



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI.410.17.1.2023

Leszek Lepiarz
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Skarżysku-Kamiennej
Szpitala Powiatowego
im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Szpitalna 1
26-110 Skarżysko-Kamienna

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana

Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie (dalej: ZOZ, Szpital), ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna.

Kierownik jednostki kontrolowanej

Od 1 sierpnia 2015 r. Dyrektorem Szpitala jest Leszek Lepiarz.

Zakres przedmiotowy kontroli

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.
2. Przestrzeganie prawa do informacji.
3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.
4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.
5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Okres objęty kontrolą

Lata 2019-2023 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych).

Podstawa prawna podjęcia kontroli

Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.

Kontrolerzy

1. Agnieszka Olejarz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/102/2023 z 27 września 2023 r.
2. Sławomir Tokarczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/108/2023 z 12 października 2023 r.
3. Karol Kuleta, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/109/2023 z 12 października 2023 r.

(akta kontroli str. 1-5, 6-7)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Dyrektor Szpitala zapewnił prawidłowy nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Wpływające skargi były rozpatrywane rzetelnie oraz bez zbędnej zwłoki, a wyniki ich analizy wykorzystywano w bieżącej działalności Szpitala. Systematycznie prowadzone były badania satysfakcji pacjentów z pobytu na oddziałach szpitalnych. Stwierdzona nieprawidłowość o charakterze formalnym, polegająca na niewprowadzeniu wewnętrznych uregulowań, przewidzianych w regulaminie organizacyjnym ZOZ, dotyczących postępowania m.in. ze skargami, nie miała wpływu na ocenę w zakresie sprawowania nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjentów. Wprowadzone rozwiązania organizacyjne zapewniały pacjentom dostęp do informacji i dawały możliwość zapoznania się z prawami pacjenta, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ (dalej: ustawa o prawach pacjenta). Zarówno strona internetowa Szpitala, jak również formularze zgód na wykonywane zabiegi, pozwalały świadczeniobiorcom na zapoznanie się z możliwościami leczenia oraz uzyskanie rzetelnych informacji na temat planowanych zabiegów wraz z ich przebiegiem. Mimo nieprawidłowości o charakterze organizacyjnym, pacjentom zapewniono odpowiednią dostępność świadczeń. Zakresy udzielanych świadczeń zawarte w strukturze organizacyjnej placówki były zgodne z wpisami w księdze rejestrowej prowadzonej dla Szpitala, za wyjątkiem izby przyjęć działającej w miejscu udzielania świadczeń w Skarżysku-Kamiennej przy ul. Ekonomii 4, której nie wpisano do regulaminu organizacyjnego. Na oddziałach szpitalnych nie udostępniono niektórych informacji określonych w § 11 ust. 4 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ (dalej: załącznik OWU). W ZOZ rzetelnie prowadzono listy pacjentów oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń, jednak nie umożliwiono im umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu respektowano prawo pacjentów do leczenia bólu wynikające z art. 20a ustawy o prawach pacjenta, jak również rzetelnie stosowano wprowadzone standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn, za wyjątkiem stwierdzonego przypadku niepoinformowania przy wypisie o profilaktyce przeciwodleżynowej. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych funkcjonował prawidłowo. Dokumentacja medyczna pacjentów była kompletna, spełniała wymogi art. 25 ustawy o prawach pacjenta, jak również zawierała wszystkie elementy wskazane w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji). Wpisy obserwacji lekarskich w analizowanej dokumentacji medycznej nie były dokonywane niezwłocznie – w 12 spośród 20 dokumentacji, wpisu obserwacji dokonano po upływie od jednego do nawet 317 dni od jej przeprowadzenia. Warunki udostępniania dokumentacji były zgodne z obowiązującymi przepisami. Sposób przechowywania dokumentacji nie budził zastrzeżeń, poza brakiem przeglądów technicznych dwóch

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

³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

gaśnic znajdujących się w archiwum szpitalnym. W Szpitalu przestrzegano prawa do poszanowania intymności i godności pacjentów w trakcie udzielania świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą złożono 46 skarg na działania Szpitala, przy czym 38 z nich dotyczyło nieprzestrzegania praw pacjenta (82,6%). W poszczególnych latach liczba skarg (w tym skarg dotyczących naruszania praw pacjenta) kształtowała się odpowiednio:

- 2019 r. złożono siedem skarg – wszystkie dotyczyły praw pacjenta;
- 2020 r. – 10 skarg – 60% dotyczyło praw pacjenta (sześć skarg);
- 2021 r. – 10 skarg – 90% dotyczyło praw pacjenta (dziewięć skarg);
- 2022 r. – 14 skarg – 78,6% dotyczyło praw pacjenta (11 skarg);
- 2023 r. (do II kwartału) 5 skarg – wszystkie dotyczyły praw pacjenta.

(akta kontroli str. 8)

Liczba złożonych skarg w latach 2019 – 2022 wykazywała tendencję wzrostową. Jak wyjaśnił Dyrektor ZOZ, *wzrost skarg związany był z epidemią COVID-19. W wyżej wymienionym okresie oddziały Szpitala kilkakrotnie były przekształcane w oddziały covidowe, co wiązało się z trudnościami przyjęcia pacjenta do szpitala i następstw z tym związanych. Był to okres trudny, nie tylko dla pacjentów ale także personelu (...).*

(akta kontroli str. 9-17)

Z analizy treści składanych skarg w okresie objętym kontrolą wynikało, że najczęściej ich przedmiotem było naruszenie: prawa pacjenta poprzez niezachowanie należytej staranności przy udzielaniu świadczeń i nieprzestrzeganie etyki zawodowej (50% wszystkich skarg dotyczących praw pacjenta), prawa do świadczeń zdrowotnych (47,4%) oraz prawa pacjenta do informacji (2,6%). Udział skarg pacjentów hospitalizowanych na oddziale ginekologiczno-położniczym był niewielki. Ze wszystkich 38 złożonych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta tylko jedna dotyczyła oddziału położniczego.

(akta kontroli str. 8)

Wszystkie składane do Szpitala skargi były przedmiotem analiz kierownictwa jednostki a wnioski niezwłocznie wdrażane. W trakcie przygotowywania odpowiedzi na skargi, na bieżąco starano się eliminować zasadne zarzuty podniesione w pismach poprzez rozmowy dyscyplinujące z personelem, szkolenia i sugestie podnoszone na spotkaniach kierownictwa Szpitala. Dyrektor wyjaśnił, że *każda skarga była objęta analizą kierownictwa Szpitala w celu poprawy zarządzania placówką i lepszego przestrzegania praw pacjenta. Wszystkie wnioski były przekazywane do kierowników jednostek organizacyjnych celem wyeliminowania przyczyn skarg, co odzwierciedla się w statystyce złożonych skarg w tym roku – liczba skarg wyraźnie zmniejszyła się.*

akta kontroli str. 9-17, 18-20)

Zasady przyjmowania, rejestrowania, rozpatrywania i załatwiania skarg, petycji i wniosków określone zostały w regulaminie organizacyjnym Szpitala (dalej: regulamin organizacyjny)⁷. Zgodnie z § 73 ust. 2 regulaminu organizacyjnego

⁶ 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.

⁷ W okresie objętym kontrolą obowiązywał regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem Dyrektora ZOZ nr 57/2022 z dnia 8 grudnia 2022 r., a poprzednio regulamin wprowadzony zarządzeniem nr 65/2017 z dnia

wprowadzonego zarządzeniem nr 57/2022 Dyrektora ZOZ z 8 grudnia 2022 r., szczegółowe zasady przyjmowania, rejestrowania, rozpatrywania i załatwiania skarg, petycji i wniosków w ZOZ, Dyrektor powinien określić odrębnym zarządzeniem wewnętrznym. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych⁸ nie wydał takiego zarządzenia o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Dodatkowo, w regulaminie organizacyjnym obowiązującym do 8 grudnia 2022 r. nie było postanowień regulujących sposób rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów.

(akta kontroli str. 21-151)

Szczegółowym badaniem objęto 20 skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta⁹. We wszystkich przypadkach kierownictwo Szpitala podejmowało działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego bez zbędnej zwłoki. Działania te polegały na ustaleniu okoliczności będących przedmiotem skarg, weryfikacji dostępnej dokumentacji medycznej i przyjmowaniu wyjaśnień personelu. W przypadku, gdy sprawa była skomplikowana powoływany był zespół, w skład którego wchodził Zastępca Dyrektora ds. medycznych, Naczelna Pielęgniarka oraz przedstawiciele oddziałów, których dotyczyła skarga, w celu jej dokładnego wyjaśnienia. We wszystkich przypadkach Dyrektor pisemnie powiadamiał wnoszącego skargę o sposobie jej załatwienia. Liczba dni, które upłynęły od daty wpływu skargi do odpowiedzi wynosiła od siedmiu do 32. Dyrektor wyjaśnił, że przekroczenie terminu w jednym przypadku spowodowane było faktem, iż (...) przesyłka z *Biura Rzecznika Praw Pacjenta* została odebrana w dniu 4 sierpnia 2022 r. Termin 30 dni wypadał na dzień 3 września 2022 r. tj. na sobotę. Zgodnie z art. 54 § 4 kpa *Jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy lub na sobotę, termin upływa następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą. Pismo do Rzecznika Praw Pacjenta zostało przygotowane w pierwszym dniu wolnym od pracy tj. w dniu 5 września 2022 r. (poniedziałek). Z uwagi na dużą ilość korespondencji została ona skierowana do wysłania dnia następnego, tj. 6 września 2022 r. Dodatkowo wskazuję, iż skierowanie odpowiedzi do Rzecznika nie mogło nastąpić wcześniej bowiem podmiot leczniczy był w treści pisma zobowiązany do przeprowadzenia szkolenia personelu medycznego oraz przesłania listy obecności uczestników szkolenia. Z uwagi na sezon urlopowy szkolenie to odbywało się w kilku turach, która to ostatnia miała miejsce 1 września 2022 r. W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, iż skarga rodziny pacjentki została przesłana w piśmie z dnia 14 lutego 2022 r. zatytułowanym „Wezwanie do zapłaty wraz ze zgłoszeniem szkody”. Pismo to przekazano do ubezpieczyciela 15 lutego 2022 r., a odpowiedź na nie przesłano w dniu 8 marca 2022 r.*

(akta kontroli str. 18-20, 152-157)

W Szpitalu prowadzono cykliczne badania poziomu satysfakcji pacjentów w okresie objętym kontrolą. ZOZ nie wprowadził uregulowań wewnętrznych dotyczących tego rodzaju badań. Obszary badawcze dotyczyły m.in. struktury wiekowej i płci, sposobu skierowania oraz przyjęcia do Szpitala, wyposażenia sal chorych, diet i posiłków, opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, diagnostyki, uprzejmości personelu oraz warunków socjalnych. Badania takie wykonywane były raz w roku (badania za 2023 r. jeszcze nie zrealizowano), na podstawie ankiet rozdawanych pacjentom bądź ich rodzinom w ostatnim dniu pobytu w szpitalu. Ogólne oceny dobre i bardzo dobre¹⁰ w poszczególnych latach wystawiło: 100% ankietowanych w 2019 r., 99,6% w 2020 r.,

29 grudnia 2017 r., ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniem nr 77/2018 z 28 grudnia 2018 r. oraz 68/2021 z 17 listopada 2021 r.

⁸ Czynności kontrolne zakończono 22 listopada 2023 r.

⁹ Doboru próby do szczegółowego badania skarg pacjentów dokonano celowo, wybierając po cztery skargi z każdego roku objętego kontrolą spośród skarg o najdłuższym czasie odpowiedzi.

¹⁰ W latach 2019-2021 skala ocen była trójstopniowa: zła, dobra i bardzo dobra; w 2022 r. zmodyfikowano skalę ocen na pięciostopniową: bardzo źle, źle, zadowolająco, dobrze i bardzo dobrze.

99% w 2021 r. oraz 100%¹¹ w 2022 r. Oceny złe i bardzo złe wystawiło 0,4% ankietowanych w 2020 r. i 1% w 2021 r. W latach 2019 i 2022 nie było ocen złych i bardzo złych.

(akta kontroli str. 158-222)

Dyrektor wyjaśnił, że wnioski, które są elementem końcowym analizy danych w ramach corocznego badania satysfakcji pacjentów realizowanego za pomocą anonimowych ankiet, są przedstawiane i omawiane przez kierownictwo Szpitala na spotkaniach z kierownikami oddziałów, pracowni i zakładów oraz z pielęgniarkami/położnymi koordynującymi i nadzorującymi pracę innych pielęgniarek i położnych. W ramach spotkań wypracowywane są rozwiązania, które mają przyczynić się do zminimalizowania ocen negatywnych, pojawiających się w badanych obszarach oraz wskazywane są dobre praktyki funkcjonujące w Szpitalu. W ramach indywidualnych rozmów z kierownikami i pielęgniarkami/położnymi koordynującymi, omawiane są szczegółowe wyniki ankiet dotyczące ich komórek organizacyjnych. Większość wniosków płynących z ankiet jest realizowana na bieżąco, podobnie jak i monitorowanie ich realizacji.

(akta kontroli str. 152-157)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono 69 kontroli wewnętrznych i zewnętrznych¹² (21 w 2019 r., osiem w 2020 r., osiem w 2021 r., 19 w 2022 r. oraz 13 w 2023 r.). Jedynie cztery z nich dotyczyły problematyki przestrzegania praw pacjenta (dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej). Były to kontrole przeprowadzone przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie: pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego (w 2021 r.), pielęgniarstwa pediatrycznego (w 2023 r.), pediatrii (w 2023 r.) oraz kontrola NIK, przeprowadzona w 2021 r., dotycząca dostępności świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej¹³. W wyniku kontroli konsultantów wojewódzkich nie stwierdzono uwag ani też nie formułowano wniosków, natomiast kontrola NIK wykazała, że w Szpitalu nie umożliwiono pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Szpital zrealizował wnioski pokontrolne, tj. wdrożył możliwość e-rejestracji w poradni rehabilitacyjnej, o czym poinformował jednostkę kontrolującą.

(akta kontroli str. 223-230, 231)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieokreśleniu przez Dyrektora Szpitala – do dnia zakończenia czynności kontrolnych⁵ – w drodze zarządzenia, szczegółowych zasad przyjmowania, rejestrowania, rozpatrywania i załatwiania skarg, petycji i wniosków, do czego zobowiązywał § 73 ust. 2 regulaminu organizacyjnego, wprowadzonego zarządzeniem nr 57/2022 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej z dnia 8 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 21-151)

Jak wyjaśnił Dyrektor, skargi, petycje, wnioski w ZOZ były przyjmowane, rejestrowane, rozpatrywane i załatwiane w sposób zwyczajowo przyjęty przez Zastępcę dyrektora ds. medycznych, Naczelną Pielęgniarkę i kierowników z jednostek organizacyjnych Szpitala, których dotyczyła skarga. Zarządzenie o którym mowa w § 73 ust. 2 regulaminu jest w trakcie opracowywania i zostanie wydane niezwłocznie.

(akta kontroli str. 9-17)

¹¹ W tym 6% wystawiło ocenę zadowalającą.

¹² 66 kontroli zewnętrznych oraz 3 kontrole wewnętrzne – stan na 8 listopada 2023 r.

¹³ Kontrola nr P/21/054 Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej, obejmująca okres od 2019 r. do pierwszego półrocza 2021 r.

NIK zauważa, że niewypełnienie przez Dyrektora obowiązku nałożonego postanowieniami regulaminu organizacyjnego, mogło sprzyjać powstawaniu wątpliwości natury kompetencyjnej oraz odnośnie zakresu odpowiedzialności przy rozpatrywaniu skarg.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wprowadzone i realizowane w Szpitalu rozwiązania organizacyjne zapewniające nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

OBSZAR

2. Przestrzeganie prawa do informacji

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, Szpital udostępnił informacje o prawach pacjenta, w formie pisemnej poprzez umieszczenie ich w swoim lokalu w miejscach ogólnodostępnych. Dostępność powyższych informacji dla pacjentów szczegółowo zweryfikowano na oddziałach: chirurgicznym, neurologicznym oraz ginekologiczno-położniczym. We wszystkich trzech oddziałach, na korytarzach, umieszczono tablice informacyjne, na których znajdowały się informacje o prawach pacjenta. Na tablicach widniały również numery telefonów alarmowych, adres i numer bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta, zasady składania skarg i wniosków oraz informacje o bezpłatnej infolinii NFZ, na której można było uzyskać informacje w zakresie udzielanych świadczeń, terminach oczekiwania na świadczenia itp. Umieszczenie tablic umożliwiało pacjentom oddziałów zapoznanie się z zamieszczonymi na nich informacjami. Nie stwierdzono również żadnych przeszkód lub utrudnień w dostępie do nich, także przez pacjentów nieporuszających się samodzielnie.

(akta kontroli str. 232-242)

Obowiązujący od 29 grudnia 2017 r. do 7 grudnia 2022 r. regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierał żadnych postanowień dotyczących przestrzegania praw pacjenta. Wprowadzony 8 grudnia 2022 r. nowy regulamin organizacyjny szczegółowo już określał prawa i obowiązki pacjenta. Zawarto w nim zapisy dotyczące m.in.: prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej, rzetelnej informacji o swoim stanie zdrowia, wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie określonych świadczeń, zachowania w tajemnicy związanych z nim informacji, udostępnienia mu dokumentacji medycznej, pomocy i wyjaśnień w sposobie przygotowania do badań i zabiegów, poszanowania praktyk religijnych oraz zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej. W nowym regulaminie organizacyjnym wskazano ponadto, że powołany w Szpitalu pełnomocnik ds. praw pacjenta ma za zadanie zapewnić pacjentom pomoc i udzielać im informacji na temat obowiązującego prawa, ustalać, czy doszło do naruszenia praw pacjenta oraz wyjaśniać okoliczności dotyczące skarg.

(akta kontroli str. 21-151, 243)

Informacje o prawach pacjenta umieszczono także na stronie internetowej Szpitala¹⁴ (na podstronie „*Prawa i obowiązki pacjenta*”). Zamieszczono tam: wykaz aktów prawnych dotyczących przestrzegania praw pacjenta, informacje dotyczące procedury składania skarg i wniosków, zasad udostępniania dokumentacji medycznej, obecności bliskich pacjentów w czasie udzielania świadczeń medycznych itd. Na podstronie „*RODO*” zamieszczono z kolei klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych oraz monitoringu.

(akta kontroli str. 244-247)

Prawa pacjenta zostały również wskazane w broszurach informacyjnych dostępnych dla pacjentów w punkcie rejestracji w szpitalnym oddziale ratunkowym. W broszurach

¹⁴ www.zoz.com.pl (dostęp 9 listopada 2023 r.).

wskazano ponadto numery telefoniczne szpitalnych oddziałów, wykaz niezbędnych rzeczy przy przyjęciu do szpitala oraz informacje o depozycie ubrań.

(akta kontroli str. 248)

W regulaminie organizacyjnym obowiązującym w okresie od 29 grudnia 2017 r. do 16 listopada 2021 r. nie określono, wbrew dyspozycji art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej¹⁵, organizacji i zadań Pracowni Fizjoterapii, co zostało stwierdzone w toku przeprowadzonej w Szpitalu kontroli NIK (v. przypis nr 13). Wniosek pokontrolny w powyższym zakresie został przez Szpital zrealizowany.

(akta kontroli str. 21-76, 243)

Obowiązujące od 17 listopada 2021 r. regulaminy organizacyjne Szpitala określały wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ustawy o działalności leczniczej, w tym m.in: cele i zadania, strukturę organizacyjną, rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunki ich współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz administracyjno-gospodarczym.

(akta kontroli str. 77-151, 243)

Na stronie internetowej Szpitala opublikowano informacje dotyczące uzyskanych certyfikatów (np. o nadanym przez WHO i UNICEF certyfikacie *Szpital przyjazny dziecku*), materiały promujące Szpital w mediach oraz informacje o działalności i osiągnięciach szpitalnych oddziałów (informacje te były dostępne na podstronach przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów). Na stronie zamieszczono również galerie zdjęć przedstawiające szpitalne oddziały i pracownie, gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, *pokój życzliwości* (świetlica dla dzieci na oddziale pediatrycznym wyposażona w sprzęt komputerowy i telewizyjny, gry edukacyjne itp.), które pozwalają pacjentowi przeprowadzić porównanie z innymi placówkami medycznymi.

(akta kontroli str. 244-247)

W Szpitalu wprowadzona została procedura wewnętrzna dotycząca trybu pobierania świadomej zgody na zabieg medyczny¹⁶. Określono w niej warunki, jakie musi spełnić zgoda dla jej skuteczności, wskazano także przypadki, w których jej wyrażenie nie jest wymagane (np. konieczność niezwłocznej pomocy lekarskiej) oraz opisano procedurę postępowania z pacjentami małoletnimi, ubezwłasnowolnionymi lub niezdolnymi do świadomego wyrażenia zgody.

(akta kontroli str. 249-252)

Weryfikacja dziesięciu formularzy zgody na wykonanie procedur medycznych wykazała, że pacjenci Szpitala otrzymywali rzetelne informacje, które pozwalały im podjąć decyzję o przeprowadzeniu zabiegu z pełną świadomością tego, na co się godzą i czego mogą się spodziewać¹⁷. Wszystkie zgody udzielone były w formie pisemnej, spełniały wymagania wewnętrznej procedury Szpitala oraz były prawnie skutecznie. Udzielane były w odpowiednim czasie (zgody wyrażone przed zabiegiem) oraz przez osoby uprawnione do ich udzielenia. Zawierały w szczególności informacje o rodzaju, celu zabiegu i jego następstwach (informacje o oczekiwanych korzyściach oraz najczęściej towarzyszącym zabiegowi ryzykach/powikłaniach). Zakres informacji udzielanych pacjentom uzależniony był od rodzaju planowanego zabiegu. Informacje

¹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

¹⁶ Procedura nr PM – 35 dotycząca trybu pobierania świadomej zgody na zabieg medyczny.

¹⁷ Szczegółową analizą objęto 10 formularzy zgody dobranych w sposób celowy – zgody dotyczyły oddziału zabiegowego (Chirurgia) i pochodziły z ostatniego miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie czynności kontrolnych.

zawarte w formularzach dawały pogląd pacjentom także o możliwych, w ich wypadku, alternatywnych metodach leczenia. Zawierały ponadto informacje o prawie pacjenta do zadawania lekarzowi wszelkich pytań odnośnie proponowanego leczenia. Wśród przebadanych zgód nie wystąpiły zgody blankietowe¹⁸.

(akta kontroli str. 253)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wprowadzone w Szpitalu rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji.

3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Dane dotyczące zakładów, jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala zawarte w księdze rejestrowej¹⁹ były zgodne z regulaminem organizacyjnym²⁰, poza danymi dotyczącymi izby przyjęć funkcjonującej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w budynku Szpitala przy ul. Ekonomii 4. Izba przyjęć widniała w księdze rejestrowej, jednak nie została wykazana w regulaminie organizacyjnym. Dyrektor wyjaśnił, że wynika to z omyłki pisarskiej i w najbliższym czasie izba zostanie w regulaminie wykazana. W wyniku oględzin oddziałów Chirurgicznego, Ginekologiczno-położniczego, Neurologicznego, Laryngologicznego i Pediatrycznego nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym a księgą rejestrową – oddziały faktycznie funkcjonowały w strukturze Szpitala.

(akta kontroli str. 77-151, 152-157, 254-255, 256-295.)

Wszelkie zmiany danych objętych rejestrem Szpital zgłaszał organowi prowadzącemu rejestr (województwie świętokrzyskiemu) w terminie określonym w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, poza informacją o czasowym zaprzestaniu funkcjonowania oddziału wewnętrznego.

(akta kontroli str. 296-309)

Od 1 sierpnia 2023 r., powyższy oddział, czasowo zaprzestał udzielania świadczeń z powodu braku wymaganej obsady lekarskiej koniecznej do prowadzenia działalności. Przed zgłoszeniem stosownych zmian danych w księdze rejestrowej Dyrektor, zgodnie z art. 34 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zwrócił się do wojewody świętokrzyskiego z wnioskiem o wyrażenie zgody na czasowe zawieszenie działalności oddziału na okres trzech miesięcy (począwszy od 1 sierpnia 2023 r.)²¹. W odpowiedzi²², wojewoda poinformował, że częściowe zaprzestanie działalności leczniczej oddziału spowoduje brak możliwości leczenia pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych na terenie powiatu skarżyskiego. Zamknięcie oddziału spowoduje ponadto, iż nie będą spełnione warunki do realizacji świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej: SOR). Wojewoda wskazał również, że Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej Fundusz, NFZ) wyraził negatywną opinię w przedmiotowej sprawie. W celu utrzymania SOR w strukturach Szpitala wojewoda wniósł o rozważenie zmniejszenia liczby łóżek na oddziale.

Pismem z dnia 14 lipca 2023 r.²³ Dyrektor przekazał, że zawieszenie działalności oddziału faktycznie spowoduje brak możliwości leczenia pacjentów w zakresie chorób wewnętrznych na terenie powiatu skarżyskiego, jednak będą oni nadal objęci opieką

¹⁸ Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody podpisane bez wskazania przedmiotu zgody (np. rodzaju zabiegu leczniczego).

¹⁹ Księga rejestrowa nr 000000014643 – stan na dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych, tj. 02.10.2023 r.

²⁰ Regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem Dyrektora ZOZ nr 57/2022 z 8 grudnia 2022 r.

²¹ Pismo znak: AM.0703.08.2023.AS z dnia 28 czerwca 2023 r.

²² Pismo znak: PSZ.IX.9610.233.2023 z dnia 10 lipca 2023 r.

²³ Pismo znak: AM.0703.08.2023.JS z dnia 14 lipca 2023 r.

ambulatoryjną w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, natomiast zmniejszenie liczby łóżek na oddziale nie rozwiąże problemu zapewnienia koniecznej obsady lekarskiej.

Wojewoda świętokrzyski decyzją z dnia 28 lipca 2023 r. odmówił jednak zgody na czasowe zaprzestanie działalności oddziału²⁴. Dyrektor od tej decyzji złożył odwołanie do Ministra Zdrowia²⁵.

Pismem z dnia 31 lipca 2023 r.²⁶ Dyrektor poinformował Fundusz o czasowym zawieszeniu funkcjonowania oddziału (od 1 sierpnia do 31 października 2023 r.). Informację tę przekazał również wojewodzie świętokrzyskiemu²⁷.

W odpowiedzi NFZ wezwał Szpital do wznowienia udzielania świadczeń w oddziale w terminie do dnia 30 września 2023 r.²⁸ Pismem z dnia 27 września 2023 r.²⁹, Dyrektor zwrócił się o przedłużenie tego terminu do 31 grudnia 2023 r. NFZ wyraził zgodę³⁰ wskazując jednocześnie, że jest to termin ostateczny, po upływie którego dalszy brak funkcjonowania oddziału skutkować będzie rozwiązaniem umowy ze Szpitalem w całości albo w części, w której nie może być realizowana bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Minister Zdrowia decyzją z dnia 3 listopada 2023 r.³¹ umorzył postępowanie dotyczące zaskarżonej decyzji wojewody świętokrzyskiego wskazując, że stało się bezprzedmiotowe, bowiem okres czasowego zaprzestania, którego dotyczył wniosek (od 1 sierpnia do 31 października 2023 r.) upłynął w trakcie rozpatrywania odwołania przez organ drugiej instancji.

Pismem z dnia 15 listopada 2023 r.³² Dyrektor ponownie poinformował wojewodę o czasowym zaprzestaniu działalności oddziału spowodowanym *siłą wyższą*, o której mowa w art. 34 ust. 8 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, jaką jest brak odpowiedniej specjalistycznej kadry lekarskiej. Reasumując, Szpital nie zgłosił do rejestru informacji o czasowym zaprzestaniu funkcjonowania oddziału wewnętrznego zgodnie z art. 107 ust. 1 ww. ustawy, lecz powodem tego była przeciągająca się procedura uzyskania zgody wojewody zgodnie z art. 34 ust. 2 przywołanej ustawy.

(akta kontroli str. 310-350)

Oddziały szpitalne zlokalizowane były w budynku głównym Szpitala przy ul. Szpitalnej 1 w Skarżysku-Kamiennej. Szczegółowo zweryfikowano udostępnienie informacji dla pacjentów w trzech oddziałach: Chirurgicznym, Neurologicznym oraz Ginekologiczno-położniczym. Informacje dla pacjentów we wszystkich trzech oddziałach zamieszczone były na tablicach informacyjnych w ogólnodostępnych miejscach (oddziałowe korytarze). Wbrew wymogom § 11 ust. 1 i 4 załącznika OWU, Szpital nie udostępnił wszystkich wymaganych informacji dla pacjentów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 232-242)

W Szpitalu prawidłowo ustalano kolejność dostępu do świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne. Po zgłoszeniu się pacjenta ze skierowaniem, następowała kwalifikacja lekarska w zakresie przypadków pilnych i stabilnych oraz

²⁴ Decyzja Wojewody Świętokrzyskiego znak: PSZ.IX.9610.233.2023 z dnia 28 lipca 2023 r.

²⁵ Pismo znak: RP/023/8/23 z dnia 9 sierpnia 2023 r.

²⁶ Pismo znak: AM.0701.11.2023.JS z dnia 31 lipca 2023 r.

²⁷ Pismo znak: RP/022/7/23 z dnia 1 sierpnia 2023 r.

²⁸ Pismo znak: NFZ13-WSM-SSMiRM.413.6.41.2023 z dnia 31 lipca 2023 r.

²⁹ Pismo znak: AM.0701.11.2023.AS z dnia 27 września 2023 r.

³⁰ Pismo znak: NFZ-WSM-SSMiRM.413.6.41.2023 z dnia 29 września 2023 r.

³¹ Decyzja Ministra Zdrowia znak: DLD.4100.20.2023.MS z dnia 3 listopada 2023 r.

³² Pismo znak: RP/022/18/23 z dnia 15 listopada 2023 r.

wyznaczenie terminu zabiegu. Dane były wpisywane do wewnętrznego systemu informatycznego OPTIMED, zsynchronizowanego z systemem AP-KOLCE³³. W okresie objętym kontrolą najczęściej oczekujących na udzielenie świadczenia występowało w oddziałach (przypadki stabilne):

- Rehabilitacji Stacjonarnej: były to 182 osoby oczekujące w roku 2019, 158 osób w roku 2020, 101 osób w roku 2021 oraz 124 osoby w roku 2022;
- Rehabilitacji Diennej: odpowiednio w latach objętych kontrolą: 186, 151, 75 oraz 142 osoby);
- Laryngologicznym: odpowiednio w latach objętych kontrolą: 94, 22, 142 oraz 199 osób.

(akta kontroli str. 351-352)

Szczegółowym badaniem objęto postępowanie Szpitala dotyczące bieżącej weryfikacji prowadzonych w 2022 r. list oczekujących. Przeanalizowano trzy oddziały szpitalne: Laryngologiczny, Chirurgiczny i Ortopedyczny³⁴. W Oddziale Laryngologicznym prowadzono trzy listy oczekujących: ogólną do oddziału, do zabiegu usunięcia migdałków podniebiennych oraz do zabiegów na przegrodzie nosa. W Oddziale Chirurgicznym były to cztery listy: ogólna do oddziału, operacji przepukliny pachwinowej, operacji usunięcia żyłaków kończyny dolnej i zabiegów w zakresie termolezji i blokady. Oddział Ortopedyczny prowadził jedenaście list: ogólną do oddziału, artroskopii stawu kolanowego, artroskopii rekonstrukcyjnej więzadeł krzyżowych, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, leczenia zespołu cieśni nadgarstka, operacji palucha koślawego, plastyki więzadeł pobocznych kolana, rewizji po endoprotezoplastyce stawów kolanowych i biodrowych i w zakresie termolezji i blokady. We wszystkich trzech oddziałach listy oczekujących były na bieżąco weryfikowane. Zawierały m.in. datę i godzinę wpisu, dane osób dokonujących wpisu, dane pacjenta wraz z danymi teled adresowymi, rozpoznanie, datę planowanego terminu przyjęcia, liczbę dni oczekiwania, kryterium medyczne (przypadek pilny bądź stabilny), kategorię świadczenia, informację o skreśleniu z kolejki (datę oraz przyczynę), informacje o ewentualnej zmianie terminu (datę i przyczynę). W przypadkach konieczności zmiany terminu, występujących z przyczyn leżących po stronie pacjenta np. nieodpowiadający termin lub niezgłoszenie się pacjenta bądź też z przyczyn medycznych (stan zdrowia niepozwalający na przeprowadzenie zabiegu), niezwłocznie powiadamiano kolejnych pacjentów z listy o zwolnieniu się terminu (telefonicznie), a dla pacjenta zwalnającego kolejkę wyznaczano nowy dogodny termin. W każdym takim przypadku w kolejkach oczekujących odnotowywano ten fakt w kolumnach dotyczących zmiany terminu.

(akta kontroli str. 353-357)

W okresie objętym kontrolą, w trzech analizowanych oddziałach, stosunek pacjentów skreślonych z listy oczekujących z powodu niezgłoszenia się do szpitala, do pacjentów którym udzielono świadczenia (przypadki stabilne) przedstawiał się następująco:

- w Oddziale Laryngologicznym w 2019 r., udzielono świadczeń 204 osobom, spośród których, z powodu niezgłoszenia się do oddziału skreślono z listy pięć osób (2,4%), w 2020 r. były to 133 i 33 (24,8%), w 2021 r. – 298 osób

³³ Aplikacja centralna NFZ, przeznaczona jest dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia.

³⁴ Do próby kontrolnej dobrano oddziały Laryngologiczny, Chirurgiczny i Ortopedyczny. Nie wybrano oddziałów Rehabilitacji Stacjonarnej oraz Diennej ponieważ były one kontrolowane w ramach kontroli NIK nr P/21/054 *Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej*, przeprowadzonej w Szpitalu w 2021 r.

- i 14 skreślonych (4,7%), natomiast w 2022 r. zrealizowano świadczenia 534 osobom, skreślono 26 (4,9%);
- w Oddziale Chirurgicznym sytuacja kształtowała się odpowiednio: w 2019 r. – 331 osób i 17 (5,1%), w 2020 r. – 338 osób i 27 (8%), w 2021 r. – 933 osoby i 44 (4,7%) oraz w 2022 r. – 745 osoby i 30 (4%);
- w Oddziale Ortopedycznym było to odpowiednio: w 2019 r. – 439 osób i 23 (5,2%), w 2020 r. – 203 osoby i 8 (3,9%), w 2021 r. – 366 osób i 14 (3,8%) oraz w 2022 r. – 355 osób i do 26 (7,3%).

W odniesieniu do poradni specjalistycznych³⁵, sytuacja kształtowała się odpowiednio:

- w Poradni Laryngologicznej: w 2019 r. udzielono świadczeń 964 osobom, nie zgłosiły się na wizytę 152 osoby (15,8%), w 2020 r. 558 osobom udzielono świadczeń, 56 nie zgłosiły się (10%), w 2021 r. – 799 osób i 54 (6,7%) oraz w 2022 r. – 1564 osoby i 94 (6%);
- w Poradni Chirurgii Ogólnej: w 2019 r. 29 osobom udzielono świadczeń, nie zgłosiły się na wizytę dwie (6,9%), w 2020 r. – 587 osób i 19 (3,2%), w 2021 r. – 718 osób i 36 (5%) oraz w 2022 r. – 704 osoby i 74 (10,5%);
- w Poradni Ortopedycznej było to odpowiednio: w 2019 r. – 21 osób i jedna (4,8%), w 2020 r. – 394 osób i pięć (1,3%), w 2021 r. – 413 osób i 15 (3,6%) oraz w 2022 r. – 392 osoby i 21 (5,3%).

(akta kontroli str. 358-363)

Dyrektor ZOZ wyjaśnił: (...) w trakcie prowadzenia harmonogramów - list oczekujących zdarzają się sytuacje wymagające zmiany terminów z różnych przyczyn np. z powodu niezgłoszenia się pacjenta, rezygnacji pacjenta, zmiany terminu z przyczyn świadczeniodawcy i inne. Zmian tych dokonują statystycy medyczni. W tygodniu poprzedzającym planowane przyjęcia statystycy medyczni z każdego oddziału zabiegowego przypominają telefonicznie o terminie wyznaczonego zabiegu w celu potwierdzenia dalszej chęci wykonania świadczenia w naszym szpitalu. Jeśli pacjent potwierdza harmonogram zabiegu pozostaje bez zmian. W przypadku kiedy pacjent podczas rozmowy telefonicznej stwierdza, że nie może dokonać zabiegu w tym terminie uzgadnia się przyczynę i zmienia termin świadczenia po uzgodnieniu z Kierownikiem Oddziału bądź operatorem danej procedury. W przypadku gdy pacjent rezygnuje z wykonania statystyk dokonuje skreślenia pacjenta z listy oczekujących, a w to miejsce powiadamia następnego pacjenta z kolejki o możliwości wykonania świadczenia we wcześniejszym terminie. Poradnie specjalistyczne ortopedyczna i chirurgiczna zakontraktowane są przede wszystkim w celu kontynuacji leczenia pacjentów po zabiegach wykonanych w naszych oddziałach. Świadczenia te realizowane są przez naszych lekarzy oddziałowych bez dodatkowego zatrudniania personelu medycznego. Pacjenci po zabiegach dalej są nadzorowani przez rejestratorkę w poradni i Ci stawiają się na wizyty ewentualnie zmiany dokonywane są po uzgodnieniach telefonicznych. W pozostałych poradniach również pacjenci są informowani telefonicznie mimo to pacjenci rezygnują z wizyty w ostatniej chwili nie powiadamiając o rezygnacji co skutkuje dużym odsetkiem pacjentów skreślonych z powodu niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie.

(akta kontroli str. 364-370)

Mimo obowiązku wynikającego z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁶, nie we wszystkich komórkach organizacyjnych ZOZ, umożliwiono świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście

³⁵ Analizie poddano trzy poradnie specjalistyczne analogiczne do weryfikowanych oddziałów szpitalnych czyli laryngologiczną, chirurgiczną i ortopedyczną.

³⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Portal rejestracyjny do poradni specjalistycznych został aktywowany dopiero 9 listopada 2023 r. (za wyjątkiem dostępu do poradni rehabilitacyjnej i ginekologiczno-położniczej, które były dostępne od 15 listopada 2021 r.). Rejestracja elektroniczna do oddziałów szpitalnych nie została w ogóle aktywowana. W dniu 8 listopada 2023 r., po aktywacji przez informatyków zweryfikowano działanie e-rejestracji do poradni specjalistycznych. Portal rejestracyjny znajdował się na internetowej stronie głównej Szpitala. Po wejściu w zakładkę e-rejestracja, wyświetlała się strona logowania. W kolejnych krokach portal umożliwiał umówienie e-wizyty bądź wizyty tradycyjnej (ze skierowaniem lub bez skierowania, jako przypadek pilny bądź stabilny). W kolejnych zakładkach można było dokonać wyboru poradni, lekarza i godziny wizyty i potwierdzić termin. Na podany w trakcie logowania adres mailowy przychodziło potwierdzenie terminu porady. Portal umożliwiał także rezygnację z ustalonej wizyty oraz podgląd szacowanych kolejek do specjalistów oraz na zabieg. W okresie objętym kontrolą, tylko trzech pacjentów skorzystało z możliwości takiej rejestracji do poradni rehabilitacyjnej (dwóch w 2022 r. i jeden w 2023 r.).

(akta kontroli str. 371-380, 381)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że nie aktywowano modułu e-rejestracja z powodu ciągłych prac wdrożeniowych i rozwijania systemu informatycznego w Szpitalu. Dopiero w dniu 9 listopada 2023 r. aktywowana została możliwość rejestracji do wszystkich poradni specjalistycznych.

(akta kontroli str. 364-370)

W celu respektowania prawa pacjenta do leczenia bólu, Szpital opracował procedury wewnętrzne dotyczące: leczenia bólu ostrego i przewlekłego, bólu pooperacyjnego, łagodzenia bólu porodowego, leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych oraz oceny skuteczności leczenia bólu³⁷. Celem procedur było zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie doznań bólowych u pacjentów leczonych w szpitalu, stworzenie pacjentom subiektywnego komfortu ułatwiającego powrót do zdrowia oraz zmniejszenie powikłań wywołanych bólem i kosztów leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 382-400)

Szczegółowa analiza dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano leczenie przeciwbólowe wykazała, że we wszystkich przypadkach personel medyczny szpitala prowadził systematyczny monitoring natężenia bólu i zgodnie ze zleceniami lekarskimi wdrażał leczenie farmakologiczne w oparciu o obowiązujące procedury wewnętrzne. Przy przyjęciu, od każdego pacjenta zbierany był wywiad lekarski i pielęgniarski m.in. w części dotyczącej dolegliwości bólowych oraz prowadzona była karta leczenia i monitorowania bólu³⁸. W przypadku zabiegów operacyjnych lekarz anestezjolog, w oparciu o przeprowadzone konsultacje bądź zbierany pakiet anestezjologiczny, informował pacjentów o możliwościach uśmierzenia bólu. W kartach obserwacji lekarskich i pielęgniarskich na bieżąco prowadzono adnotacje o natężeniu bólu, leczeniu i profilaktyce.

(akta kontroli str. 401)

³⁷ Procedury nr: PL-36A – leczenie bólu ostrego i przewlekłego, PL-36 – leczenie bólu pooperacyjnego, PM-47 postępowanie w łagodzeniu bólu porodowego, PM-124 – organizacja i leczenie bólu w warunkach ambulatoryjnych oraz PM-122 – ocena skuteczności leczenia bólu.

³⁸ W Szpitalu monitorowano natężenie bólu za pomocą skali VAS (Visual Analogue Scale) – Wizualnej Skali Analogowej.

Dyrektor Szpitala zarządzeniem wewnętrznym powołał *Zespół ds. Analizy Odleżyn*³⁹ (dalej: Zespół ds. odleżyn). Do zadań tego Zespołu należało w szczególności: bieżące monitorowanie stopnia zagrożenia odleżynami oraz występowania zmian odleżynowych w poszczególnych oddziałach, szkolenia personelu medycznego z zakresu profilaktyki przeciwodleżynowej, nadzorowanie edukacji pacjentów i ich rodzin, ocena skuteczności wdrażania i funkcjonowania standardów profilaktyki i leczenia odleżyn, analiza potrzeb w zakresie wyposażenia oddziałów w opatrunki specjalistyczne i sprzęt przeciwodleżynowy oraz proponowanie rozwiązań mających na celu poprawę opieki nad pacjentem. Zgodnie z powyższym zarządzeniem, do zadań Zespołu ds. odleżyn należała m.in. ocena skuteczności wdrażania i funkcjonowania standardów profilaktyki i leczenia odleżyn, lecz nie wskazano w nim o jakie standardy chodziło. Dyrektor wyjaśnił, że w ZOZ, u pacjentów z ryzykiem odleżyn lub odleżynami stosujemy zalecenia wynikające z aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, które oparte są na podstawach naukowych i stanowią współczesne ramy dla profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej. Regularnie cztery razy w roku Zespół ds. Analizy Odleżyn spotyka się w celu analizy realizacji powierzonych zadań. Na spotkaniach Zespołu poruszana jest tematyka aktualnych standardów opieki nad pacjentem z ryzykiem odleżyn lub odleżyną. Ponadto personel medyczny szpitala uczestniczy w szkoleniach w zakresie profilaktyki przeciwodleżynowej. W szpitalu zatrudnionych jest 14 specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego oraz 30 osób z kursem specjalistycznym „Leczenie ran”. Personel pielęgniarski zobowiązany jest do uaktualniania wiedzy medycznej i wykorzystywania jej w procesie terapeutyczno - leczniczym. Szpital zapewnia warunki materialne, personalne i organizacyjne stosowne do liczby i stanu pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn umożliwiające realizację standardu.

(akta kontroli str. 402-408, 152-157)

Zespół ds. odleżyn, cztery razy w roku opracowywał i przekazywał Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, Naczelnej Pielęgniarce oraz Pełnomocnikowi ds. Systemu Zarządzania Jakością sprawozdania z realizacji zadań profilaktyki przeciwodleżynowej. Sprawozdania obejmowały informacje dotyczące liczby pacjentów z odleżynami leczonych na poszczególnych oddziałach, przyczyn i czasu ich powstania, a także wnioski z przedmiotowej analizy.

(akta kontroli str. 409-415)

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację medyczną pięciu pacjentów, u których zastosowano profilaktykę oraz leczenie przeciwodleżynowe⁴⁰. We wszystkich pięciu przypadkach, oceniono ryzyko wystąpienia odleżyn w dniu przyjęcia z zastosowaniem skali Norton⁴¹. Wszystkim pacjentom założono dokumentację przeciwodleżynową (kartę działań profilaktycznych oraz karty odleżyn – leczenie nowej odleżyny bądź ryzyko i leczenie odleżyn). Zgodnie z dokumentacją medyczną, pacjenci mieli wprowadzone leczenie profilaktyczne i farmakologiczne odleżyn takie jak zabezpieczenie odleżyn opatrunkami, natłuszczanie skóry, masaże, zmiany pozycji, co systematycznie wpisywano do dokumentacji pielęgniarskiej i odleżynowej. Dla pacjentów z odleżynami, stosowane były również materace przeciwodleżynowe, podpórki pod ręce i nogi, poduszki przeciwodleżynowe co także odnotowywano w dokumentacji. W jednym przypadku (z pięciu analizowanych dokumentacji tylko jeden pacjent został wypisany do domu, pozostałe cztery przypadki kończyły się

³⁹ Zarządzenie nr 6/2023 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej z dnia 26 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Analizy Odleżyn oraz wcześniejsze wersje zarządzenia z okresu objętego kontrolą tj. zarządzenie nr 40/2021 z 2 lipca 2021 r., zarządzenie nr 21/2019 z 12 marca 2019 r. i zarządzenie nr 33/2017 z 14 czerwca 2017 r.

⁴⁰ Do próby losowo dobrano pięciu pacjentów z zastosowanym leczeniem przeciwodleżynowym na oddziałach zabiegowych i zachowawczych w 2022 r.

⁴¹ Skala Norton stosowana jest do oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

zgonem bądź przeniesieniem do innych jednostek), w zaleceniach pielęgniarskich przy wypisie brak było informacji w zakresie edukacji przeciwoleżynowej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Również analiza dokumentacji Zespołu ds. odleżyn działającego w Szpitalu wykazała, że w trakcie prowadzonych kontroli, najczęstszym zarzutem był brak edukacji pacjentów lub ich rodzin o profilaktyce przeciwoleżynowej. We wszystkich pięciu przypadkach pacjenci uwzględnieni byli w rejestrach osób z odleżynami prowadzonych w Szpitalu.

(akta kontroli str. 409-415, 416, 417-484)

W Szpitalu stworzono system zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Działał on w oparciu o zarządzenie wewnętrzne Dyrektora, powołujące *Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych* (dalej: Zespół ds. zdarzeń niepożądanych)⁴². Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w ZOZ odbywało się za pomocą kart zgłoszeń dostępnych w systemie komputerowym Szpitala. Analizą i wyjaśnianiem tych zgłoszeń, zajmował się powołany Zespół ds. zdarzeń niepożądanych. Jako zadania zespołu określono m.in. raportowanie oraz wyjaśnianie wszystkich zdarzeń niepożądanych, spotkania co najmniej jeden raz na kwartał oraz analizę zdarzeń i sporządzanie protokołów z wnioskami i zaleceniami. Spotkania zespołu odbywały się raz na kwartał. Po takich spotkaniach powstawały protokoły kwartalne z analizy zdarzeń niepożądanych wraz z ewentualnymi wnioskami i zaleceniami. Dodatkowo, Zespół ds. zdarzeń niepożądanych co roku sporządzał analizę zdarzeń niepożądanych z roku poprzedniego oraz przedstawiał ją kierownictwu Szpitala wraz z informacjami o sposobie wykonywania przez poszczególne komórki organizacyjne wydanych zaleceń.

(akta kontroli str. 485-487, 488-514)

W przedmiotowych zarządzeniach w sprawie powołania Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych, nie określono jednak zasad poufności zgłoszeń, nie wprowadzono kategorii zdarzeń niepożądanych oraz zasad dotyczących ochrony personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym. Zagadnień tych nie uszczegółowiono również w żadnej wewnętrznej procedurze postępowania.

(akta kontroli str. 485-487)

Dyrektor wyjaśnił, że w zarządzeniu 70/2020 z dnia 31 grudnia 2020 roku nie uwzględniono zasad poufności zgłoszeń, kategorii zdarzeń niepożądanych oraz zasad dotyczących ochrony personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym. Zarządzenie to zostanie niezwłocznie uzupełnione o brakujące elementy. Jego projekt jest aktualnie opracowywany.

(akta kontroli str. 9-17)

W dniu 13 listopada 2023 r., Dyrektor wydał nowe zarządzenie w sprawie powołania Zespołu. Doprecyzowano w nim skład Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych, zadania, sposób analizy zdarzeń niepożądanych a także zawarł w nim informacje dotyczące zachowania poufności informacji uzyskanych w czasie analizy zdarzeń oraz niestygmatyzowania personelu będącego ich uczestnikami bądź świadkami. Zawarto w nim również zapis o nieprowadzeniu postępowań dyscyplinarnych i niewyciąganiu konsekwencji służbowych związanych ze zgłoszeniem oraz wprowadzono kategoryzację zdarzeń niepożądanych.

(akta kontroli str. 515-518)

W okresie objętym kontrolą liczba zdarzeń niepożądanych wynosiła odpowiednio: 26 w 2019 r., 14 w 2020 r., 44 w 2021 r., 53 w 2022 r. i 23 w trzech kwartałach 2023 r. Analiza zgłoszeń wykazała, że w latach 2020-2022 systematycznie wzrastała

⁴² Zarządzenie nr 41/2014 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej z dnia 14 kwietnia 2014 r. powołujące Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych, zmienione zarządzeniem nr 15/2019 z 12 marca 2019 r. oraz zarządzeniem nr 70/2020 z 31 grudnia 2020 r.

liczba takich zdarzeń (w szczególności samowolnych oddaleniu się pacjentów ze szpitala). Największy odsetek zdarzeń niepożądanych dotyczył samowolnego oddalenia się pacjentów ze szpitala (liczba takich zdarzeń wynosiła odpowiednio: 18 w 2021 r., 20 w 2022 r. i 12 w III kwartałach 2023 r.).

(akta kontroli str. 519)

Dyrektor wyjaśnił, że wzrost zgłoszeń zdarzeń niepożądanych (w 2021 i 2022 r.) wynikał ze zwiększonej świadomości personelu medycznego wynikającej z wiedzy uzyskanej na szkoleniach, obowiązku prowadzenia rejestru w systemie elektronicznym OPTIMED. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest traktowane jako całkowicie poufne, nie służące stygmatyzacji personelu. Zawsze łączy się z analizą, szukaniem przyczyn i działań naprawczych w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta. Największy odsetek zdarzeń niepożądanych dotyczył samowolnego oddalenia się pacjenta ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Byli to pacjenci pod wpływem alkoholu, środków odurzających którzy nie wykazywali się cierpliwością i wyrozumiałością zasad obsługi w SOR. Nie czekając na wydanie karty informacyjnej, nie informując personelu medycznego opuszczali oddział. Szpitalny Oddział Ratunkowy to miejsce zgłaszania się dużej ilości pacjentów w różnych stanach zagrożenia życia. Personel medyczny w pierwszej kolejności zajmuje się pacjentami wymagającymi ratowania życia i zdrowia. Każde zdarzenie niepożądane było analizowane przez zespół ds. zdarzeń niepożądanych, podejmowano wnioski i zalecenia. Wdrożenie zaleceń skutkuje spadkiem zgłoszeń w 2023 roku.

(akta kontroli str. 9-17)

Szczegółowo zweryfikowano dziesięć przypadków zgłoszeń niepożądanych z okresu objętego kontrolą⁴³. We wszystkich sytuacjach Zespół ds. zdarzeń niepożądanych podjął działania mające na celu wyjaśnienie zdarzeń. Ustalana była przyczyna powstania zdarzenia oraz podejmowane działania diagnostyczne i korygujące w postaci rozmów z kierownictwem oddziału bądź ewentualnych dodatkowych szkoleń.

(akta kontroli str. 520-521)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie było żadnego przypadku korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia. W powyższej kwestii nie określono również wewnętrznych procedur regulujących tok postępowania w takich sytuacjach. Jak wyjaśnił Dyrektor, w ZOZ nie odnotowano przypadków korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia oraz nie złożono deklaracji powołującej się na klauzulę sumienia. Nie określono zasad wewnętrznych (procedur) na wypadek powołania się lekarza na klauzulę sumienia. W trybie pilnym zostaną opracowane takie zasady.

(akta kontroli str. 152-157, 522)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W miejscach udzielania świadczeń w Szpitalu na oddziałach: Chirurgicznym, Neurologicznym i Ginekologiczno-położniczym, nie zamieszczono wymaganych § 11 ust. 4 pkt 3, 6-7 i 11 załącznika OWU następujących informacji dla pacjentów:
 - zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,
 - zasad potwierdzania prawa do świadczeń,
 - adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
 - informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

⁴³ Po dwa losowo wybrane zdarzenia z każdego roku objętego kontrolą.

(akta kontroli str. 232-242)

Jak wyjaśnił Dyrektor, *brakujące informacje dla pacjenta wynikające z § 11 ust. 4 OWU zostały umieszczone na tablicach informacyjnych w oddziałach*. Do wyjaśnień dołączone zostały zdjęcia tablic, z których wynika, iż informacje zostały uzupełnione w trakcie kontroli. W związku z powyższym, NIK nie formułuje wniosku dotyczącego stwierdzonej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 9-17)

2. W przypadku jednego z pięciu pacjentów⁴⁴, u których wystąpiły przypadki leczenia odleżyn w 2022 r. (których dokumentację analizowano), w zaleceniach pielęgniarskich przy wypisie nie zamieszczono informacji dla pacjentów bądź ich rodzin na temat profilaktyki przeciwoodleżynowej.

Zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych (zalecenie VIII), każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia powstaniem odleżyn oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie, przed wypisem z oddziału szpitalnego powinni posiadać wiedzę z zakresu zapobiegania odleżynom.

(akta kontroli str. 409-415, 416, 417-484)

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że *zespół ds. analizy odleżyn w swoich zadaniach ma nadzorowanie edukacji pacjentów i ich rodzin. Zespół ponownie poinformował personel o bezwzględnej konieczności przekazywania informacji, zaleceń dla pacjenta, rodziny na temat zapobiegania odleżynom i ich leczenia w dokumentacji medycznej przy wypisie*.

(akta kontroli str. 152-157)

NIK zauważa, że problem edukacji przeciwoodleżynowej przy wypisie, stanowił powtarzający się problem. Analizy wraz z wnioskami Zespołu ds. odleżyn, na bieżąco poruszały kwestię zwracania większej uwagi na edukację przeciwoodleżynową pacjentów bądź ich rodzin przy opuszczaniu szpitala. Pomimo tych sygnałów, kierownictwo Szpitala w dalszym ciągu nie potrafiło rozwiązać powracających braków w zaleceniach pielęgniarskich dotyczących edukacji przeciwoodleżynowej.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie umożliwił pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, przy czym możliwość e-rejestracji w poradniach specjalistycznych aktywowano w dniu 9 listopada 2023 r., za wyjątkiem poradni rehabilitacyjnej i ginekologiczno-położniczej, w których możliwość rejestracji istniała od 15 listopada 2021 r. Niezapewnienie możliwości elektronicznej rejestracji stanowiło naruszenie art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie 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 kryzysowych⁴⁵, 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na mocy art. 36 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz

⁴⁴ Pacjent o identyfikatorze 850, leczony na Oddziale Wewnętrznym.

⁴⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, ze zm.

wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (zmiana wynikająca z art. 73 pkt 69 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2⁴⁶). Tym samym obowiązek z art. 23a był zawieszony w okresie od 1 kwietnia do 4 września 2020 r.

Z dniem 29 listopada 2020 r. wszedł w życie art. 7ab ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, który stanowi, że zawieszają się wykonywanie przez podmiot leczniczy obowiązków 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.

Od 12 listopada do 21 grudnia 2020 r. oraz od 27 marca do 30 kwietnia 2021 r. na Szpital nałożony był obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19.

W związku z powyższym stwierdzona nieprawidłowość dotyczy okresów, w których Szpital miał obowiązek umożliwienia pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, tj.: 1 stycznia – 31 marca 2020 r., 5 września – 11 listopada 2020 r., 22 grudnia 2020 r. – 26 marca 2021 r., od 1 maja 2021 r. (do nadal).

(akta kontroli str. 523, 524)

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że w związku z projektem *InPlaMed WŚ w sierpniu 2021 roku system Optimed STD został zaktualizowany do najnowszej wersji webowej Optimed NXT. Po okresie szkoleń dla personelu medycznego z podstawowych funkcjonalności umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej i umożliwiającej poprawne rozliczenia pobytu pacjenta, przygotowywany został CONCIERGE - moduł pacjenta. Link do e-rejestracji jest na naszej stronie internetowej. Pod koniec 2021 roku został uruchomiony portal e-rejestracja wraz z bezpiecznym połączeniem certyfikatu SSL dla pacjentów. Rozpoczęcie pilotażowych rejestracji zostało uruchomione na początku 2022 i było testowane na różnych poradniach z przykładowymi pacjentami (personel szpitala/administracji). Została uruchomiona rejestracja do Poradni Rehabilitacji, gdzie wymagane jest skierowanie. Oprócz tej poradni została uruchomiona rejestracja do Poradni Ginekologiczno-Położniczej gdzie skierowanie nie jest wymagane. Uruchomienie na raz wszystkich PORADNI, bez określenia sposobu działań i przeprowadzenia pozytywnych testów mogło spowodować dodatkowy chaos i problemy z działaniem e-rejestracji w poradniach. Osoby chcące się zarejestrować do w/w poradni musiały utworzyć konto na e-rejestracja.zoz.com.pl, aktywować je, a później po wybraniu odpowiedniej poradni zarejestrować się. Ostatnim etapem jest potwierdzenie wizyty przez pacjenta linku otrzymanego na maila. Nie potwierdzenie jej, nie tworzyło wizyty w systemie ONXT w danym dniu. W dniu wizyty, pacjent musi okazać się dowodem potwierdzającym jego tożsamość. Dopiero wtedy rejestracja i możliwość odbycia wizyty jest możliwa. Podczas kontroli przeprowadzenia możliwości rejestracji wizyt w poradniach dla Poradni Rehabilitacyjnej została odblokowana rejestracja bez skierowania. To samo zostało*

⁴⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 201, ze zm.

uczynione dla Poradni Chirurgicznej i Ortopedycznej. Po zakończeniu rejestracji testowego pacjenta została przywrócona rejestracja tylko ze skierowaniem dla pozostałych poradni. Od 9 listopada 2023 pozostałe poradnie są widoczne podczas rejestracji na wizyty dla pacjentów ze skierowaniem. Rejestracja elektroniczna na oddziały w Szpitalu w Skarżysku - Kamiennej nie jest utworzona. Rejestracja na konkretne oddziały odbywa się na miejscu w Punkcie Rejestracji w głównym budynku.

(akta kontroli str. 364-370)

Zdaniem NIK, brak możliwości rejestracji elektronicznej nie wynika wyłącznie z okresu wdrożeniowego systemów informatycznych czy problemów technicznych. Jak wynikało z przeprowadzonej weryfikacji sposobu wyznaczenia wizyty do przykładowych poradni (ortopedycznej i chirurgicznej), była taka możliwość, natomiast dopiero po aktywowaniu systemu rejestracyjnego. Dodatkowo po przeprowadzonej kontroli NIK w 2021 r. dotyczącej leczenia rehabilitacyjnego, w trakcie wykonywania zaleceń uzyskano możliwość wyznaczania wizyty do poradni rehabilitacyjnej.

OCENA CZĄSTKOWA

Zakres świadczeń udzielanych w Szpitalu był zgodny z rejestrem prowadzonym przez wojewodę świętokrzyskiego, za wyjątkiem braku w regulaminie organizacyjnym jednej izby przyjęć zlokalizowanej przy ulicy Ekonomii 4. Przeprowadzone oględziny miejsca udzielania świadczeń ujawniły brak niektórych wymaganych informacji dla pacjentów. W Szpitalu rzetelnie prowadzono listy pacjentów oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń, jednak w niektórych okresach, nie umożliwiono im umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Profilaktyka przeciwbólowa i przeciwoleżynowa (za wyjątkiem stwierdzonego przypadku nie poinformowania przy wypisie o konieczności stosowania profilaktyki przeciwoleżynowej) zorganizowana była prawidłowo i prowadzona zgodnie z uregulowaniami przyjętymi w ZOZ. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych funkcjonował prawidłowo, a zgromadzone dane wykorzystywano do poprawy funkcjonowania jednostki i zapewnienia przestrzegania praw pacjenta. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

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

Opis stanu faktycznego

Szpital prowadził dokumentację medyczną w postaci elektronicznej⁴⁷ i papierowej. Od 15 listopada 2021 r. część dokumentacji prowadzona była wyłącznie w wersji elektronicznej. Były to: wstępne badanie lekarskie, badania neurologiczne, plan leczenia, karta informacyjna, karta statystyczna, karta TISS⁴⁸, czynności pielęgnacyjne, obserwacje pielęgniarki, karta gorączkowa, karta parametrów życiowych, karta gospodarki wodnej, karta glikemii, karty pielęgnacji i obserwacji wkluc dotętnicznych, cewników rurek intubacyjnych miejsc operowanych, karty odleżyn, badania lekarskie, karta obserwacji lekarskich, kwalifikacje do żywienia leczenia żywieniowego (monitorowanie, leczenie, stanu odżywiania), oceny nabycia zakażeń przy przyjęciu i w trakcie pobytu, przebieg porodu, zalecenia pielęgniarskie, ocena ryzyka upadku, wywiad pediatryczny, karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa, karta obserwacji podczas przetaczania krwi, skale (Barthel⁴⁹,

⁴⁷ Za pomocą oprogramowania Optimed NXT.

⁴⁸ Skala TISS używana jest do oceny nakładu pracy personelu oddziałów intensywnej terapii, służy też do obliczania kosztów intensywnej terapii.

⁴⁹ Międzynarodowa skala Barthel stosowana jest do oceny sprawności ruchowej chorych.

HIHSS⁵⁰, RANKINA⁵¹). Pozostała dokumentacja prowadzona była elektronicznie lecz wymagała wydruku i podpisu i pieczętki lekarza (m.in. okładka historii choroby, zgody i upoważnienia, wywiad epidemiologiczny, indywidualna karta zleceń, wyniki badań i konsultacji, ankiety, karta znieczulenia, karty terapii logopedycznej, psychologicznej, terapii zajęciowej, zabiegów fizjoterapii itd.). Informacje dotyczące obowiązujących dokumentów elektronicznych i papierowych przekazano personelowi Szpitala, który potwierdził zapoznanie się z nimi. W ZOZ obowiązywała procedura wewnętrzna dotycząca prowadzenia dokumentacji medycznej w oddziałach szpitalnych⁵².

(akta kontroli str. 525-535, 536-549)

Szczegółowe badanie 20 indywidualnych historii chorób pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych ZOZ⁵³ wykazała, że dokumentacja spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta. W każdym przypadku zawierała dane pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości (imię, nazwisko, wiek, płeć, pesel, datę urodzenia), oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń ze wskazaniem komórki organizacyjnej w której był leczony, opis stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia. Każda dokumentacja zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w tym możliwość podania przez chorego adresu poczty elektronicznej, na który miała być przekazana dokumentacja w przypadkach udostępniania jej elektronicznie. W 12 spośród 20 analizowanych dokumentacji, wpisy nie były dokonywane niezwłocznie po udzielonym świadczeniu. Wpisy obserwacji lekarskich dokonywane przez uprawniony personel medyczny odbywały się od jednego do nawet 317 dni po dokonaniu obserwacji, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Oznaczenie osoby dokonującej wpisu zawierało jego imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu. Elektroniczny system, w którym prowadzona była dokumentacja medyczna wymagał każdorazowo logowania przez osoby dokonujące adnotacji. Wpisy dokonywane były w sposób czytelny (w części prowadzonej papierowo), a całość dokumentacji była kompletna, ponumerowana i prowadzona chronologicznie. Historie chorób zawierały wymagane zgody i oświadczenia pacjentów dotyczące sposobu leczenia jak również udzielania informacji o ich stanie zdrowia, zgód na zabiegi operacyjne oraz ewentualne upoważnienia do dostępu do tych informacji dla osób z rodziny bądź opiekunów prawnych (w tym możliwość przekazywania informacji drogą elektroniczną). Wpisy obserwacji lekarskich dokonywane były minimum raz na dobę a pielęgniarskich z każdego dyżuru. Do dokumentacji dołączone były kserokopie dotychczasowej historii leczenia oraz epikryzy, które zawierały informacje z zastosowanego leczenia oraz zalecenia po wypisie. Po zakończonym pobycie w szpitalu dokumentacja zatwierdzana była przez kierownika oddziału i pielęgniarkę koordynującą zgodnie z procedurą prowadzenia dokumentacji.

(akta kontroli str. 525-235, 550-552)

Warunki udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów określone zostały w regulaminie organizacyjnym ZOZ⁵⁴. Wskazano w nim, że Szpital udostępnia dokumentację na zasadach określonych w przepisach prawa, w szczególności w ustawie o prawach pacjenta, a za udostępnienie dokumentacji pobiera opłatę, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi.

⁵⁰ Skala Udaru Narodowego Instytutu Zdrowia.

⁵¹ Ocena stanu pacjenta do celów jego kwalifikacji do fizjoterapii domowej.

⁵² Procedura PZD-1 Prowadzenia dokumentacji medycznej w oddziale szpitalnym.

⁵³ Do próby wybrano losowo 20 historii chorób pacjentów leczonych w szpitalu w 2022 r. Po trzy dokumentacje z oddziałów: neurologicznego, chirurgicznego, wewnętrznego, położniczo-ginekologicznego oraz po dwie z oddziałów leczenia udarów, laryngologicznego, urazowo-ortopedycznego i pediatrycznego.

⁵⁴ Regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniami Dyrektora ZOZ nr 65/2017 z 29 grudnia 2017 r. oraz nr 57/2022 z 8 grudnia 2022 r.

Uszczegółowienie trybu udostępniania dokumentacji określono w procedurze wewnętrznej⁵⁵. Zawarto w niej informacje dotyczące komu Szpital może udostępnić dokumentację, formy udostępniania (do wglądu, poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków), zasad odpłatności wraz z katalogiem wyłączeń, zasad udostępniania (wzór wniosku o udostępnienie, wzór upoważnienia, miejsce i forma składania wniosków i odbioru dokumentacji, ramy czasowe, dane kontaktowe).

(akta kontroli str. 21-151, 553-571)

Szczegółowym badaniem objęto procedurę udostępnienia dokumentacji 20 pacjentów⁵⁶. W każdym przypadku udostępnienie odbywało się bez zbędnej zwłoki (w czasie od wydania dokumentacji w dniu złożenia wniosku do czterech dni od jego złożenia). W 75% wnioski o udostępnienie dokumentacji złożone były osobiście przez osoby zainteresowane, w 20% wnioski złożono mailowo, a w 5% prośba o udostępnienie złożona była telefonicznie (skan wniosku wysłano mailem). W żadnym z weryfikowanych wniosków nie pobierano opłaty za udostępnienie, ponieważ czynność tę wykonano po raz pierwszy, co było zgodne z § 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o prawach pacjenta oraz procedurą wewnętrzną. Odbiór dokumentacji w 65% odbywał się osobiście, w 30% wysłano historię chorób listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, a w 5% mailowo, wraz z osobnym mailem w którym podano hasło dostępu. W każdym przypadku odbiór dokumentacji został potwierdzony bądź własnoręcznym podpisem, zwrotką bądź potwierdzeniem odbioru maila.

(akta kontroli str. 572-574)

Warunki zabezpieczania i przechowywania dokumentacji określone zostały w *Instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum dokumentacji medycznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej* (dalej: instrukcja) oraz w polityce bezpieczeństwa Szpitala. W instrukcji określono m.in. warunki przechowywania dokumentacji w formie papierowej i wyposażenie oraz zabezpieczenie archiwum. W polityce bezpieczeństwa natomiast, określono warunki przechowywania, zabezpieczenia, upoważnienia dla osób przetwarzających dane osobowe pacjentów oraz informacje dotyczące sposobu szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej. Dodatkowo w Szpitalu opracowano procedurę dotyczącą przechowywania i zabezpieczania dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 575-580, 581-582, 753-759)

Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej przechowywana była na dyskach w serwerowni Szpitala, którą zlokalizowano w piwnicach budynku głównego szpitala na poziomie – 2. Dostęp do serwerowni zabezpieczony był zamkiem elektronicznym a uprawnienia posiadali wyłącznie uprawnieni pracownicy. W serwerowni przechowywane były dane elektroniczne dokumentacji medycznej, bieżące i zarchiwizowane (kopie zapasowe). Pomieszczenie zabezpieczone było odpowiednim systemem przeciwpożarowym (system gazowy), monitorowane i klimatyzowane. Zamontowany był również system odciągów i nawiewów powietrza. Aktualizacja oprogramowania zapewniona była poprzez zawarcie umów serwisowych z Comarch S.A. z siedzibą w Krakowie. Kopie zapasowe z danymi zarchiwizowanymi przechowywano w tym samym pomieszczeniu co dane bieżące. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w 2019 r. z projektu *InPlaMed WŚ w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej została wybudowana i przygotowana serwerownia zapewniająca odpowiedni poziom bezpieczeństwa. Kolejną rzeczą w projekcie InPlaMed WŚ w 2021 r. było wyposażenie jej w sprzęt serwerowy zapewniający ciągłość działania systemów informatycznych, zabezpieczenie w redundantne*

⁵⁵ Procedura PZD-3 – Procedura udostępniania dokumentacji na zewnątrz.

⁵⁶ Do próby kontrolnej wybrano losowo 20 dokumentacji pacjentów, którym udostępniono dokumentację w 2022 r.

zasilanie, UTM, serwery do baz danych i macierze. Kopie baz danych przenoszone są codziennie do macierzy zapasowej a później na Bibliotekę LTO. Odseparowanie kopii bezpieczeństwa na dziś nie jest jeszcze wdrożone. Przygotowywane jest przeniesienie baz danych z systemów HIS/LIS/ERP do chmury ORACLE oraz w ramach projektu InPlaMed II będziemy się starać wybudować drugą serwerownię, która będzie służyła również jako zapasowe odseparowane miejsce przechowywania kopii baz danych systemów informatycznych.

(akta kontroli str. 152-157, 583-585, 586-665)

Dokumentacja papierowa przechowywana była w archiwum szpitalnym w pomieszczeniach o odpowiedniej nośności, tj. w piwnicach budynku głównego szpitala na poziomie – 2. Gromadzono tam i przechowywano dokumentację z wszystkich oddziałów i poradni specjalistycznych Szpitala. Dokumentacja medyczna archiwizowana była latami pobytów pacjentów w ZOZ, każdy rok w osobnym pomieszczeniu na aluminiowych regałach. Wszystkie pomieszczenia zabezpieczone były kratami metalowymi zamykanymi na kłódki. Zjazd do archiwum możliwy był tylko windą, po wprowadzeniu kodu dostępnego tylko dla pracowników upoważnionych. Pomieszczenia z dokumentacją były suche, ogrzewane w okresie zimowym (sieć szpitalna), posiadały sprawną instalację elektryczną i umożliwiały dostęp do dokumentacji bez konieczności przestawiania regałów. Zabezpieczone były przed pożarem za pomocą czujników dymu, systemu zgłaszania pożaru oraz gaśnic rozmieszczonych w pomieszczeniach i na korytarzu. W dniu oględzin w dwóch pomieszczeniach, dwie gaśnice nie miały aktualnej daty ważności (ważność do stycznia 2017 r.) o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych czterech gaśnicach ważność przeglądu była zachowana (do września 2024 r.). W archiwum prowadzono pomiary temperatury i wilgotności a ich wyniki wpisywane były do rejestru (zeszytu).

(akta kontroli str. 666-669)

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony personel Szpitala, posiadający stosowne upoważnienia nadane przez administratora. Zgodnie z polityką bezpieczeństwa Szpitala, administrator danych prowadził rejestr osób upoważnionych i na bieżąco reagował na potrzeby wydawania bądź cofnięcia uprawnień. Upoważnienia wydawane były zgodnie ze wzorem określonym w polityce bezpieczeństwa a nadanie uprawnień i ich cofnięcie podpisywane przez Dyrektora jednostki.

(akta kontroli str. 670-673)

W Szpitalu stosowano systematyczne szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzano tym ryzykiem, zgodnie z § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Szacowania ryzyka oraz jego analizą zajmował się Inspektor Ochrony Danych. Corocznie sporządzane były raporty z analizy ryzyka obejmujące m.in. nazwę aktywu, stopień poufności, dostępności, integralności i wartości aktywu, skutek utraty aktywu, poziom ryzyka, zabezpieczenia nowy poziom ryzyka i właściciela ryzyka.

(akta kontroli str. 674-707)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wpisy obserwacji lekarskich w elektronicznej dokumentacji 12 pacjentów, spośród 20, których dokumentacja była analizowana, nie zostały dokonane niezwłocznie. Dotyczyło to:

- pacjenta 19139/2022 – jedna obserwacja wprowadzona do systemu po 302 dniach od faktycznie wykonanej;

- pacjenta 18194/2022 - trzy obserwacje wprowadzone do systemu po upływie jednego oraz 316 i 317 dni, od faktycznie wykonanych obserwacji;
- pacjenta 18372/2022 - jedna obserwacja wprowadzona do systemu po 317 dniach od faktycznie wykonanej;
- pacjenta 12671/2022 - dwie obserwacje wprowadzone do systemu jeden i dwa dni po ich wykonaniu;
- pacjenta 13116/2022 - trzy obserwacje wprowadzone do systemu po upływie jednego (dwie obserwacje) i ośmiu dniach;
- pacjenta 12154/2022 - jedna obserwacja wprowadzona do systemu 141 dni po jej wykonaniu;
- pacjenta 18502/2022 - osiem obserwacji wprowadzonych po upływie od 160 do 167 dni;
- pacjenta 17200/2022 - dwie obserwacje wprowadzone do systemu jeden i dwa dni po ich wykonaniu;
- pacjenta 15807/2022 - 14 obserwacji wprowadzonych do systemu od 1 do 14 dni po ich wykonaniu;
- pacjenta 19136/2022 - jedna obserwacja wprowadzona jeden dzień po jej wykonaniu;
- pacjenta 17547/2022 - jedna obserwacja wprowadzona jeden dzień po jej wykonaniu;
- pacjenta 18188/2022 - jedna obserwacja wprowadzona po upływie czterech dni.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

(akta kontroli str. 550-552)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *przeanalizowano dokumentację medyczną, której dotyczyły zastrzeżenia, ze szczególną uwagą na daty wpisów i aktywność w systemie OPTIMED. W kilku wymienionych historiach choroby nieprawidłowości dotyczyły pierwszej (w dniu przyjęcia) lub ostatniej (w dniu wypisu) obserwacji. Wpisy obserwacji w dniu przyjęcia i wypisu są powielaniem szczegółowego opisu stanu pacjenta zawartego w badaniu lekarskim przy przyjęciu i epikryzie w dniu wypisu. Mogło się zdarzyć, że wpisy te zostały pominięte z powodu znacznego obciążenia lekarzy pracą merytoryczną i dokumentowaniem jej lub przez przeoczenie. W takich sytuacjach mogło zdarzyć się, że wpisy uzupełniono celem uniknięcia raportowania w systemie OPTIMED. Te nieścisłości nie miały wpływu na opiekę nad pacjentem i nie mogą budzić podejrzeń celowego działania czy złych intencji. Staramy się w jak najbardziej prawidłowy sposób prowadzić dokumentację medyczną. Zdajemy sobie sprawę z wagi prawidłowego dokumentowania naszych działań. Specyfika pracy w szpitalu powoduje, że nie jesteśmy w stanie zaplanować szczegółowo dnia pracy z przeznaczeniem komfortowej ilości czasu na uzupełnienie dokumentacji. W kilku przypadkach zdarzyło się, że personel medyczny musiał skoncentrować się na pilnych przypadkach oraz nagłych sytuacjach wymagających natychmiastowej uwagi. To spowodowało opóźnienie w dokładnym skompletowaniu informacji i ich przemyślanym wpisaniu do dokumentacji pacjenta. Obserwacja lekarska po zabiegu operacyjnym, który skończył się o godzinie 14:00 została uzupełniona następnego dnia. Zapewniamy, że podjęliśmy już kroki mające na celu poprawę naszych procedur, aby minimalizować takie opóźnienia w przyszłości, zachowując jednocześnie najwyższe standardy dbałości o dokumentację medyczną.*

(akta kontroli str. 364-370)

NIK zwraca uwagę, że dokonanie wpisu w dokumentacji obserwacji po upływie długiego czasu od jej faktycznego wykonania (nawet 317 dni), niesie ryzyko nierzetelnego dokumentowania stanu zdrowia pacjentów. Wyjaśnienia dotyczące powielania wpisów z wywiadu przy przyjęciu i braku pierwszej obserwacji, nie zasługują na uwzględnienie, gdyż są to dwie różne czynności i niejednokrotnie wykonują je różni lekarze.

2. W Szpitalu nie zapewniono przeprowadzenia okresowych przeglądów technicznych dwóch z sześciu dostępnych gaśnic w pomieszczeniach archiwum – ważność tych przeglądów upłynęła w styczniu 2017 r.

Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów⁵⁷, urządzenia przeciwpożarowe oraz gaśnice przenośne i przewoźne powinny być poddawane przeglądom technicznym i czynnościom konserwacyjnym, zgodnie z zasadami i w sposób określony w Polskich Normach dotyczących urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic, w dokumentacji techniczno-ruchowej oraz w instrukcjach obsługi, opracowanych przez ich producentów. Stosownie do § 3 ust. 3 tego przeglądy techniczne i czynności konserwacyjne powinny być przeprowadzane w okresach ustalonych przez producenta, nie rzadziej jednak niż raz w roku.

(akta kontroli str. 666-669)

Dyrektor wyjaśnił, że gaśnice, w których stwierdzono, że są nie konserwowane terminowo zostały uzupełnione niezwłocznie jeszcze tego samego dnia gaśnicami z aktualnym przeglądem serwisowym i aktualną kontrolką przeglądu.

(akta kontroli str. 152-157, 708-709)

OCENA CZĄSTKOWA

Analizowana dokumentacja medyczna w Szpitalu zawierała wszystkie elementy określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, jednak wpisy obserwacji lekarskich dokonywane były z opóźnieniem. Udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki i zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami wewnętrznymi. Dokumentacja przechowywana była w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo – stwierdzono jedynie, że dwie gaśnice w archiwum szpitalnym nie zostały poddane wymaganym przeglądom technicznym. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez uprawniony personel. ZOZ systematycznie oceniał ryzyko zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz prawidłowo zarządzał tym ryzykiem.

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

Opis stanu faktycznego

Przeprowadzone oględziny oddziału chirurgicznego, neurologicznego i ginekologiczno-położniczego⁵⁸ wykazały, że na oddziałach przestrzegano prawa pacjentów do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich pobytu w Szpitalu. W skład oddziału chirurgicznego wchodziło sześć sal chorych (po jednej sali dwuosobowej, trzyosobowej i czteroosobowej oraz trzy sale sześciuosobowe). Dwie sale sześciuosobowe dzieliły ze sobą wydzielony sanitariat. Pozostali pacjenci korzystali z ogólnodostępnych sanitariatów (sanitariaty były przystosowane do użytku osób z niepełnosprawnościami) znajdujących się na korytarzu. Oddział neurologiczny składał się z ośmiu sal chorych (jedna sala dwuosobowa, dwie sale czteroosobowe oraz pięć sal sześciuosobowych). Sala dwuosobowa, wykorzystywana również jako izolatka, posiadała wydzielony sanitariat. Ogólnodostępne węzły sanitarne (również przystosowane do użytku osób

⁵⁷ Dz.U. z 2023 r., poz. 822 tj. z 21 marca 2023 r.

⁵⁸ Oględzinom nie poddano oddziału wewnętrznego ze względu na jego czasowe zaprzestanie działalności.

z niepełnosprawnościami) były na korytarzu. Na oddziale ginekologiczno-położniczym sale dla pacjentek posiadały oddzielne węzły sanitarne lub dzieliły je z sąsiadującymi salami (jeden węzeł sanitarny przypadał na dwie sale). Według wyjaśnień pielęgniarki nadzorującej pracę innych pielęgniarek – przyjmowane na oddział pacjentki, w miarę możliwości, przydzielane były do wolnych sal. W toku oględzin nie stwierdzono zastrzeżeń do stanu technicznego i sanitarnego oddziałów.

W celu zachowania intymności pacjentów zabiegi i badania lekarskie na oddziałach przeprowadzane były w odosobnieniu, w pokojach badań lub w salach chorych przy wykorzystaniu parawanów (wyłącznie gdy sale zabiegowe były niedostępne). Karty gorączkowe znajdowały się przy łóżkach chorych w ramach zapewniających ochronę danych osobowych (specjalne kasety zabezpieczające widok kart dla osób niepowołanych). Na żadnym z oddziałów nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych.

(akta kontroli str. 232-242)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala określone zostały zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich. Zgodnie z tymi zasadami osoby odwiedzające pacjentów zobowiązane są do zachowania ciszy podczas odwiedzin oraz do nienarażania spokoju pozostałych pacjentów. W przypadku niestosowania się do zasad lub sprawiania uciążliwości innym pacjentom, personel medyczny może nie wyrazić zgody na przebywanie osób odwiedzających na terenie Szpitala.

(akta kontroli str. 77-151)

Z uwagi na specyfikę oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (hospitalizacja pacjentów w stanie ciężkim) odwiedziny na tym oddziale były możliwe wyłącznie w godzinach 11.00-12.00 i 15.00-16.00, a liczba odwiedzających była ograniczona do jednej osoby (członka najbliższej rodziny).

(akta kontroli str. 710)

W związku z sytuacją epidemiologiczną, związaną z zagrożeniem koronawirusem SARS-CoV-2 odwiedziny pacjentów w czasie trwania epidemii zostały ograniczone zarządzeniami Dyrektora⁵⁹.

(akta kontroli str. 711-721)

Szpital zapewnił pacjentom warunki do umierania w spokoju i godności, zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. Na oddziałach poddanych oględzinom pacjenci w stanie ciężkim przebywali w salach intensywnego nadzoru (oddział chirurgiczny oraz położniczo-ginekologiczny) lub w wydzielonej izolatce (dwuosobowa sala na Oddziale Chirurgicznym), gdzie mieli odpowiednią opiekę pielęgniarską i lekarską. Pacjenci w stanie terminalnym przebywali w izolatkach. W przypadku stwierdzenia zgonu, ciało zmarłego, zgodnie z procedurą⁶⁰, pozostawało w izolatce do dwóch godzin, po czym przenoszone było do prosektorium. W każdym przypadku, gdy zgon nastąpił w sali, na której przebywali inni pacjenci, ciało było odseparowane od dalszej części sali parawanami. Oddział Neurologiczny dysponował ponadto pomieszczeniem *pro morte*⁶¹.

(akta kontroli str. 232-242, 722-739)

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

(akta kontroli str. 8)

⁵⁹ Zarządzenia Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie: Nr 9/2020 z dnia 4 marca 2020 r., Nr 10/20 z dnia 5 marca 2020 r., Nr 28/2021 z dnia 26 maja 2021 r., Nr 44/2021 z dnia 7 lipca 2021 r., Nr 59/2021 z dnia 19 października 2021 r.

⁶⁰ Procedura nr PM – 36 dotycząca postępowania w oddziale szpitala w przypadku stwierdzenia zgonu.

⁶¹ Pomieszczenie dla tymczasowego przechowywania zwłok, jeszcze w ramach szpitalnego oddziału.

Do 13 listopada 2023 r. w Szpitalu obowiązywał regulamin monitoringu wizyjnego⁶², (dalej: regulamin) w którym określono cel i zasady funkcjonowania systemu monitoringu, miejsca instalacji kamer, reguły rejestracji i zapisu informacji oraz sposób ich zabezpieczenia. Przeprowadzone oględziny potwierdziły, że miejscami objętymi monitoringiem, w których przebywali pacjenci lub udzielane były świadczenia zdrowotne (tj. miejsca inne niż ogólnodostępne) był korytarz i izba przyjęć na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz odcinek niemowlęcy na oddziale pediatrycznym (monitoring bez zapisu – obraz *na żywo* przekazywany był do stanowisk pielęgniarskich/lekarskich w celu wspomaganie obserwacji pacjentów przez personel medyczny). Dyrektor wyjaśnił, że *monitoring umieszczony jest wyłącznie w miejscach newralgicznych w celu ochrony pacjentów i personelu przed zdarzeniami niepożądanymi takimi jak kradzieże, agresja ze strony pacjentów lub osób trzecich itp.* W miejscach objętych monitoringiem stwierdzono oznaczenia informujące o prowadzeniu rejestracji obrazu (tabliczki z piktogramem kamery). Informacje o monitoringu zamieszczono ponadto przed głównym wejściem Szpitala oraz na stronie internetowej.

W regulaminie wskazano, że okres przechowywania danych uzyskanych w wyniku prowadzenia monitoringu wynosi: 60 dni dla budynku Szpitala (SOR), 80 dni dla budynku administracji, 19 dni dla budynku prosektorium oraz 90 dni dla budynku technicznego (ładowisko). Z kolei w polityce bezpieczeństwa danych osobowych⁶³ wskazano, że *zapisy z monitoringu przechowywane są przez okres maksymalnie 14 dni, chyba, że będą stanowiły dowód w sprawie, w tym wypadku do czasu ostatecznego uprawomocnienia rozstrzygnięcia procesowego.* W zaktualizowanej wersji polityki bezpieczeństwa danych osobowych⁶⁴ wskazano natomiast, że okres ten wynosi 30 dni. Dyrektor wyjaśnił, że *zmiany terminów w zakresie usuwania nagrań wynikały z faktu samej pojemności dysków rejestratora, jakości technicznych samych kamer (jakość zapisu HD READY, SD, FULL HD), a tym samym ilość zapisywanego obrazu ulegała zmianie (...).* Dyrektor wyjaśnił również, że Szpital respektował i realizował przepisy w zakresie maksymalnego okresu przechowywania danych uzyskanych w wyniku prowadzenia monitoringu. Zarządzeniem Dyrektora z dnia 14 listopada 2023 r.⁶⁵ w Szpitalu wprowadzono nowy regulamin monitoringu, w którym wskazano, że okres przechowywania danych z monitoringu nie przekracza 90 dni.

W Szpitalu rejestracji obrazu dokonywano zatem zgodnie z regulaminem oraz § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶⁶. Zgodnie z art. 23a ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu (również miejsc ogólnodostępnych) zawierające dane osobowe były przechowywane przez okres nie dłuższy niż trzy miesiące, a następnie podlegały usunięciu przez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym.

(akta kontroli str. 232-242, 364-370, 740-743, 744-745, 746-752)

⁶² Regulamin monitoringu wizyjnego stanowiący element bezpieczeństwa obiektu oraz procesów przetwarzania danych, stanowiący uzupełnienie do polityki ochrony danych osobowych.

⁶³ Zarządzenie Nr 40/2018 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie organizacji systemu ochrony danych osobowych.

⁶⁴ Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie z dnia 6 sierpnia 2020 r. w sprawie organizacji funkcjonowania systemu ochrony danych osobowych.

⁶⁵ Zarządzenie Nr 52/2023 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. M. Skłodowskiej-Curie z dnia 14 listopada 2023 r. w sprawie organizacji funkcjonowania systemu ochrony danych osobowych.

⁶⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację i warunki udzielania świadczeń, respektujące prawo pacjentów do intymności i godności.

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 wnioski:

Wnioski

1. Opracowanie wewnętrznych przepisów dotyczących sposobu załatwiania skarg i wniosków, wymaganych § 73 ust. 2 regulaminu organizacyjnego.
2. Zawieranie w zaleceniach pielęgniarских przy wypisie ze szpitala informacji dla pacjentów bądź ich rodzin na temat profilaktyki przeciwoleżynowej.
3. Umożliwienie świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych we wszystkich jednostkach organizacyjnych Szpitala.
4. Zapewnienie niezwłocznego dokonywania wpisów obserwacji lekarskich w dokumentacji medycznej pacjentów, zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.
5. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu systematyczną weryfikację wykonywania przeglądów technicznych sprzętu ppoż. rozmieszczonego w Szpitalu.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

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 Kielcach. 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.

Kielce, grudzień 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

Kontrolerzy
Sławomir Tokarczyk
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Karol Kuleta
starszy inspektor kontroli państwowej.

.....
podpis

Sporządzili:

Sławomir Tokarczyk, specjalista kp. dnia

Karol Kuleta, starszy inspektor kp. dnia

Uzgodniono z:

Janem Woźniakiem, doradcą prawnym, dnia