udzielających świadczeń, numerach telefonów alarmowych obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, adresie i numerze wspólnej bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta i NFZ³⁹ oraz adresie i numerze telefonu komórki Funduszu właściwej ds. spraw skarg i wniosków. Nie podano do wiadomości pacjentów, bądź podano w ograniczonym zakresie, pozostałe informacje wymagane § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰. Również nie oznakowano budynku głównego Szpitala oraz dwóch innych miejsc udzielania świadczeń w sposób wymagany § 11 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Powyższe opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 126-157)

3.3. W Szpitalu, w latach 2019-2022, harmonogramy przyjęć osób oczekujących na świadczenie w oddziałach realizowano w formie kalendarzy prowadzonych przez lekarza oddziału⁴¹. Pacjentów wpisywano do terminarza na podstawie danych ze skierowania, w wyniku zgłoszenia telefonicznego lub osobistego. W związku z tym, że kolejki osób oczekujących na przyjęcie do oddziałów nie były tworzone przy pomocy funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego⁴², tylko wyłącznie w zeszytach/kalendarzach, dane przekazywane do NFZ odnośnie liczby pacjentów

³⁷ Stwierdzonemu w trakcie oględzin przeprowadzonych w Szpitalu 24 października 2023 r.

³⁸ Stan faktyczny stwierdzony w trakcie oględzin przeprowadzonych 12 października 2023 r. w: [1] holu budynku głównego Szpitala, ul. Koppa 1E, [2] poradniach specjalistycznych znajdujących się w budynku Szpitala, ul. Koppa 1A, [3] przychodni Podstawowa Opieka Zdrowotna, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna, znajdującej się przy budynku głównym Szpitala, ul. Koppa 1E, [4] Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy, znajdującym się w budynku Szpitala, ul. Koppa 1F.

³⁹ Pod którą można mi.in uzyskać informację o świadczeniodawcach, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia

⁴⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”.

⁴¹ Kalendarze te nie były archiwizowane, w przypadku Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy kalendarze za lata 2020-2022 znajdowały się w oddziale.

⁴² System AMMS, funkcjonujący od przełomu 2016/2017.

oczekujących na przyjęcie planowe do oddziałów, w formie raportów generowanych za pomocą tego systemu⁴³, były nierzetelne, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Jednocześnie w wyniku badania przedłożonych do kontroli kalendarzy prowadzonych przez koordynatora Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy z lat 2020-2022 ustalono, że listy oczekujących na przyjęcie na oddział nie spełniały wymogów art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, co opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 322-323, 521-522, 526, 586-587, 648-656)

Zgodnie z oświadczeniem Prezes Zarządu, oddziałami, w których występowała w latach 2019-2022, największa liczba oczekujących na przyjęcie były: Oddział Chirurgii, Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Oddział Kardiologiczny.

[1] W Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc:

- jak wskazał koordynator oddziału, informowano pacjenta lub jego rodzinę o możliwości pilnego przyjęcia, w razie pogorszenia stanu zdrowia, a w przypadku, gdy nie było przyjęcia planowego danego dnia, możliwe było wezwanie na to miejsce pacjenta z późniejszego terminu lub wykorzystanie miejsca w trybie ostrym;
- czas oczekiwania na przyjęcie na oddział w przypadku przyjęcia planowego wynosił od czterech do 14 dni, a w przypadku przyjęcia pilnego – 0 dni⁴⁴.

[2] W Oddziale Kardiologicznym:

- jak wyjaśnił koordynator oddziału, nie informowano pacjentów o wcześniejszej możliwości udzielenia świadczenia, gdyż niezwykle rzadko inny pacjent informował o rezygnacji z planowego przyjęcia, jeżeli stan chorego ulegał pogorszeniu i taka informacja była przekazywana lekarzom oddziału, przyjęcie realizowano w trybie natychmiastowym;
- nie praktykowano przypominania o terminie planowego przyjęcia na oddział, gdyż czas oczekiwania na przyjęcie planowe do oddziału z reguły nie przekraczał 14 dni⁴⁵.

[3] W Oddziale Chirurgicznym Ogólnym:

- jak wskazał koordynator oddziału, weryfikacji pacjentów oczekujących na przyjęcie dokonywano telefonicznie na siedem dni przed planowaną datą przyjęcia; podobnie kontaktowano się z pacjentami w zakresie możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- brak było danych w zakresie liczby pacjentów, którzy nie zgłosili się w wyznaczonym terminie oraz czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału.

(akta kontroli str. 322-323, 325-330, 586-591)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że pacjenci oczekujący na wizytę w poradni specjalistycznej/pracowni wpisywani byli w latach 2019-2020 do kalendarza papierowego – zeszytu rejestrowego⁴⁶. Dodała, że od roku 2021 rozpoczęto tworzenie w systemie informatycznym harmonogramów oczekujących na pierwszą wizytę do poradni, natomiast chorzy, którzy mieli wyznaczony kolejny termin

⁴³ Wg stanu na 31 grudnia z lat 2019-2022 liczba osób oczekujących na przyjęcie do wszystkich oddziałów Szpitala wynosiła 0.

⁴⁴ W 2019 r. przeprowadzono 874 hospitalizacji, brak danych dot. pacjentów, którzy nie zgłosili się na oddział; w 2020 r. przeprowadzono 737 hospitalizacji, nie zgłosiły się 162 osoby (22% wszystkich hospitalizacji); w 2021 r. przeprowadzono 805 hospitalizacji, nie zgłosiło się 88 osób (10,9% wszystkich hospitalizacji); w 2022 r. przeprowadzono 922 hospitalizacje, nie zgłosiło się 160 osób (17,4% wszystkich hospitalizacji).

⁴⁵ W ocenie koordynatora oddziału nie stawało się do przyjęcia około 4-5 osób miesięcznie, co stanowiło 10% wszystkich zaplanowanych przyjęć.

⁴⁶ Dokumenty te nie były archiwizowane.

wpisywani byli do papierowych kalendarzy/terminarzy. Największa liczba oczekujących na świadczenie ambulatoryjne⁴⁷ dotyczyła: Poradni Okulistycznej⁴⁸, Poradni Kardiologicznej⁴⁹ oraz Pracowni Endoskopowej Przewodu Pokarmowego⁵⁰. Prezes Zarządu wskazała, że w przypadku obu poradni nie praktykowano przypominania pacjentom o terminie wizyty. Z kolei w przypadku pracowni weryfikacji pacjentów oczekujących na badanie dokonywano telefonicznie na siedem dni przed planowaną wizytą; również telefonicznie kontaktowano się z pacjentem w przypadku możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 299-318, 323-324, 330, 331, 337-338, 586-587)

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że w Szpitalu planowane jest na grudzień 2023 r. wdrożenie systemu powiadamiania pacjentów za pomocą SMS o zbliżającym się terminie wizyty.

(akta kontroli str. 566)

3.4. W Szpitalu nie umożliwiono pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymywania powiadomień o terminie udzielenia świadczenia, tj. nie zrealizowano obowiązku wynikającego z art. 23a ustawy o świadczeniach. Powyższe opisano szerzej w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 436, 439, 522, 527)

3.5. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu wynikające z art. 20a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Zarządzeniem Prezes Zarządu⁵¹ 29 września 2023 r. wprowadzona została w Szpitalu procedura leczenia bólu, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Przyjęte i obowiązujące w Szpitalu do dnia wdrożenia ww. procedury regulacje wewnętrzne nie zawierały zapisów odnoszących się bezpośrednio do leczenia bądź uśmierzania bólu.

(akta kontroli str. 734-740)

Sposób dokumentowania postępowania przeciwbólowego sprawdzono na przedstawionej przez personel Szpitala dokumentacji medycznej siedmiu pacjentów, u których stosowano leczenie przeciwbólowe⁵². Badanie wykazało, że przed ustaleniem procedury leczenia bólu nie zamieszczano w dokumentacji w sposób usystematyzowany informacji na temat stopnia natężenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia, a po jej wdrożeniu nie przestrzegano przyjętych w tym zakresie regulacji (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 741-745)

3.6. Zarządzeniem Prezesa Zarządu Szpitala z dniem 1 sierpnia 2003 r. powołany został Zespół do prowadzenia profilaktyki odleżyn i leczenia ran przewlekłych

⁴⁷ Raporty z systemu informatycznego Szpitala AMMS i systemu NFZ - AP-KOLCE, według stanu na 31 grudnia z lat 2019-2022.

⁴⁸ Przypadki stabilne: w: 2019 r. – 5 osób, w 2020 r. – 0 osób, w 2021 r. – 89 osób, w 2022 r. – 49 osób; przypadki pilne – brak; w 2022 r. poradnia udzieliła 1899 porad, nie zgłosiło się 82 chorych (4,3%).

⁴⁹ Przypadki pilne/stabilne: w 2019 r. – 13/209 osób, w 2020 r. – 2/98, w 2021 r. – 2/75, w 2022 r. – 2/30; w 2022 r. poradnia udzieliła 3920 porad, nie zgłosiło się 36 chorych (0,92%).

⁵⁰ Łącznie gastroskopia i kolonoskopia - przypadki pilne/stabilne: w 2019 r. – 11/190 osób, w 2020 r. – 0/1, w 2021 r. – 3/93, w 2022 r. – 0/133; w 2022 r. pracownia wykonała 354 badania, nie zgłosiło się czterech chorych (1,1%).

⁵¹ Zarządzenie nr 17/2023 r. Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego Sp. z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu z dnia 29 września 2023 r.

⁵² Czterech hospitalizowanych przed ustaleniem procedury leczenia bólu (tj. od 24 stycznia 2023 r. do 16 września 2023 r.) oraz trzech pacjentów leczonych podczas obowiązywania procedury leczenia bólu (od 2 do 10 października 2023 r.).

u hospitalizowanych pacjentów⁵³. W latach objętym kontrolą w Szpitalu prowadzone były okresowe (kwartalne) analizy liczby pacjentów objętych leczeniem i profilaktyką odleżyn⁵⁴. Prezes Szpitala wyjaśniła, że dane wynikające z analiz omawiane były podczas zebrań Zespołu ds. zapobiegania i leczenia odleżyn. Badanie przedłożonych protokołów z tych spotkań wykazało, że nie zapisywano w nich wniosków wynikających z prowadzonych analiz. Nie omawiano także danych dotyczących pacjentów, u których odleżyny powstały w Szpitalu, mimo że w okresie objętym kontrolą nastąpił znaczny wzrost liczby takich pacjentów⁵⁵. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że „kontrolowane były liczby pacjentów narażonych na wystąpienie odleżyn oraz przyjętych już z odleżynami, ale nie znalazło to odzwierciedlenia w sformułowaniu wniosków na posiedzeniach Zespołu”.

(akta kontroli str. 681, 684-717, 746-747, 801, 841)

W Szpitalu w 2016 r. została opracowana procedura pn.: „Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn”⁵⁶. W tym samym czasie opracowano także procedurę pn.: „Postępowanie pielęgniarki/położnej wobec pacjenta z odleżynami”⁵⁷. Badana próba przedstawionej przez personel Szpitala dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn⁵⁸ wykazała, że w żadnym przypadku się nie stosowano w pełni obowiązujących w tym zakresie procedur, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 748-800)

3.7. W październiku 2016 r. w Szpitalu wdrożono „Procedurę nadzoru nad usługą niezgodną/zdarzeniem niepożądanym”⁵⁹. Określono w niej m.in. wzór „Formularza rejestracji niezgodności”⁶⁰, katalog zdarzeń niepożądanych⁶¹, postępowanie w sytuacji identyfikacji zdarzenia niepożądanego. Wskazano w niej, że obowiązuje wszystkich pracowników, a ponadto, że „system gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych nie służy identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu”.

(akta kontroli str. 810-823)

Zarządzeniem Prezes Zarządu⁶² z dniem 29 września 2023 r. wprowadzono w Szpitalu dodatkowy druk pn. „Karta zdarzenia niepożądanego” oraz powołano

⁵³ Dalej: „Zespół ds. zapobiegania i leczenia odleżyn”. Do zadań tego Zespołu należało m.in. „prowadzenie analizy pacjentów zagrożonych oraz pacjentów z odleżynami na bazie rejestrów z poszczególnych oddziałów szpitalnych oraz rocznej ewidencji statystycznej”.

⁵⁴ W latach 2020-2022 w związku z pandemią COVID 19 analizą nie zostały objęte wszystkie kwartały: w 2020 r. analiza dotyczyła I, II i III kwartału, w 2021 r. II i III kwartału, a w 2022 r. II, III i IV kwartału.

⁵⁵ W 2019 r. nie odnotowano żadnego takiego przypadku, w 2022 r. w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2022 r. w przypadku ośmiu pacjentów odleżyny powstały w czasie pobytu w Szpitalu, a w 2023 r. w okresie od 1 stycznia do 30 września 2023 r. było takich pacjentów 12.

⁵⁶ Nr dokumentu P-14.MPOG.12.2016; procedura obowiązywała od 3 października 2016 r.

⁵⁷ Nr dokumentu: P-14.MPOG.11/2016, ze zm.; procedura obowiązywała od 3 października 2016 r.

⁵⁸ Badaniem objęto pięć dokumentacji medycznych pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2023 r., dotyczy indywidualnych dokumentacji medycznych o nr 3632/23, 3812/23, 3557/23, 2232/23 i 3568/23.

⁵⁹ Nr dokumentu S-01/2016: procedura obowiązywała od 3 października 2026 r., dalej: „procedura dotycząca zdarzeń niepożądanych”.

⁶⁰ Załącznik Z1 do Procedury dotyczącej zdarzeń niepożądanych.

⁶¹ Załącznik Z2 do Procedury dotyczącej zdarzeń niepożądanych. Katalog obejmował siedem rodzajów zdarzeń niepożądanych: I. Zdarzenia niepożądane związane z podaniem leku, II. Zdarzenia niepożądane związane ze sprzętem medycznym i aparaturą medyczną; III. Zdarzenia niepożądane związane z zabiegiem operacyjnym (m.in.: ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, niewłaściwy pacjent/miejsce, strona operowana, niewłaściwa procedura operacyjna); IV. Zdarzenia niepożądane związane z transfuzją; V. Inne zdarzenia niepożądane - niezgodności spowodowane przez błąd człowieka (m.in.: zaniedbania, upadki pacjentów, samowolne oddalenie się pacjenta); VI Zdarzenia niepożądane w procesie leczenia (m.in.: infekcje łóżyska naczyniowego, nieplanowane powtórne hospitalizacje, reoperacje).

⁶² Zarządzenie nr 18/2023 Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego Spółka z o. o. w Golubiu-Dobrzyniu z dnia 29 września 2023 r. w sprawie wprowadzenia druku „Karta zdarzenia niepożądanego” oraz powołania Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych.

Zespół ds. zdarzeń niepożądanych⁶³. Nie określono jednak trybu pracy Zespołu ani zakresu zadań poszczególnych jego członków.

(akta kontroli str. 832-834)

W latach 2019-2023 (do 30 września) w Szpitalu odnotowano cztery zdarzenia niepożądane (jedno w 2022 r. i trzy w 2023 r.). Badanie dokumentacji tych zdarzeń⁶⁴ (100%) wykazało, że żadnym przypadkiem postępowanie Szpitala nie było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 810-823, 835-837)

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

(akta kontroli str. 682)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zgłosił Wojewodzie zmiany danych objętych RPWDL w odniesieniu do niefunkcjonującego od kilkunastu lat Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, a także nieświadczących usług Poradni Alergologicznej (lekarz specjalista poszukiwany od września 2019 r.) i Poradni Dermatologicznej (lekarz specjalista poszukiwany od marca 2020 r.), czym naruszono art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz nie zaktualizowano w tym zakresie regulaminów organizacyjnych z 2012 r. i 2023 r. O braku możliwości udzielania świadczeń przez ww. poradnie, z opóźnieniem powiadomiono także Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, co było niezgodne z § 9 ust. 5 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Pierwsze pismo w ww. sprawie, informujące o rezygnacji z pracy lekarzy specjalistów, wystosowano do NFZ 12 kwietnia 2022 r., w odpowiedzi na zapytanie dotyczące braku sprawozdawczości Szpitala z tego zakresu. Pismo w sprawie zawieszenia pracy ww. poradni wystosowano do NFZ dopiero 3 listopada 2023 r.

(akta kontroli str. 25-26, 79-81, 339-405, 439, 444, 544-550)

Były Prezes Zarządu wskazał, że obowiązek wyrejestrowania ww. oddziału nie był dopełniony z uwagi na próby jego odtworzenia. Z kolei o problemie z pozyskaniem lekarzy specjalistów w zakresie alergologii i dermatologii informowano NFZ, a z uwagi na próby pozyskania lekarzy i przywrócenia pracy poradni nie dokonywano zmian w RPWDL.

(akta kontroli str. 558-559, 561-562)

Prezes Zarządu podała, że została dokonana weryfikacja wszystkich oddziałów oraz poradni pod względem ich funkcjonowania bądź niefunkcjonowania. Po zakończeniu prac nad regulaminem organizacyjnym, RPWDL zostanie zaktualizowany.

(akta kontroli str. 434-436, 438)

2. Szpital z naruszeniem terminu wynikającego z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej⁶⁵, zgłosił Wojewodzie zmianę danych objętych RPWDL, w odniesieniu

⁶³ W skład, którego wchodził lekarz (Dyrektor ds. Medycznych – Przewodniczący) oraz dwie pielęgniarki – członkowie Zespołu (Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Epidemiologiczna).

⁶⁴ Dotyczy indywidualnych dokumentacji medycznych o nr 110/2022, 352/2023, 740/2023 i 1587/23.

⁶⁵ Analogiczny przepis dotyczący terminu na zgłoszenie organowi prowadzącemu rejestr, zmian danych objętych rejestrem, przewidywał art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶⁵,

do liczby łóżek znajdujących się w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Oddziale Kardiologicznym. W Oddziale Chorób Wewnętrznych liczba łóżek została zmniejszona z 44 do 27 w 2001 r., poprzez wydzielenie 17 łóżkowego Oddziału Kardiologicznego natomiast w Oddziale Kardiologicznym liczba łóżek z 17 do 16 została zmniejszona w 2010 r. Stosowny wniosek do Wojewody w tym zakresie przekazano dopiero 20 sierpnia 2019 r.

(akta kontroli str. 529-542, 563, 565)

Były Prezes Zarządu wskazał, że z uwagi na brak dostępu do stosownej dokumentacji, nie jest w stanie określić terminów zmiany liczby łóżek na poszczególnych oddziałach.

(akta kontroli str. 558-559, 562)

Dyrektor ds. Medycznych podał, że pomimo starań nie jest w stanie ustalić przyczyn opóźnienia w aktualizacji RPWDL.

(akta kontroli str. 563, 565)

3. Szpital nie zrealizował w pełni obowiązku informacyjnego wobec świadczeniobiorców⁶⁶, ponieważ nie upublicznił wszystkich informacji wymaganych § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, tj.:

- w dwóch przypadkach brak było informacji o posiadanych udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych, co było niezgodne z § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w trzech przypadkach brak było tablic ze znakiem graficznym NFZ, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu, co było niezgodne z § 11 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w dwóch przypadkach brak było informacji o zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w trzech przypadkach brak było informacji o zasadach potwierdzania prawa do świadczeń, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w jednym przypadku podano informację tylko w zakresie numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, bez wskazania adresu udzielania tych świadczeń, a w drugim przypadku nie podano informacji w zakresie adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 7 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w trzech przypadkach brak było informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń.

(akta kontroli str. 126-157)

Ponadto w czterech miejscach: [1] holu przy wejściu do budynku głównego Szpitala, [2] poradniach specjalistycznych, [3] przychodni Podstawowa Opieka

obowiązującej do 30 czerwca 2011 r. (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89, ze zm. Ustawa została uchylona przez ustawę o działalności leczniczej.

⁶⁶ Stan faktyczny stwierdzony 12 października 2023 r. w trakcie oględzin przeprowadzonych w czterech ogólnodostępnych miejscach w Szpitalu, wymienionych w przypisie 30.

Zdrowotna, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna, [4] Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy⁶⁷, informacje o trybie składania skarg i wniosków, wymagane § 11 ust. 4 pkt 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, podano w niepełnym zakresie, tj. tylko: „w formie pisemnej, do Sekretariatu Zarządu, od poniedziałku do piątku w godz. 7:25-15:00”, podczas gdy zgodnie z zarządzeniem w sprawie skarg z 2023 r. – procedura nr 1, pkt III, ppkt 4, skargi i wnioski można było składać: osobiście w formie pisemnej w Sekretariacie od poniedziałku do piątku w godz. 7:25-15:00, ustnie do protokołu, jak również drogą elektroniczną na wskazany adres poczty elektronicznej Szpitala sekretariat@szpitalgolub.pl.

(akta kontroli str. 126-157)

Prezes Zarządu podała m.in., że znakowanie Szpitala rozpoczęło się w 2019 r., lecz prace przerwała pandemia COVID-19. Ponadto w marcu 2023 r. nastąpiła zmiana kadry zarządzającej Szpitalem. Obecnie prace nad znakowaniem zostały wznowione, zadanie jednak wymagało czasu na przygotowanie projektów pod względem graficznym i merytorycznym. 13 października 2023 r. zostały dostarczone i zamontowane tablice ze znakiem graficznym NFZ. Pozostałe braki w zakresie informacji dla pacjentów spowodowane były doprecyzowaniem procedur Szpitala w związku ze zmianą Zarządu i są na bieżąco uaktualniane na tablicach informacyjnych.

(akta kontroli str. 161-162, 164-165)

W toku czynności kontrolnych NIK⁶⁸ Szpital uzupełnił wszystkie ww. brakujące informacje.

(akta kontroli str. 178-191)

4. W Szpitalu w latach 2019-2022 przekazywano do NFZ nierzetelne informacje o liczbie pacjentów oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów Szpitala. Z raportów z systemu informatycznego funkcjonującego w Szpitalu⁶⁹ wynikało, że liczba oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów szpitalnych wynosiła 0. Również badanie próby raportów miesięcznych przekazywanych do NFZ za miesiące maj i wrzesień z lat 2020-2022 wykazało, że nie było oczekujących na przyjęcie do poszczególnych oddziałów szpitalnych, pomimo iż z danych przekazanych przez koordynatora Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy wynikało, iż w tych miesiącach liczba pacjentów zaplanowanych do przyjęcia na oddział wynosiła od 12 do 72 osób.

(akta kontroli str. 299-302, 594-647)

Były Prezes Zarządu wskazał, że system informatyczny posiadał funkcjonalność tworzenia terminarza kolejek przyjęć do oddziałów/poradni/pracowni i pracownicy odpowiedzialni za rejestrację byli w tym zakresie szkoleni. Dodał, że według jego wiedzy system ten był wykorzystywany w opiece ambulatoryjnej.

(akta kontroli str. 559-560, 562)

Dyrektor ds. Medycznych poinformował, że dane do NFZ odnośnie liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie planowe do oddziałów szpitalnych były przekazywane w formie raportów generowanych za pomocą systemu informatycznego, a ponieważ kolejki nie były tworzone w tym systemie, raportowana liczba oczekujących wynosiła 0. Wyjaśnił także, że system informatyczny używany w Szpitalu od przełomu 2016/2017 umożliwiał m.in.

⁶⁷ Stan na 12 października 2023 r.

⁶⁸ Według stanu na dzień przeprowadzania oględzin sprawdzających, tj.: 9 listopada 2023 r.

⁶⁹ Według stanu na 31 grudnia z lat 2019-2022.

tworzenie terminarza kolejek od momentu jego wprowadzenia. Nie był wykorzystywany w tym celu z uwagi na brak odpowiedniego zarządzenia i osoby koordynującej prowadzenie elektronicznych kolejek oraz nieprzeszkolenie pracowników. Dodał, że we wrześniu 2023 r. zostało przeprowadzone szkolenie w tym zakresie, a do 10 listopada 2023 r. będą raportowane kolejki oczekujących na przyjęcie na oddział, zgodnie ze stanem faktycznym za październik.

(akta kontroli str. 521, 526)

5. Analiza zachowanych kalendarzy z lat 2020-2022 z jednego oddziału szpitalnego wykazała, że nie dokonywano wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, z zachowaniem elementów tej listy określonych w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Wpisy zawierały wyłącznie imię i nazwisko pacjenta, oraz w niektórych przypadkach nr telefonu, nr PESEL, objawy/rozpoznanie, z pominięciem innych elementów, o których mowa w ww. przepisie.

(akta kontroli str. 648-656)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że nie jest w stanie jednoznacznie wskazać przyczyn niedokonywania wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia z zachowaniem wymogów ww. przepisu. Jako możliwą przyczynę podała brak odpowiedniego przeszkolenia pracowników.

(akta kontroli str. 1079)

6. W Szpitalu nie zapewniono pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymywania powiadomień o terminie udzielenia świadczenia, czym naruszono art. 23a ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 436, 439, 522, 527)

Były Prezes Szpitala wskazał m.in., że pomimo posiadania systemu informatycznego, z uwagi na ograniczenia sprzętowe (jednostki komputerowe, serwery) stosowanie funkcjonalności polegającej na umożliwieniu pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania i terminie udzielenia świadczenia, nie zostało wdrożone. Możliwość taką zabezpieczano poprzez rejestrację telefoniczną.

(akta kontroli str. 559, 562)

Prezes Zarządu podała, że powyższe spowodowane było brakiem odpowiedniego oprogramowania oraz odpowiedniej infrastruktury informatycznej. Aktualnie Szpital jest w trakcie wdrażania zmian dotyczących cyberbezpieczeństwa.

(akta kontroli str. 436, 439, 522, 527)

7. W Szpitalu dopiero 29 września 2023 r. wprowadzona została Procedura leczenia bólu, mimo że § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷⁰, nakładał obowiązek jej ustalenia od 1 stycznia 2015 r.

(akta kontroli str. 734-740)

⁷⁰ Dz.U. z 2023 r. poz. 870.

Według wyjaśnień Prezes Zarządu Szpitala procedura leczenia bólu nie została wcześniej opracowana i wdrożona z uwagi na „brak należytej kontroli nad jakością i zarządzaniem”.

(akta kontroli str. 925)

Były Prezes Zarządu wskazał natomiast, że nieopracowanie procedury w tym zakresie stanowi przeoczenie, gdyż w praktyce w Szpitalu stosowano standardy leczenia bólu.

(akta kontroli str. 562)

8. Dokumentacja medyczna siedmiu pacjentów Szpitala odczuwających dolegliwości bólowe⁷¹ nie zawierała wpisów potwierdzających monitoring natężenia bólu i wdrażanie leczenia. Nie zamieszczano w sposób usystematyzowany informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności zastosowanego leczenia, co było niezgodne z dyspozycją § 16 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Na ich podstawie można było stwierdzić, że pacjenci byli leczeni przeciwbólowo, jednak potwierdzenie działań wskazanych w art. 20a ust. 2 ustawy o prawach pacjenta oraz przesłedzenie procesu monitorowania przez personel medyczny skuteczności zastosowanej terapii nie było możliwe. Dodatkowo w Szpitalu nie przestrzegano obowiązującej od 29 września 2023 r. procedury leczenia bólu. W przedłożonej dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych po jej wdrożeniu brak było w szczególności informacji nt.: oceny klinicznej bólu wg stosowanej skali NRS⁷², kart monitorowania bólu (kart obserwacji) oraz zapisów wskazujących na ocenę skuteczności działania leczenia przeciwbólowego.

(akta kontroli str. 741-745)

Według wyjaśnień Prezes Szpitala „nieprawidłowości związane z Procedurą leczenia bólu wynikają z nieskutecznej implementacji procedury”. Dodała, że informacja o procedurze już została przekazana na oddziały oraz przeprowadzono rozmowy z kierownikami.

(akta kontroli str. 809)

NIK zauważa, że obowiązek podejmowania i dokumentowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia wynika wprost z zapisów art. 20a ustawy o prawach pacjenta oraz § 16 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, zatem brak znajomości procedury leczenia bólu przez personel Szpitala nie może usprawiedliwiać, niepodjęcia właściwych działań w tym zakresie.

9. W Szpitalu nie przestrzegano w pełni przyjętych w 2016 r. procedur pn.: „Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn” oraz „Postępowanie pielęgniarki/położnej wobec pacjenta z odleżynami”. W żadnej z pięciu objętych badaniem indywidualnych dokumentacji medycznych pacjentów, u których stosowano profilaktykę i leczenie odleżyn nie odnotowano ustalonego wspólnie z lekarzem planu działań leczniczo-pielęgnacyjnych, w trzech nie zapisano daty stwierdzenia odleżyny oraz nie zamieszczono "Pielęgniarskiej karty informacyjnej" z danymi na

⁷¹ Dotyczy indywidualnych dokumentacji medycznych o nr 386/23, 823/23, 3960/23 i 3982/23 (pacjenci hospitalizowani przed wprowadzeniem w Szpitalu procedury leczenia bólu), nr 4459/23, 4336/23 i 4314/23 (pacjenci hospitalizowani w okresie obowiązywania procedury leczenia bólu).

⁷² Numeryczna skala oceny bólu. Zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobraźalny ból.

temat miejsca, stopnia odleżyny oraz zastosowanych opatrunków. Dodatkowo w czterech przypadkach na karcie pn.: „Skala Norton, Karta obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn i podjętych działań terapeutycznych” brak było danych identyfikacyjnych pacjenta, a na trzech z nich nie oznaczono lub błędnie zaznaczono czy pacjent przyjęty został do oddziału z odleżyną, czy też odleżyna powstała w trakcie hospitalizacji wraz z datą jej stwierdzenia.

(akta kontroli str. 795-800)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że wskazane braki w zakresie przestrzegania przyjętych w 2016 r. procedur wynikały z „niedostatecznego systemu informującego i kontrolującego sprawę profilaktyki odleżyn i leczenia ran przewlekłych o wymaganiach dotyczących wypełniania dokumentacji u chorych zagrożonych wystąpieniem odleżyn oraz u chorych z odleżynami. Podjęte działania personelu nie miały odzwierciedlenia w dokumentacji, była rzeczywista opieka, która skutkowała poprawą, ale nie znalazło to odnotowania w dokumentacji”.

(akta kontroli str. 807-809)

NIK zauważa, że obowiązek dokumentowania świadczeń niezwłocznie po ich udzieleniu wynika z dyspozycji § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

10. W Szpitalu nierzetelnie rejestrowano zdarzenia niepożądane. Postępowanie w sprawie czterech zdarzeń, które zidentyfikowano w okresie objętym kontrolą nie było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą. W żadnym z badanych przypadków nie dokonano wskazanej w procedurze dotyczącej zdarzeń niepożądanych rejestracji niezgodności (pkt 2.3) - nie został wypełniony „Formularz rejestracyjny niezgodności”⁷³ oraz nie zostały wdrożone działania opisane w pkt 2.4 „Postępowanie z niezgodnością”.

(akta kontroli str. 718-733, 835-837, 848-874)

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że przyczyną nieprzestrzegania procedury dotyczącej zdarzeń niepożądanych był brak pełnej wiedzy ze strony personelu o istnieniu takiej procedury. Dodał, że po stwierdzeniu nieprawidłowości personel Szpitala został z nią zapoznany.

(akta kontroli str. 842, 848-874)

NIK zauważa, że nierzetelne dokumentowanie zdarzeń niepożądanych oraz niedokonywanie ich analizy i oceny uniemożliwia podjęcie działań zmierzających do ograniczenia liczby takich zdarzeń i ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie Szpitala oraz służących poprawie bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK negatywnie ocenia działania Szpitala w okresie objętym kontrolą, mające na celu zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń.

Szpital, wbrew obowiązkowi wynikającemu ustawy o działalności leczniczej, nie zgłosił Wojewodzie zmian danych objętych RPWDL dotyczących trzech komórek organizacyjnych, a w dwóch innych przypadkach zmiany zgłoszono z naruszeniem terminu. W Szpitalu nie umożliwiono także pacjentom m.in. umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, a listy oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych prowadzono niezgodnie z ustawą o świadczeniach. Nierzetelnie raportowano do NFZ dane dotyczące liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie do oddziałów szpitalnych i w ograniczonym zakresie podejmowano działania celem zmniejszenia liczby

⁷³ Załącznik Z1 do Procedury.

oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu wynikające z ustawy o prawach pacjenta, jednak personel medyczny nie prowadził systematycznego monitoringu stopnia natężenia bólu oraz skuteczności jego leczenia. Zapewniono odpowiednią profilaktykę przeciwoleżynową i leczenie odleżyn oraz identyfikowano zdarzenia niepożądanych, jednak nie przestrzegano obowiązujących w tych zakresach procedur. Szpital prawidłowo udzielał pacjentom informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W okresie objętym kontrolą Szpital prowadził dokumentację medyczną w postaci elektronicznej uzupełnianą przez dokumenty papierowe, takie jak indywidualna karta zleceń lekarskich. System teleinformatyczny, w którym była prowadzona wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian, a także zapewniał informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany. Według wyjaśnień Prezes Zarządu od lipca 2023 r. dokumentacja medyczna prowadzona była w postaci papierowej, z uwagi na fakt, iż prowadzenie jej w postaci elektronicznej nie spełniało wymogów obowiązującego prawa.

(akta kontroli str. 682-683, 843, 970)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej wybranych 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. wykazało, że spełniała ona wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta. Zawierała elementy wskazane w §10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji oraz zgody i oświadczenia pacjenta wymagane przez § 8 rozporządzenia o dokumentacji. Prowadzona była systematycznie, a wpisy dokonywane były niezwłocznie po udzieleniu świadczenia z oznaczeniem osób dokonujących wpisu. W 13 przypadkach dokumentacja, mimo że była kompletna, to jednak zawierała nieponumerowane strony⁷⁴. Dodatkowo w przypadku jednej⁷⁵ nie dochowano należytej staranności przy pobieraniu wymaganych zgód zestawionych na dokumencie pn. „Oświadczenie pacjenta”, a w przypadku drugiej w sposób nieprawidłowy dokonano korekty błędnego zapisu⁷⁶ (szczegółowy opis w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 890-891)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie wprowadzono dodatkowych, własnych procedur prowadzenia dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 926)

4.2. Zapisy w regulaminach organizacyjnych⁷⁷ oraz przyjęte w Szpitalu od 20 lipca 2022 r. „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej” szczegółowo określały: warunki udostępniania tej dokumentacji pacjentom, osobom do tego upoważnionym przez pacjentów oraz podmiotom i organom władzy publicznej; formy udostępniania⁷⁸;

⁷⁴ Dotyczy dokumentacji medycznych oznaczonych nr 340/22, 2624/22, 1676/22, 3452/22, 3541/22, 3443/22, 4594/22, 4424/22, 4675/22, 5165/22, 3740/22, 5053/22 i 4492/22.

⁷⁵ Dotyczy dokumentacji medycznej oznaczonej nr 2624/22.

⁷⁶ Dotyczy dokumentacji medycznej oznaczonej nr 5165/22.

⁷⁷ Wprowadzonym zarządzeniem 8/12 Prezesa Zarządu Szpitala z 10 grudnia 2012 r. ze zm. oraz wprowadzonym z dniem 18 sierpnia 2023 r. Zarządzeniem Prezesa Zarządu z 17 sierpnia 2023 r.

⁷⁸ Do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, na informatycznym nośniku danych,

termin („bez zbędnej zwłoki”) oraz wysokość opłat. Dodatkowo informacje te dostępne były na stronie internetowej Szpitala⁷⁹. Ustalono także wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej⁸⁰. Mimo, że regulacje wewnętrzne ograniczały sposób składania wniosku o udostępnienie dokumentacji jedynie do formy pisemnej, w praktyce osoba uprawniona do dokumentacji mogła to zrobić także w innych formach, np. ustnie czy telefonicznie. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że „pacjent mógł zgłosić wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie telefonicznej, jednak przy odbiorze i tak był uzupełniany wniosek w formie papierowej”. Dodał, że w przypadku osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, weryfikowano upoważnienie dla takiej osoby wydane przez pacjenta, znajdujące się w dokumentacji medycznej.

W Szpitalu nie zostały wprowadzone wewnętrzne regulacje umożliwiające skuteczną weryfikację wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 892-908, 926)

W latach 2019-2023 (do 30 września) Szpital zarejestrował 157 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej⁸¹. Badanie w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej przeprowadzono na próbie wskazanej w pkt 4.1. Ustalono, że we wszystkich przypadkach wnioskodawcy, zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, zwolnieni byli opłaty za udostępnienie dokumentacji. Udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, najczęściej w dniu złożenia wniosku lub maksymalnie w terminie do sześciu dni od jego złożenia i poza dwoma przypadkami⁸² było zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami określonymi w ustawie o prawach pacjenta i rozporządzeniu w sprawie dokumentacji (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Nie przestrzegano jednak obowiązujących w Szpitalu zasad udostępniania dokumentacji medycznej, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 904-908, 917-919)

4.3. W Szpitalu 17 sierpnia 2023 r. wprowadzono Politykę Ochrony Danych⁸³ uwzględniającą w swojej treści wymogi § 1 ust 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Do tego czasu w Szpitalu nie opracowano udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów w tym okresie odbywało się przez personel, który nie posiadał stosownych upoważnień nadanych przez administratora. Zapewniono jednak aktualizację oprogramowania, o której mowa w § 1 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji oraz tworzono kopie zapasowe zasobów, które przechowywano w budynku innym niż baza produkcyjna. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że aktualizacja systemu szpitalnego

przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu na żądanie organów władzy publicznej lub sądu.

⁷⁹ [Link](#) - dostęp 7 listopada 2023 r.

⁸⁰ W części „Pouczenia” wyszczególniono m. in.: wyłączenie z obowiązku dokonania opłaty za udostępnioną dokumentację („Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej: pacjentowi albo jego przedstawicielowi po raz pierwszy w żądanym zakresie”), konieczność dołączenia pisemnego upoważnienia do udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji, które „dla swojej ważności musi być sporządzone w obecności pracownika udostępniającego dokumentację” oraz określono warunki wydania dokumentacji m.in.: „Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym”.

⁸¹ W kolejnych latach odpowiednio 44, 19, 21, 30 i 43.

⁸² Dotyczy indywidualnych dokumentacji medycznych oznaczonych nr 3452/22 i nr 1685/22.

⁸³ Wprowadzona Zarządzeniem nr 14/2023 Prezesa Zarządu Szpitala z 17 sierpnia 2023 r.

od 2016 r. przeprowadzana jest średnio co dwa miesiące, a kopia zapasowa wykonywana jest codziennie.

(akta kontroli str. 968-969, 972-1074, 1078)

Wytworzona bieżąca dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej przechowywana była w gabinetach lekarskich na oddziałach szpitalnych, których dotyczyła. Zakończona dokumentacja medyczna przez około dwa miesiące umieszczana była w zamkniętej na klucz szafie w pomieszczeniu oznaczonym jako „Statystyka Medyczna”, a po tym czasie przekazywana była do szpitalnego archiwum nazwanego „Zakładową Składnicą Akt”⁸⁴. Warunki przechowywania dokumentacji w pomieszczeniach statystyki medycznej oraz szpitalnego archiwum zabezpieczały ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem, utratą i dostępem osób nieuprawnionych⁸⁵.

(akta kontroli str. 936-941)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 970)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 13 z 20 objętych badaniem indywidualnych dokumentacji medycznych strony wydruku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej oraz stanowiące jej uzupełnienie strony dokumentacji w postaci papierowej (tj. np.: oświadczenie pacjenta, karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, zgoda na zabieg podwyższonego ryzyka, okołoooperacyjna karta kontrolna, karta znieczulenia, itp.) nie były ponumerowane i tym samym nie stanowiły chronologicznie uporządkowanej całości dokumentacji, co było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji⁸⁶. Dodatkowo w przypadku jednej z ww. dokumentacji⁸⁷ na opisie badania (gastroskopii) dokonano skreślenia, przy którym nie umieszczono zapisu o przyczynie błędu oraz daty i oznaczenia osoby dokonującej adnotacji, co naruszało dyspozycje § 4 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli str. 890-891, 909)

Dyrektor ds. Medycznych i Koordynatorzy oddziałów, w których prowadzona była badana dokumentacja⁸⁸ w kwestii braku numeracji stron wskazali, że nie była ona prowadzona, ponieważ nie było takiego wymogu i nie drukowano całej dokumentacji. Nie wyjaśniono przyczyny niezgodnej z wymogami korekty błędnych zapisów.

(akta kontroli str. 925-931, 934-935)

NIK zauważyła, że obowiązek numerowania stron dokumentacji medycznej nakłada rozporządzenie w sprawie dokumentacji, dlatego też przyjęte w Szpitalu wytyczne

⁸⁴ Zlokalizowanej w dwóch miejscach: w budynku Szpitala oznaczonym lit. H przy ul. Dr Jerzego Gerarda Koppa 1A w Golubiu-Dobrzyniu oraz w budynku przylegającym bezpośrednio do tego budynku.

⁸⁵ Stan faktyczny stwierdzony w trakcie oględzin przeprowadzonych 9 listopada 2023 r. w pomieszczeniu oznaczonym jako Statystyka Medyczna, oraz dwóch pomieszczeniach archiwum szpitalnego nazwanego „Zakładową Składnicą Akt”.

⁸⁶ Dotyczy dokumentacji medycznych oznaczonych nr 340/22, 2624/22, 1676/22, 3452/22, 3541/22, 3443/22, 4594/22, 4424/22, 4675/22, 5165/22, 3740/22, 5053/22 i 4492/22.

⁸⁷ Dotyczy dokumentacji medycznej oznaczonej nr 5165/22.

⁸⁸ Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy, Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Kardiologii i Oddziału Chirurgicznego.

oraz praktyka nie mogą pozostawać w sprzeczności z obowiązującymi w tym zakresie uregulowaniami prawnymi. Dokumentacja medyczna jest odzwierciedleniem kolejnych czynności podjętych przez Szpital na poszczególnych etapach leczenia, więc osoby dokonujące w niej wpisów w mają obowiązek prowadzić ją w porządku chronologicznym i w sposób prawidłowy dokonywać ewentualnych skreśleń.

2. W dwóch na 20 zbadanych przypadków udostępnienie dokumentacji medycznej nie było zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami:

a) W jednym przypadku wniosek o jej udostępnienie⁸⁹ złożyła, a następnie dokumentację tę odebrała osoba niewskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej oraz nieposiadająca pisemnego upoważnienia do takich czynności, co było niezgodne z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli str. 904-919)

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił: „pacjentka oczekiwała na wejście do lekarza, a córka w międzyczasie na prośbę matki zgłosiła się po kserokopię potrzebnej na wizytę dokumentacji”.

(akta kontroli str. 925, 932-933)

NIK zauważa, że informacje zawarte w dokumentacji medycznej są informacjami poufnymi, a przepisy ustawy o prawach pacjenta jednoznacznie wskazują osoby którym może być ona udostępniona.

b) W jednym przypadku⁹⁰ wysyłając za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej korespondencję z danymi pacjenta (skan karty znieczulenia) nie zastosowano zabezpieczenia tej dokumentacji, skutkiem czego nie zapewniono poufności danych, co było niezgodne z § 70 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli str. 904-908, 910, 917-919)

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że w przypadku wysyłania korespondencji pacjentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, dokumenty zostały zapisane w formacie pdf i wysłane na wskazany adres e-mail. Nie stosowano żadnych dodatkowych zabezpieczeń.

(akta kontroli str. 927)

NIK zauważa, że zgodnie § 70 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, dokumentację medyczną udostępnia się z zachowaniem jej poufności, która może być realizowana w przypadku udostępniania jej drogą elektroniczną np. poprzez szyfrowanie załączników i przekazywanie odrębnym kanałem hasła dostępowego do plików. Działania takie są istotne ze względu na ryzyko nieuprawnionego dostępu i przypadkowe przesłanie informacji do niewłaściwych odbiorców.

3. Warunki udostępnienia dokumentacji medycznej 19 z 20 badanych przypadków były niezgodnie z zasadami przyjętymi w Szpitalu w tym zakresie. Badanie wykazało, m.in., że: w czterech przypadkach dokumentację udostępniono bez złożonego uprzednio wniosku o jej udostępnienie⁹¹; tylko jeden⁹² z 15 objętych

⁸⁹ Dotyczy wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oznaczonego nr 19/22 w sprawie wydania kserokopii karty wypisowej z dokumentacji medycznej oznaczonej nr 3452/22.

⁹⁰ Dotyczy wydania kserokopii karty znieczulenia z dokumentacji medycznej oznaczonej nr 1685/22.

⁹¹ Dotyczy wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oznaczonych nr 15/22, 25/22, 26/22 i 29/22.

⁹² Dotyczy wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oznaczonego nr 6/22.

badaniem wniosków⁹³ wskazywał, że zweryfikowano tożsamość osoby, której udostępniana był dokumentacja medyczna, mimo że zgodnie z „Pouczeniem” zamieszczonym na wniosku „wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym”; w trzech przypadkach⁹⁴ na wnioskach o udostępnienie dokumentacji medycznej brakowało podpisu wnioskodawcy i/lub podpis osoby odbierającej dokumentację był nieczytelny oraz brakowało podpisu osoby przyjmującej wniosek i wydającej dokumentację.

(akta kontroli str. 904-908, 917-919)

W odniesieniu do udostępnienia dokumentacji medycznej bez złożonego uprzednio wniosku Dyrektor ds. Medycznych oraz pracownik statystyk medycznych w Szpitalu wyjaśnili, że w trzech przypadkach dotyczyło to pacjentów, którzy zgłosili się na wizytę kontrolną po leczeniu szpitalnym i konieczna była karta informacyjna, której ze sobą nie zabrali. W odniesieniu do czwartego przypadku⁹⁵ wskazali, że „dokumentacja została wysłana elektronicznie na prośbę pacjenta, po uprzedniej rozmowie telefonicznej”. W kwestii nieodnotowania nr dokumentu tożsamości osoby, której udostępniana była dokumentacja Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił natomiast, że każda osoba ubiegająca się o jakąkolwiek dokumentację medyczną jest dokładnie sprawdzana z dokumentem tożsamości, jednak w większości pacjenci nie wyrażają zgody na spisywanie danych z dowodu osobistego. Braki wymaganych podpisów Dyrektor ds. Medycznych tłumaczył pośpiechem lub przeoczeniem.

(akta kontroli str. 926, 932-933)

NIK zauważa, że udostępnianie dokumentacji medycznej powinno odbyć się zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami.

4. W okresie objętym kontrolą do 17 sierpnia 2023 r. w Szpitalu nie opracowano i nie stosowano udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej i systemów jej przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, wymaganych § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Dodatkowo przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez personel szpitala, który nie posiadał stosownych upoważnień nadanych przez administratora.

(akta kontroli str. 969, 1074, 1078)

Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że w marcu 2023 r. podpisano umowę z zewnętrznym wykonawcą świadczącym usługi w zakresie bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych, w sierpniu wprowadzono do stosowania Politykę Ochrony Danych zawierającą m.in. listę procesów przetwarzania danych/ wykaz zbiorów danych, rozpoczęto cykl szkoleń dla pracowników Szpitala po których rozpoczęto wydawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych, uwzględniających indywidualne zakresy obowiązków poszczególnych pracowników.

(akta kontroli str. 968-969)

Były Prezes Szpitala, z uwagi na brak dostępu do dokumentacji nie udzielił wyjaśnień w tej sprawie.

(akta kontroli str. 562)

⁹³ Jeden z wniosków oznaczony nr 6/22 dotyczył dwóch dokumentacji medycznych.

⁹⁴ Dotyczy wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oznaczonych nr 9/22, 28/22 i 27/22.

⁹⁵ Opisanego także w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* w pkt 2b.

5. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą 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. 970, 1074, 1079)

Dyrektor ds. Medycznych wskazał, że zasady zarządzania ryzykiem w zakresie danych osobowych (w tym dokumentacji medycznej stanowiącej jeden ze zbiorów danych) określa jeden z rozdziałów wprowadzonej w sierpniu 2023 r. Polityki Ochrony Danych oraz procedura pn. „Analiza ryzyka” stanowiąca załącznik do tego dokumentu. Dodał, że zgodnie z nimi analizę ryzyka przeprowadza się okresowo, co najmniej raz w roku i w przypadku Szpitala planowane jest to na grudzień 2023 r.

(akta kontroli str. 970, 1079)

Były Prezes Zarządu wyjaśnił natomiast, że „szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej było okresowym elementem spotkań z ordynatorami i kadrami kierowniczą komórek medycznych”.

(akta kontroli str. 562)

OCENA CZĄSTKOWA

Objęta badaniem dokumentacja medyczna pacjentów szpitala spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, jednak w większości przypadków jej strony nie były ponumerowane i nie stanowiły chronologicznie uporządkowanej całości. Niezgodnie z wymogami dokonywano także korekty błędnych zapisów. W Szpitalu nie stosowano ponadto systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem. Warunki przechowywania dokumentacji w formie papierowej zabezpieczały ją przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

5.1. Na oddziałach szpitalnych⁹⁶ do dyspozycji hospitalizowanych pacjentów były w większości sale wieloosobowe (powyżej trzech łóżek) wyposażone w umywalkę, bez węzła sanitarno-higienicznego. W razie potrzeby korzystano z parawanów umożliwiających zachowanie intymności pacjentów. Karty gorączkowe umieszczane były przy łóżkach pacjentów w ramach wykonanych z nieprzeziernych materiałów, uniemożliwiających wgląd w dane zawarte w karcie⁹⁷ lub w ramach zasłaniających dane osobowe pacjenta⁹⁸. Zlokalizowane na korytarzach oddziałów dostępne dla pacjentów łazienki i toalety dostosowane były do potrzeb osób z ograniczeniami ruchowymi. Stan techniczny sal chorych i pomieszczeń sanitarnych był dobry. W trakcie oględzin nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych na korytarzu. Na wizytowanych oddziałach nie wydzielono odrębnych pomieszczeń przeznaczonych do przeprowadzenia badań i wywiadów z pacjentami, przekazywania informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym, rokowaniach itp. Według uczestniczących w oględzinach Dyrektora ds. Medycznych i Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgicznego, wywiad z pacjentem i badanie lekarskie przy przyjęciu do Szpitala przeprowadzane były w Izbie Przyjęć, natomiast szczegółowe

⁹⁶ Badaniem objęto: Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Kardiologiczny oraz Oddział Chirurgiczny, na których 24 października 2023 r. przeprowadzono oględziny wybranych pomieszczeń.

⁹⁷ W Oddziale Chirurgicznym.

⁹⁸ W Oddziale Chorób Wewnętrznych. W Oddziale Kardiologicznym zrezygnowano z umieszczania kart gorączkowych przy łóżkach pacjentów.

informacje związane z leczeniem poszczególnych pacjentów omawiane były w gabinecie lekarskim, gabinecie zabiegowym lub na wolnej sali⁹⁹.

(akta kontroli str. 944-963)

Ogólne zasady odwiedzin w Szpitalu w okresie objętym kontrolą regulowały: Regulamin odwiedzin w Szpitalu¹⁰⁰, zarządzenie w sprawie wprowadzenia zasad odwiedzin pacjentów w Szpitalu¹⁰¹ oraz zapisy w regulaminie organizacyjnym z 2023 r. Dokumenty te nie precyzowały zasad i trybu odwiedzin w salach pooperacyjnych i salach intensywnego nadzoru. Prezes Szpitala wyjaśniła, że forma odwiedzin w tych miejscach ustalana była każdorazowo przez ordynatora oddziału lub lekarza dyżurnego.

(akta kontroli str. 942, 944-965)

5.2. W Szpitalu nie opracowano wewnętrznych procedur dotyczących zapewnienia prawa do umierania w godności i spokoju. Zapisy dotyczące tych kwestii zawarte zostały w regulaminie organizacyjnym z 2023 r.¹⁰². Prezes Zarządu wyjaśniła ponadto: „Kierując się możliwościami organizacyjnymi oraz dobrem pacjenta, starano się umieszczać tych chorych na osobnych salach, zapewniana była możliwość przebywania bliskich (czasami nawet całodobowa), optymalizowano leczenie przeciw bólowe, pielęgnowano chorych, prowadzono profilaktykę przeciwoleżynową oraz zapewniono posługę kapłańską”.

Nierespektowanie praw do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg zgłaszanych przez rodziny pacjentów¹⁰³.

(akta kontroli str. 682, 964-965)

5.3. W Szpitalu nie prowadzono monitoringu pomieszczeń, w których udzielane były świadczenia zdrowotne. System obserwacji dotyczył miejsc ogólnodostępnych. W Szpitalu w budynku głównym zainstalowane były trzy kamery¹⁰⁴. Obszar objęty monitoringiem posiadał oznaczenie w postaci piktogramów. Sposób obserwacji tych miejsc nie został ujęty w regulaminie organizacyjnym. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że „kamera w korytarzu prowadzącym do laboratorium to atrapa (nie nagrywa i nie ma możliwości zobaczenia obrazu). Została zamontowana w celu odstraszenia złodzieja dzwonek bezprzewodowych do laboratorium”. Dodał, że pozostałe dwie kamery nie nagrywają i nie ma możliwości zapisywania obrazu, dlatego też informacje na ten temat nie zostały ujęte w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Wskazał, że służą one wyłącznie zapewnieniu bezpieczeństwa personelu ze względu na agresywne zachowania niektórych pacjentów i osób im towarzyszących.

(akta kontroli str. 842-843, 936-941)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Stan techniczny pomieszczeń w oddziałach szpitalnych i przyjęte rozwiązania organizacyjne miały na celu respektowanie praw pacjentów do poszanowania ich intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i pobytu w szpitalu. Mimo braku wewnętrznych procedur dotyczących zapewnienia prawa do umierania w spokoju i godności podejmowano działania w celu respektowania tego

⁹⁹ Protokoły oględzin z 24 października 2023 r.

¹⁰⁰ Załącznik nr 4 do regulaminu organizacyjnego z 2012 r.

¹⁰¹ Zarządzenie nr 5/2022 Prezesa Zarządu Szpitala z 8 czerwca 2022 r.

¹⁰² W rozdziale pn. *Prawa i obowiązki pacjenta* wskazano, że pacjent ma prawo do *umierania w spokoju i godności, a pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień*.

¹⁰³ Patrz pkt 1.1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹⁰⁴ Przy Izbie Przyjęć, przy Pracowni Radiologicznej oraz w korytarzu prowadzącym do laboratorium.

prawa w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Wprowadzony w Szpitalu system obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych służył zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów i pracowników.

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 | Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag. |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none">1. Rozpatrywanie skarg na działania Szpitala zgodnie z procedurami wewnętrznymi.2. Dostosowanie regulaminu organizacyjnego z 2023 r. do obowiązującego stanu prawnego i faktycznego.3. Stosowanie jednolitych formularzy zgód pacjentów na zabiegi medyczne dostosowanych do konkretnej operacji/zabiegu i rzetelne ich wypełnianie.4. Terminowe zgłaszanie Wojewodzie zmian danych objętych RPWDL.5. Zapewnienie prawidłowego prowadzenia list oczekujących i przekazywanie do NFZ rzetelnych danych w tym zakresie.6. Podjęcie działań celem umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.7. Zapewnienie systematycznego odnotowywania w dokumentacji medycznej pacjentów odczuwających ból informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia.8. Wymaganie od pracowników Szpitala postępowania zgodnego z przyjętymi zasadami określonymi w wewnętrznych uregulowaniach w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn oraz zdarzeń niepożądanych.9. Egzekwowanie od personelu medycznego prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.10. Udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa, a także dokumentowanie procesu jej udostępniania w sposób wskazany z przyjętej w Szpitalu w tym zakresie procedurze.11. Systematyczne szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzanie tym ryzykiem. |

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 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, 13 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy
(-) Jolanta Szydłowska-Hęsiak
Główny specjalista kontroli
państwowej

(-) Monika Kazimierczak
Główny specjalista kontroli
państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p. o. Dyrektor
(-) Tomasz Sobecki