



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.17.2.2023

Pan
Dariusz Tumulec
Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala
w Ostrowcu Świętokrzyskim
ul. Karola Szymanowskiego 11
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Karola Szymanowskiego 11, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Tumulec, Dyrektor Szpitala (dalej: Dyrektor) od 26 października 2022 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Rafał Lipiec od 12 grudnia 2016 r. do 31 marca 2019 r., Aldona Jarosińska od 24 stycznia do 19 maja 2019 r., Andrzej Gruza od 20 maja 2019 r. do 15 lipca 2021 r., Adam Karolik od 16 lipca do 18 października 2021 r., Tomasz Kopiec od 19 października 2021 r. do 26 października 2022 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 badań kontrolnych, tj. do 4 grudnia 2023 r.).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę Kontrolerzy	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach <ol style="list-style-type: none">1. Agnieszka Olejarz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/105/2023 z 2 października 2023 r.2. Marzena Baradziej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/112/2023 z 30 października 2023 r.3. Przemysław Pikuła, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/113/2023 z 6 listopada 2023 r.

(akta kontroli str. 1-3)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie przestrzegania praw pacjenta.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, nie w pełni respektowano prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz do ochrony danych osobowych.

Szpital, w okresie archiwizowania dokumentacji medycznej pacjentów, zabezpieczał ją prawidłowo. Po upływie czasu jej przechowywania, w latach 2019-2022 (do października), przekazywał ją do zniszczenia podmiotowi, który nie dawał rękojmi jej należytego zabezpieczenia i faktycznego zniszczenia w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. W szczególności nie było możliwe rzetelne rozliczenie ilości dokumentacji faktycznie przekazanej z ilością zniszczoną, którą zadeklarował przedsiębiorca. Poza tym, na przekazanie do brakowania dokumentacji w 2019 r. ówczesna dyrektor Szpitala nie uzyskała zgody dyrektora właściwego archiwum państwowego, czym naruszyła wymóg § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej³ (dalej: rozporządzenie w sprawie brakowania dokumentacji niearchiwalnej).

Stosując monitoring w pomieszczeniach SOR, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, naruszono prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności. Sposób obserwacji pomieszczeń SOR nie został określony w regulaminie organizacyjnym, co było niezgodne z art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ (dalej: ustawa o działalności leczniczej). Ponadto nierzetelnie opracowano Regulamin monitoringu wizyjnego⁵. Nie zawsze też postępowano zgodnie z przyjętymi w nim zasadami. Do podglądu obrazu z kamery umieszczonej na korytarzu Zakładu Opiekuńczo Leczniczego (dalej: ZOL) wykorzystywano prywatny telefon Kierownika tego oddziału.

W Szpitalu rozpoczęto wydawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych na podstawie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE⁶ (dalej: RODO) dopiero od 14 października 2022 r., tj. po upływie ponad czterech lat od wejścia w życie tego rozporządzenia, co było działaniem nierzetelnym.

Systematycznie prowadzono badania satysfakcji pacjentów na temat jakości świadczonych usług i przestrzegania praw pacjenta. Zrealizowano wnioski wynikające z kontroli podmiotów zewnętrznych dotyczące przestrzegania praw pacjenta. W miejscach ogólnodostępnych budynku Szpitala udostępniono pełną informację o prawach pacjenta oraz godzinach i miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Istotne dla pacjenta informacje, w tym dotyczące jego praw podano również na stronie internetowej Szpitala. Pacjenci Szpitala potwierdzali uzyskanie rzetelnej informacji na temat wykonywanych zabiegów operacyjnych. Szpital umożliwiał rezerwację wizyt do poradni specjalistycznych drogą elektroniczną. Rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów oraz analizowano problematykę poruszaną w skargach w celu poprawy funkcjonowania placówki i lepszej ochrony pacjentów.

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

³ Dz.U. z 2019 r., poz. 246.

⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

⁵ Stanowiący załącznik do regulaminu organizacyjnego.

⁶ Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1.

W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu oraz do profilaktyki i leczenia odleżyn. Nie wszystkie te działania prowadzono albo dokumentowano zgodnie z wewnętrznymi procedurami, które wymagały aktualizacji. W Szpitalu stworzono system zgłaszania i monitorowania zdarzeń niepożądanych, a analizą przyczyn tych zdarzeń zajmował się powołany w tym celu zespół. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów był na ogół zgodny z wymogami określonymi w: art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷ (dalej: ustawa o prawach pacjenta), §§ 6, 8, 10 oraz 14-16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji) i wewnętrznych procedurach. Stwierdzono jednak, że u 65% pacjentów, których dokumentację analizowano, wpisów potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej nie dokonywano niezwłocznie po udzieleniu świadczenia albo zaniechano odnotowania obserwacji lekarskiej, pielęgniarskiej lub oceny ryzyka odleżyn w systemie informatycznym, czym naruszono § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Dokumentację medyczną udostępniano pacjentom lub osobom upoważnionym prawidłowo.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

1.1. W latach 2019-2023 (do 3 października) na działania Szpitala złożono ogółem 188 skarg⁹. Większość z nich (ponad 90%) dotyczyła nieprzestrzegania praw pacjenta¹⁰. Skargi pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym stanowiły 2,3% tych skarg¹¹.

Skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta, w poszczególnych latach objętych kontrolą, było odpowiednio: 29, 20, 44, 58 i 20. Z danych tych wynika, że w 2020 r. liczba ww. skarg wzrosła o ponad połowę, a w 2021 r. o prawie 32% w stosunku do roku poprzedniego.

Dyrektor wyjaśnił: *Wzrost liczby skarg w/w latach był podyktowany stanem pandemii w związku z COVID-19 i zarzuty dotyczyły głównie zakażeń tym patogenem, utrudnionym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, utrudnionym kontaktem z bliskimi. Ponadto niewątpliwie wzrosła świadomość pacjentów w obszarze znajomości przysługujących im Praw Pacjenta, a także popularyzacja informacji Rzecznika Praw Pacjenta w mediach publicznych i społecznościowych o naruszeniach Praw Pacjenta.*

Skargi najczęściej dotyczyły świadczenia usług medycznych z nienależytą starannością. Udział tych skarg w ogólnej liczbie skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta wynosił w okresie objętym kontrolą ok. 60%, za wyjątkiem 2021 r., w którym stanowił ok. 18%. Zgłaszane naruszenia praw pacjenta dotyczyły również m.in. odmowy przyjęcia do Szpitala lub poradni specjalistycznej oraz naruszenia zasad etyki zawodowej.

(akta kontroli str. 5, 27)

⁷ Dz. U. z 2023 r., poz. 1545.

⁸ 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.

⁹ Tj. odpowiednio: 30, 23, 49, 64 i 22 skarg.

¹⁰ Ogółem 171 skarg.

¹¹ Ogółem od pacjentek z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wpłynęły cztery skargi dotyczące nieprzestrzegania praw pacjenta.

W okresie objętym kontrolą corocznie dokonywano analizy skarg wpływających do Szpitala. Na podstawie wyników tych analiz zarekomendowano podjęcie stosownych działań polegających głównie na przeszkoleniu personelu medycznego w zakresie praw pacjenta, etyki zawodowej i komunikacji personalnej z pacjentem oraz na przypomnieniu personelowi procedur dotyczących procesów leczenia i pielęgnowania. Większość tych zaleceń została zrealizowana.

(akta kontroli str. 6-24, 67)

Analiza 20 skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta o najdłuższym czasie ich rozpatrywania wykazała, że:

- 10 skarg zostało uznanych za zasadne lub częściowo zasadne¹², pozostałe za bezzasadne;
- działania mające celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie problematyki skargi były podejmowane bez zbędnej zwłoki;
- 14 skarg załatwiono w ciągu miesiąca, pozostałe sześć w terminie od 33 do 63 dni.

Dyrektor wyjaśnił, że załatwienie skarg w terminie powyżej 30 dni wynikało z braku możliwości pozyskania w trybie pilnym w okresie urlopowym wyjaśnień od personelu medycznego lub z konieczności przeprowadzenia bardziej szczegółowej analizy skarg w sytuacjach dużych rozbieżności w wyjaśnieniach stron;

- w 19 przypadkach przy rozpatrywaniu skarg stosowano przyjętą w Szpitalu procedurę¹³. W jednym przypadku niezakończono skargi z 22 lipca 2022 r., w terminie określonym w obowiązującej od 11 marca 2021 r. do 3 maja 2023 r. procedurze ogólnej Systemu Zarządzania Jakością nr O-8 1. *Przyjmowanie skarg i wniosków wpływających w ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim, 2. Przyjmowanie interesantów w sprawie skarg i wniosków*, tj. terminie nie dłuższym niż miesiąc, skarżąca nie została powiadomiona o podjętych działaniach w celu rozpatrzenia skargi i przewidywanym terminie jej załatwienia.

Dyrektor wyjaśnił: (...) córka zmarłego pacjenta na bieżąco otrzymywała szczegółowe wyjaśnienia na zadawane przez nią pytania. Była to kontynuacja korespondencji e-mailowej córki zmarłego pacjenta. Końcowe pismo wystosowano 29 sierpnia 2022 r. po uzyskaniu ostatecznego wyjaśnienia Ordynatora Oddziału Chirurgii, który podtrzymał wcześniejsze stanowisko¹⁴.

NIK zauważa, że w razie niemożności załatwienia skargi w wymaganym terminie należałoby, zgodnie z przyjętą w Szpitalu procedurą, powiadomić skarżącego o podjętych działaniach w celu rozpatrzenia skargi i wskazać nowy termin jej załatwienia.

- w dwóch przypadkach Szpital nie poinformował o sposobie załatwienia skarg osób, które wniosły je do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i Starostwa Powiatowego w Ostrowcu Świętokrzyskim¹⁵, mimo skierowania do niego próśb w tym zakresie.

¹² Odpowiednio: sześć, cztery.

¹³ Od 1 lutego 2019 r. do 10 marca 2021 r. procedurę ogólną Systemu Zarządzania Jakością nr O-8 *Rozpatrywanie skarg i wniosków w ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim składanych przez pacjentów, ich opiekunów i rodziny* z 1 lutego 2019 r., od 11 marca 2021 r. do 3 maja 2023 r. procedurę ogólną Systemu Zarządzania Jakością nr O-8 1. *Przyjmowanie skarg i wniosków wpływających w ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim, 2. Przyjmowanie interesantów w sprawie skarg i wniosków* z 11 marca 2021 r. oraz od 4 maja 2023 r. procedurę ogólną Systemu Zarządzania Jakością nr O-8 *Przyjmowanie skarg i wniosków wpływających do Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim* z 4 maja 2023 r.

¹⁴ Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi wysłano 31 sierpnia 2022 r. (tj. 40 dni po otrzymaniu skargi).

¹⁵ Podmioty te przekazały Szpitalowi do rozpatrzenia, zgodnie z właściwością, skargi z 28 września 2020 r. i z 5 czerwca 2023 r.

Dyrektor wyjaśnił: *Z uwagi na to, że skarga (z 5 czerwca 2023 r.) była złożona przez męża wnuczki pacjentki, który nie był upoważniony ani do dostępu do dokumentacji medycznej, ani do informacji o stanie zdrowia pacjentki wyjaśnienia otrzymało tylko Starostwo Powiatowe.*

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że osoba wnosząca do Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ skargę z 28 września 2020 r. już wcześniej otrzymała od dyrektora Szpitala odpowiedź w przedmiotowej sprawie¹⁶, w związku ze złożoną przez nią 11 sierpnia 2020 r. skargą. Dyrektor dodał również, że *na chwilę obecną nie jesteśmy w stanie ustalić, dlaczego samej pacjentce nie udzielono odpowiedzi.*

(akta kontroli str. 44-62, 65-67)

1.2. W okresie objętym kontrolą badania satysfakcji pacjenta prowadzono co najmniej dwa razy w roku. Ogółem przeprowadzono 10¹⁷ takich badań w oddziałach szpitalnych lub poradniach specjalistycznych. Wyniki badań satysfakcji pacjentów były przedmiotem okresowych analiz w celu poprawy jakości świadczonych usług i lepszego przestrzegania praw pacjenta. Przeprowadzone badania wskazywały na zadowolenie pacjentów z jakości świadczonych usług medycznych. Większość ankietowanych biorących udział w badaniu satysfakcji w oddziałach szpitalnych w latach 2020-2023 uważała, że przestrzegano praw pacjenta. Po przeanalizowaniu wyników badań satysfakcji pacjenta zaproponowano podjęcie poniższych działań:

- utrzymać szkolenia personelu z zakresu poprawnej komunikacji na linii pacjent – personel, personel – pacjent, rodzina lub osoby wyznaczone przez pacjenta do kontaktu w celu utrzymania wysokiego poziomu świadczonych usług oraz zmniejszyć czas oczekiwania pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR)¹⁸;
- podjąć rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie zwiększenia kontraktu na udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wydłużyć czas pracy poradni specjalistycznych w celu zapewnienia większej dostępności do tych usług¹⁹;
- usprawnić rejestrację telefoniczną w poradniach specjalistycznych, tj. zwiększyć dostępność wyznaczenia terminu do lekarza przez telefon, informacje przekazywane przez telefon powinny być zrozumiałe dla pacjenta (rozmowa powinna być dopasowana do wieku i poziomu intelektualnego pacjenta)²⁰;
- dostosować sposób komunikacji do stanu psychicznego pacjenta, prowadzić szkolenia z zakresu praw pacjenta z większą częstotliwością, zwiększyć częstotliwość spotkań personelu z psychologiem szpitalnym celem uczulenia na podejście do pacjenta z empatią, zwrócić uwagę na kulturę osobistą personelu w codziennym obcowaniu z pacjentem, szybciej reagować na manifestowany ból przez pacjenta²¹.

Wszystkie rekomendowane działania zostały wdrożone.

(akta kontroli str. 27, 68-70)

1.3. Liczba przeprowadzonych w Szpitalu w latach 2019-2023 (do 3 października) kontroli zewnętrznych wynosiła odpowiednio: 20, 5, 13, 21, 16. Przestrzeganie praw

¹⁶ Wysłano ją 7 września 2020 r.

¹⁷ Dwa w 2019 r., dwa w 2020 r., dwa w 2021 r., trzy w 2022 r. i jedno w 2023 r. (do 3 października).

¹⁸ Wnioski wyszczególnione w analizie badania satysfakcji pacjenta, które zostało przeprowadzone w oddziałach szpitalnych w 2020 r.

¹⁹ Zalecenie sformułowane w analizie badania satysfakcji pacjenta, które przeprowadzono w poradniach specjalistycznych w 2020 r.

²⁰ Zalecenie wskazane w analizie badania satysfakcji pacjenta, które zostało przeprowadzone w poradniach specjalistycznych w 2021 r.

²¹ Działania te zostały wskazane jako potencjał do doskonalenia w protokole ze spotkania podsumowującego analizę satysfakcji pacjenta z udzielonych usług w 2022 r.

pacjenta było przedmiotem dwóch kontroli. W jednej z nich, przeprowadzonej w 2019 r. przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, zalecono m.in.:

- dostosować działalność Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Neonatologii do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²²,
- ponownie przeanalizować ilość zatrudnionych położnych ze względu na wymogi prawne ww. rozporządzenia,
- opracować procedurę łagodzenia bólu porodowego;

z kolei w drugiej, przeprowadzonej w 2020 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli Delegaturę w Kielcach w zakresie *Opieki nad pacjentkami w przypadku poronień i martwych urodzeń*, wnioskowano m.in. o:

- przestrzeganie obowiązującej procedury dotyczącej wsparcia psychologicznego lub rozważenie potrzeby jej aktualizacji,
- zawierania w dokumentacji medycznej oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, do uzyskiwania dokumentacji, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, zamieszczanie w historii choroby daty wykonanych zabiegów i numerowanie stron dokumentacji,
- umożliwienie pacjentkom podejmowania świadomych decyzji związanych z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, poprzez każdorazowe uzyskiwanie zgody na wykonanie zabiegów i badań, a także zapewnienie udzielania wyczerpujących informacji nt. stanu zdrowia oraz możliwości skorzystania/rezygnacji z prawa do pochówku.

Wszystkie wnioski pokontrolne z obu ww. kontroli zostały zrealizowane. Realizacja wniosków polegała m.in. na wdrożeniu odpowiednich procedur²³ oraz systemu elektronicznej dokumentacji medycznej. Szpital przekazywał kontrolującym informacje o sposobie realizacji wniosków pokontrolnych.

(akta kontroli str. 71-117)

W okresie objętym kontrolą wybrane zagadnienia związane z przestrzeganiem praw pacjenta były weryfikowane również podczas wizyty akredytacyjnej²⁴, audytu oceniającego wdrożenie procedur stanowiskowych z zakresu praw pacjentów w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach lecznictwa szpitalnego²⁵ oraz audytów wewnętrznych ISO²⁶. W ramach przeglądu akredytacyjnego stwierdzono m.in., że wieloosobowe sale chorych na Oddziałach: Chirurgicznym, Neurologicznym i Wewnętrznym uniemożliwiały zapewnienie intymności w trakcie pobytu, że nie określono zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych, że przymus bezpośredni stosowany był niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Podczas audytów wewnętrznych ISO stwierdzono m.in., że karty informacyjne wydawane były pacjentom z opóźnieniem, że pacjenci poruszający się na wózkach inwalidzkich mieli utrudniony dostęp do załatwienia formalności²⁷, że z powodu braku odrębnego pomieszczenia do przeprowadzania wywiadu lekarskiego i pielęgniarzkiego nie zapewniono pacjentowi intymności, że tablice informacyjne

²² Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

²³ Np. LP-6 Łagodzenie bólu porodowego oraz LP-57 Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych w trakcie hospitalizacji w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

²⁴ Przeglądu akredytacyjnego dokonało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2021 r.

²⁵ Audyt zewnętrzny został przeprowadzony przez pracownika Biura Rzecznika Praw Pacjenta w 2022 r. w ramach udziału w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”. Nie stwierdzono uchybień w zakresie wprowadzenia standardów stanowiskowych.

²⁶ W ramach tych audytów, przeprowadzonych w latach 2021-2023 (odpowiednio w liczbie: 25, 28 i 26) oceniano m.in. realizację procesu 8.1.2. *Komunikacja z klientem*.

²⁷ Zbyt wysoko usytuowane okienko rejestracji w poradni.

przepełnione były nadmiarem nieaktualnych informacji. W celu wyeliminowania stwierdzonych w ramach audytów uchybień podjęto możliwe do zrealizowania działania korygujące, w tym: wprowadzono zasadę wydawania w dniu wypisu kart informacyjnych z adnotacją, że wyniki badań będą do odebrania w późniejszym terminie, przeniesiono punkt rejestracyjny w inne miejsce, gdzie okienko rejestracyjne nie stanowiło bariery dostępu dla osób niepełnosprawnych, wskazano dokumenty, które mają być zamieszczone na wszystkich tablicach informacyjnych celem ujednoczenia procesu komunikacji z pacjentem w całym szpitalu²⁸, zaktualizowano wszystkie informacje na tablicach oraz zobowiązano właścicieli tablic do przeglądu znajdujących się na nich informacji nie rzadziej niż raz na pół roku.

(akta kontroli str. 149-189)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

Opis stanu
faktycznego

2.1. Na objętych badaniem tablicach informacyjnych znajdujących się na terenie Szpitala²⁹ umieszczono informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej, w tym *Kartę Praw Pacjenta*, regulamin dla pacjentów i osób odwiedzających, informacje w sprawie składania skarg i wniosków, wykaz osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Umieszczenie tablic umożliwiło pacjentom zapoznanie się z zamieszczonymi na nich informacjami. Nie stwierdzono przeszkód lub utrudnień w dostępie do tych tablic.

(akta kontroli str. 190, 191, 196, 199-204)

Na stronie internetowej Szpitala, w części *Strefa pacjenta* zamieszczono odwołanie do podstrony *Informacje w pigułce*³⁰, w której to zamieszczono wszystkie istotne dla pacjenta informacje, w tym o jego prawach i obowiązkach, dotyczące przetwarzania danych osobowych, wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, zasady i godziny odwiedzin pacjentów hospitalizowanych, informacje o Pełnomocniku ds. Pacjenta.

(akta kontroli str. 232-264)

Sposób informowania pacjentów o przysługujących im prawach został określony w przyjętych w Szpitalu procedurach Nr O-7 *Prawa pacjenta. Informowanie pacjentów o przysługujących im prawach*. Zgodnie z tymi procedurami, obowiązującymi w okresie objętym kontrolą, personel medyczny zobowiązany był do zapoznania pacjenta z *Kartą Praw Pacjenta* w ciągu 24 godzin od momentu przyjęcia pacjenta do Szpitala. Fakt ten powinien być udokumentowany w *historii pielęgnowania* i potwierdzony przez pacjenta własnoręcznym podpisem.

(akta kontroli str. 207-231)

2.2. W regulaminie organizacyjnym Szpitala³¹ określono wszystkie elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

²⁸ Wśród tych dokumentów były: Karta Praw Pacjenta, informacja dla pacjenta w sprawie składania skarg i wniosków, informacja Rzecznika Praw Pacjenta o czynnej infolinii i danych kontaktowych, wykaz osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, regulamin monitoringu wizyjnego, regulamin odwiedzin pacjentów hospitalizowanych, obowiązki pacjenta hospitalizowanego, informacja dla pacjentów/ opiekunów głuchych i głuchoniemych, informacja o godzinach odwiedzin i udzielania informacji o chorym w gabinecie lekarskim.

²⁹ Tj. tablicach informacyjnych przy poradniach specjalistycznych, w poczekalni SOR oraz na korytarzu przed Działem Radiologii.

³⁰ Znajdującej się pod adresem <https://www.zoz.ostrowiec.pl/informacje-w-pigulce/>.

³¹ Wprowadzonym zarządzeniem Nr 22/2022 Dyrektora Naczelnego Szpitala z 21 lipca 2022 r., ujednoczonym zarządzeniem Nr 32/2023 Dyrektora Naczelnego Szpitala z 30 czerwca 2023 r.

(akta kontroli str. 265-277, 284-301)

2.3. Na stronie internetowej Szpitala <https://www.zoz.ostrowiec.pl> zamieszczono oś czasu, na której przedstawiono najważniejsze zrealizowane przez placówkę inwestycje oraz wizualizacje rozbudowy Szpitala, a od 7 listopada 2023 r. – certyfikat ISO 9001:2015. Certyfikat został udostępniony również (od 15 czerwca 2023 r.) na profilu facebookowym, na którym umieszczano informacje dotyczące działalności Szpitala, w tym o: zwiększeniu zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych i podnoszeniu kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. Przekierowanie do tego profilu następowało z ww. strony internetowej.

(akta kontroli str. 302-323, 326)

2.4. Analiza 10 formularzy zgody na procedurę medyczną na Oddziale Chirurgicznym i Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej³² wykazała, że każdy pacjent został zaznajomiony z przebiegiem operacji oraz poinformowany o możliwym ryzyku związanym z procedurą medyczną i ewentualnych powikłaniach po zabiegu³³. W formularzach wypełnianych na Oddziale Chirurgicznym dodatkowo opisano inne dostępne metody leczenia, o ile takie istniały, oraz możliwe następstwa rezygnacji z proponowanego leczenia. Treść oświadczeń pacjentów zawartych w wypełnianych na ww. oddziałach formularzach zgody na procedurę medyczną różniła się od siebie (ta w formularzach z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej była bardziej rozbudowana). Pacjent z Oddziału Chirurgicznego oświadczał, że zapoznał się z treścią formularza, że został poinformowany o proponowanym leczeniu, że miał możliwość zadawania pytań i otrzymał na nie odpowiedź, że dobrowolnie wyraził zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji, oraz że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataił istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań i przebytych chorób. Z kolei pacjent Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oświadczał m.in., że: został poinformowany o możliwych metodach diagnostycznych i sposobach leczenia oraz, że w czasie operacji może być konieczne wykonanie zdjęć rentgenowskich i wyraża na to zgodę, że został zaznajomiony z celem procedury medycznej, jej zakresem i przebiegiem oraz nieuniknionymi jej następstwami i związanymi z nią typowymi niebezpieczeństwami, że przedstawiono mu zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki planowanej procedury medycznej oraz możliwe skutki zaniechania jej wykonania, że miał możliwość zadawania pytań, na które udzielono mu wyczerpujących odpowiedzi. Wszystkie zgody były pisemne, podpisane przez pacjenta i lekarza. Wszystkie zgody na zabieg operacyjny zostały wyrażone przed jego wykonaniem. Uzyskując zgodę na zabieg operacyjny stosowano się do zasad przyjętych w procedurze *Uzyskiwanie zgody pacjenta/opiekuna (prawnego, faktycznego, kuratora), na działania medyczne*.

(akta kontroli str. 29-43, 332-342)

Dyrektor wyjaśnił, że *procedura w treści merytorycznej obowiązywała do chwili obecnej za wyjątkiem formularzy, które były dostępne w systemie informatycznym OPTIMED od kwietnia 2021 r. W chwili obecnej procedura podlega aktualizacji (...)*. Dodał również, że *każdy z oddziałów tworzył formularze zgód pacjentów na zabiegi operacyjne zgodnie z potrzebami profilu danego oddziału i kryteriów wynikających ze specyfiki prowadzonej działalności medycznej, opierając się na wytycznych uzyskanych z Towarzystw Medycznych. W taki sposób praktykuje Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. W Oddziale Chirurgicznym obowiązują zgody operacyjne jednoimienne, które zaleca Towarzystwo Chirurgów Polskich (dla wszystkich Oddziałów Chirurgii w Polsce). Zgody zostały opracowane przez ogólnopolski zespół*

³² Pochodzących z ostatniego miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie czynności kontrolnych, tj. z września 2023 r. Z każdego oddziału przeanalizowano po pięć formularzy.

³³ Informacje te znajdowały się we wszystkich formularzach zgody na wykonanie procedury medycznej.

ekspercki i są do wglądu i pobrania na stronie www.tchp.pl. Obydwie formy spełniają ogólne wymogi obowiązujących przepisów.

(akta kontroli str. 28)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

OBSZAR

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wybrane do badania oddziały (tj. Chirurgiczny, Neurologiczny z pododdziałem udarowym, Kardiologiczny, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Wewnętrzny I), wykazane w księdze rejestrowej³⁴ oraz w regulaminie organizacyjnym Szpitala³⁵ funkcjonowały w Szpitalu. Uwzględnione w strukturze organizacyjnej Szpitala komórki udzielające świadczeń opieki zdrowotnej były wpisane do ww. księgi rejestrowej.

(akta kontroli str. 285, 343-389, 409-411)

3.2. Na objętych badaniem tablicach informacyjnych i w innych ogólnodostępnych miejscach³⁶ udostępniono informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe informacje, o których mowa w § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁷.

(akta kontroli str. 190-206)

3.3. Największa liczba oczekujących na przyjęcie do Szpitala w latach 2019-2022 była w Oddziałach Chirurgicznym, Okulistycznym i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Na przyjęcie na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oczekiwało co roku w powyższym okresie od 191 do 830 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oraz od jednego do 247 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”, na Oddział Okulistyczny odpowiednio od 90 do 912 pacjentów i od 16 do 973 pacjentów, a na Oddział Chirurgiczny od 337 do 677 i od zera do 49.

W latach 2019-2022 w Oddziale Chirurgicznym odnotowano łącznie 134 przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie, w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 72, a w Oddziale Okulistycznym – 27. Odsetek tych pacjentów w odniesieniu do wszystkich osób hospitalizowanych na danym oddziale wynosił w tym okresie odpowiednio: 1,53%, 1,56% i 0,23%³⁸.

(akta kontroli str. 422)

W latach 2021-2022³⁹ najwięcej osób oczekiwało na wizytę w Poradni Neurologicznej (odpowiednio 534 i 656 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” oraz 43 i 0 zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”), Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (odpowiednio 364 i 1374 oraz 1 i 2), oraz Poradni Endokrynologicznej (odpowiednio 599 i 1163 oraz 16 i 1).

W latach 2021-2022 do Poradni Neurologicznej na wizytę w wyznaczonym terminie nie zgłosiło się odpowiednio 45 i 46 pacjentów, do Poradni Endokrynologicznej –

³⁴ W księdze rejestrowej Nr 000000014595, sporządzonej na dzień 3 października 2023 r. (tj. na dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych).

³⁵ Obowiązującym zarówno w dniu oględzin (tj. 9 listopada 2023 r.), jak i w dniu rozpoczęcia czynności kontrolnych, ujednoliconym zarządzeniem Nr 38/2023 Dyrektora Naczelnego Szpitala z 28 września 2023 r.

³⁶ Tj. przy poradniach specjalistycznych, Dziale Fizjoterapii i poczekalni SOR.

³⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194.

³⁸ W przypadku Oddziału Chirurgicznego wynosił w poszczególnych latach od 0,22% do 4,26%, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej od 0% do 4,65%, Oddziału Okulistycznego od 0% do 0,67%.

³⁹ Nie uwzględniono lat 2019-2020 z uwagi fakt, że siedem z 11 poradni (nie uwzględniono Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, dla której nie prowadzi się kolejek) w tych latach nie funkcjonowała w Szpitalu.

7 i 51, a do Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 1 i 51, co stanowiło odpowiednio 9,41% i 8,47%, 1,23% i 5,64% oraz 0,33% i 4,13% wszystkich pacjentów przyjętych w danej poradni⁴⁰.

(akta kontroli str. 423)

W objętych badaniem oddziałach (tj. Chirurgicznym, Okulistycznym, Wewnętrznym I i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej) oraz poradniach (Neurologicznej, Endokrynologicznej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej) – jak wynika z wyjaśnień sekretarek medycznych pracujących na tych oddziałach – w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiały zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących (np. choroby lub urlopu lekarza), świadczeniodawca telefonicznie informował świadczeniobiorcę o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jego przyczynach. O możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej informowano pacjentów telefonicznie. Na Oddziałach Wewnętrznym I i Chirurgicznym wolny (np. z powodu rezygnacji pacjenta) termin realizacji świadczenia wykorzystywany był przede wszystkim na wykonywanie zabiegów pacjentom z „ostrego” dyżuru. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta oczekującego w kolejce (np. z powodu stanu zapalnego, silnego bólu lub złych wyników badań) pacjent w dniu zgłoszenia się do poradni był przyjmowany poza kolejnością w trybie „na bieżąco ze skierowaniem” lub proponowany był mu nowy, wcześniejszy termin. Jeśli stan zdrowia pacjenta zaplanowanego do przyjęcia na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pogorszyłby się, wówczas mógł on zgłosić się na Oddział na konsultację. Po ocenie jego stanu zdrowia, jeśli byłyby takie wskazania, mógł być przyspieszony termin przyjęcia pacjenta na Oddział. Pacjenci ustalając termin przyjęcia na Oddział Wewnętrzny I lub Chirurgiczny byli informowani, że jeżeli ich stan zdrowia pogorszy się wówczas powinni niezwłocznie zgłosić się na SOR. Na Oddziale Okulistycznym nie było przypadków, w których pacjenci zwracaliby się o przesunięcie terminu na wcześniejszy ze względu na pogorszenie się ich stanu zdrowia.

Ww. Oddziały i poradnie nie stosowały żadnej formy przypominania pacjentom o zaplanowanym zabiegu lub wizycie, jedynie pacjenci zarejestrowani do poradni poprzez E-rejestrację otrzymywali mailem lub sms-em przypomnienie o zbliżającej się wizycie.

(akta kontroli str. 430-459)

3.4. Szpital umożliwił świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną (poprzez portal pacjenta dostępny na stronie internetowej <https://e-uslugi.zoz.ostrowiec.pl/>) na wizyty do poradni specjalistycznych, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Drogą elektroniczną na wizytę zarejestrowało się 12 pacjentów w 2021 r., 20 w 2022 r. i cztery w 2023 r.⁴¹.

(akta kontroli str. 125-137, 460-469)

Dyrektor wyjaśnił, że *w związku z rekomendacjami przesłanymi przez dostawcę – Comarch w dniu 25 lutego 2022 r. i wprowadzeniu trzeciego stopnia alarmowego Charlie CRP na terenie całego kraju portal pacjenta jest czasowo wyłączany od 25 lutego 2022 r. Wyłączenie czasowe nastąpiło na polecenie dyrektora naczelnego po stwierdzeniu przez dział IT prób ataku na UTM brzegowym. Portal funkcjonuje od tego momentu zależnie od stopnia nasilenia prób cyberataków. W momencie ich nasilenia jest czasowo odłączany z dostępu zewnętrznego ze względów bezpieczeństwa.*

(akta kontroli str. 120-124, 138-148)

⁴⁰ Tj. pacjentów oczekujących skreślonych z listy z powodu realizacji świadczenia.

⁴¹ Brak danych za lata 2019-2021 (do 7 kwietnia) z powodu zmiany portalu pacjenta.

3.5. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu. Zasady monitorowania i leczenia bólu określała procedura LP-22⁴². Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury na każdym z oddziałów powierzono ordynatorom.

(akta kontroli, str. 476-505)

Analiza próby pięciu spraw pacjentów, u których monitorowano lub wdrożono leczenie przeciwbólowe wykazała, że sposób dokumentowania prowadzonych działań, a częściowo także sposób postępowania, były niezgodne z ww. procedurą. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

U czterech z ww. pięciu pacjentów, których akta objęto analizą, pielęgniarka dyżurująca codziennie wypełniała w systemie dokument *Ocena bólu*, w którym wskazywała natężenie wg skali NRS, umiejscowienie i stosowane leczenie. U jednego pacjenta, po zabiegu udokumentowano przeprowadzenie tylko jednej oceny bólu, ale w karcie nie wskazano umiejscowienia ani sposobu leczenia. Do dnia wypisu pacjenta nie udokumentowano w systemie informatycznym faktu dokonywania oceny lub monitorowania natężenia bólu. Leczenie przeciwbólowe stosowano i wskazano w zaleceniach po wypisie pacjenta z oddziału.

(akta kontroli, str. 507, 814-817)

3.6. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę *P-20 Postępowanie z chorym z odleżynami*, jednak sposób dokumentowania prowadzonych działań był z nią niezgodny. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Badanie próby pięciu spraw pacjentów, u których stosowano profilaktykę i leczenie odleżyn wykazało, że przy przyjęciu pacjenta dokonywano niezwłocznie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn, określając liczbę punktów w skali Norton⁴³. Wszystkim założono dokumentację pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyn, w której odnotowywano profilaktykę przeciwoodleżynową i stosowane udogodnienia. Ponadto, prowadzono działania terapeutyczne u pacjentów z odleżynami, co opisywano w karcie *Odleżyny – działania terapeutyczne*.

(akta kontroli, str. 510-515, 521-522)

U ww. pięciu pacjentów nie udokumentowano przeprowadzenia codziennej *Oceny stopnia ryzyka wystąpienia odleżyn*. Wymóg jej przeprowadzenia wynikał z zapisów pkt 3 procedury P-20. Ponadto, w przypadku jednego pacjenta (nr ks. gł. 30830) działania terapeutyczne dokumentowano niesystematycznie. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli, str. 521-522)

Naczelna Pielęgniarka prowadziła coroczne analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Analizie podlegały dane w ujęciu kwartalnym i rocznym za lata 2019-2021, a za rok 2022 – w ujęciu rocznym, w tym w rozbiciu na poszczególne oddziały szpitalne. Wnioski z analiz były omawiane podczas zebrań pielęgniarek koordynujących i służyły ocenie skuteczności opieki pielęgniarskiej w tym zakresie. Po analizie za 2022 r. wnioski dotyczyły: kontynuacji oceny każdego pacjenta pod kątem ryzyka powstania odleżyn i jak najszybszego wdrażania profilaktyki w tym zakresie, odnotowywania ww. wyników w dokumentacji pacjenta, konieczności aktualizacji procedury P-20 oraz rezygnacji z prowadzenia zestawień w formie papierowej.

(akta kontroli, str. 541-554)

Liczba pacjentów z odleżynami zmieniała się w całym kontrolowanym okresie. W 2019 r. leczenie odleżyn stosowano u 302 pacjentów, z tego u 106 z nich odleżyny

⁴² Ostatnia procedura obowiązywała od 12 maja 2021 r.

⁴³ Ocenie podlega stan fizyczny pacjenta, stan świadomości, aktywność oraz możliwość samodzielnej zmiany pozycji i czynności zwieraczy odbytu oraz cewki moczowej.

powstały w trakcie hospitalizacji. W 2020 r., spośród 341 pacjentów z odleżynami objętych działaniami terapeutycznymi, 146 stanowiły osoby, u których odleżyny powstały podczas pobytu w szpitalu. W latach 2021-2022 liczby te kształtowały się odpowiednio: 308 pacjentów z odleżynami, w tym 148, u których odleżyny powstały podczas hospitalizacji oraz 139 pacjentów, z tego 127, u których powstały podczas w trakcie pobytu w Szpitalu.

(akta kontroli, str. 526-540)

3.7. W Szpitalu stworzono system zgłaszania i monitorowania zdarzeń niepożądanych, powołano też zespół do analizy przyczyn tych zdarzeń. Tryb pracy tego zespołu, w okresie epidemii COVID-19, z powodu wdrożonych obostrzeń nie był w pełni zgodny z przyjętymi założeniami, gdyż zespół spotykał się w okrojonym składzie. Kwestie ogólne dotyczące zgłaszania tych zdarzeń uregulowano w procedurze *O-29 Monitorowanie zdarzeń niepożądanych w WS w Ostrowcu Świętokrzyskim*⁴⁴. Procedura określała katalog zdarzeń i przewidywała obowiązek zgłoszenia zaistnienia lub podejrzenia zdarzenia niepożądanego z wykorzystaniem formularza w systemie informatycznym. Rejestr zgłoszonych zdarzeń, od kwietnia 2022 r. prowadzony był w systemie informatycznym, a poprzednio w wersji papierowej. O zaistnieniu każdego zdarzenia informowany miał być Dyrektor ds. Lecznictwa. Analizą przyczyn (ryzyka) zdarzeń niepożądanych zajmować miał się zespół ds. ryzyka zdarzeń niepożądanych powołany zarządzeniem nr 27/2018 z dnia 9 kwietnia 2018 r. Skład zespołu wielokrotnie ulegał zmianom, jego stałym członkiem była Naczelna Pielęgniarka pełniąca funkcję sekretarza zespołu, która oświadczyła, że posiedzenia odbywały się minimum dwa razy w roku, ale nie posiada protokołów.

(akta kontroli, str. 555-583, 589-590)

Zarządzeniem nr 45/2020 z 9 listopada 2020 r. powołano zespół w nowym składzie. Do jego zadań należało m.in. opracowywanie rocznych planów pracy, systematyczna analiza danych, sporządzenie do 30 stycznia każdego roku pisemnych sprawozdań za rok poprzedni dotyczących analizy i oceny przyczyn zdarzeń niepożądanych. Posiedzenia miały odbywać się nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy.

(akta kontroli, str. 584-585)

Przewodniczący tego zespołu nie był w stanie przypomnieć sobie, czy zespół spotykał się z ww. częstotliwością – był to okres obostrzeń związanych z epidemią COVID-19. Pielęgniarka koordynująca SOR będąca członkiem ww. zespołu oświadczyła, że zespół spotykał się w okrojonym, dwuosobowym składzie, ale nie pamięta, czy spotkania były protokołowane. Protokołów, które mogły powstać w tym okresie nie przedłożono w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli, str. 586-588)

Zarządzeniem 29/2023 z dnia 30 czerwca 2023 r. zmieniono skład zespołu i od tego czasu odbyły się trzy spotkania. Pełnomocnik ds. Jakości i akredytacji wyjaśniła: *od momentu, kiedy zaczęłam się tym zajmować (listopad 2022 r.) ustaliłam, że skład zespołu jest nieaktualny i podjęłam działania zmierzające do aktualizacji zarządzenia. W II kwartale 2023 r. zespół sporządzał raporty z analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, a w dniu 26 września 2023 r. odbyło się posiedzenie zespołu z udziałem Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelnej Pielęgniarki, na którym dokonano analizy poszczególnych grup występowania zdarzeń niepożądanych i przedstawiono wynikające z niej wnioski.*

⁴⁴ Aktualna obowiązuje od 4 maja 2023 r. Zdarzenia niepożądane regulowały ponadto procedury: LP-14 Monitorowanie i zgłaszanie niepożądanych zdarzeń i niepożądanych reakcji, GL-11 Zasady postępowania w przypadku niepożądanego działania leków i produktów krwiopochodnych, L-30 Wystąpienie nieprzewidzianych zdarzeń krytycznych i powikłań w Anestezjologii, L-47 Analizowanie i dokumentowanie istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.

W oparciu o zgłoszone zdarzenia w Szpitalu sporządzano roczne analizy ich przyczyn, prezentując w nich statystyki zdarzeń niepożądanych i podejmowane działania korekcyjne oraz formułując wnioski. NIK zwraca uwagę, że analiza za 2019 i 2020 r. nie została opatrzona podpisem osoby sporządzającej (pielęgniarki/pełnomocnika ds. jakości) ani podpisem ówczesnego dyrektora, potwierdzającym fakt zapoznania z ich wynikami.

(akta kontroli, str. 591-609)

Analiza za 2021 r. przeprowadzona została z wykorzystaniem m.in. *Matrycy Oceny Bezpieczeństwa*, tj. z uwzględnieniem stopnia ciężkości zdarzenia i prawdopodobieństwa jego wystąpienia, oraz *Analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych*. Za 2022 r. przeprowadzono analizy na podstawie danych wprowadzonych do systemu OPTIMED. Pełnomocnik ds. Jakości na ich podstawie dokonywała oceny bezpieczeństwa pacjentów oraz proponowała działania korygujące i zapobiegawcze oraz formułowała wnioski do realizacji.

(akta kontroli, str. 593-599, 610-634)

Analiza próby 10 zdarzeń niepożądanych wykazała, że w każdym przypadku zarejestrowano *Kartę zgłoszenia zdarzenia niepożądanego*, choć cztery z nich odnotowano w systemie informatycznym po upływie od dwóch do 26 dni od momentu zdarzenia. Osoby, które ww. dane wprowadziły z opóźnieniem oraz Pełnomocnik ds. Jakości prowadząca analizy tych zdarzeń wyjaśnili, że na bieżące dokumentowanie nie pozwolił nadmiar obowiązków, a uzupełnienie wpisów nastąpiło w pierwszym możliwym terminie. Karty te równolegle były przekazywane w formie papierowej Dyrektorowi ds. Medycznych i Pełnomocnikowi ds. Jakości. NIK zwraca uwagę, że opóźnienia w odnotowywaniu zdarzeń niepożądanych uniemożliwiają bieżącą i rzetelną analizę, którą – jak wyjaśniła Pełnomocnik ds. Jakości – prowadzi się w oparciu o dane z kart wprowadzonych do systemu.

Osobą zgłaszającą zdarzenia niepożądane był lekarz lub pielęgniarka. W kartach odnotowano dane pacjenta, datę i godzinę zdarzenia, miejsce, rodzaj, opis, przyczynę, ocenę ciężkości oraz podjęte działania. W każdym przypadku podjęto działania diagnostyczne, określono przyczynę i wskazano skutki zdarzenia.

(akta kontroli, str. 635-652)

3.8. W Szpitalu nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia.

(akta kontroli str. 120)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Sposób dokumentowania prowadzonych działań, a częściowo także sposób postępowania w zakresie monitorowania i leczenia bólu u pacjentów był niezgodny z procedurą LP-22, gdyż:

- u trzech⁴⁵ z pięciu pacjentów, których akta objęto badaniem szczegółowym⁴⁶, wbrew wymogom opisanym w pkt 5 *Zasad ogólnych* oraz pkt 6 *Postępowania szczegółowego* ww. procedury, nie monitorowano natężenia bólu minimum cztery razy na dobę i nie odnotowano tej informacji w systemie, w zakładce Parametry życiowe;
- u jednego pacjenta⁴⁷, wbrew wymogom pkt 4 *Zasad ogólnych* ww. procedury, nie udokumentowano prowadzenia oceny natężenia bólu ani kontroli skuteczności zastosowanej terapii przeciwbólowej po amputacji palca (przeprowadzono jednokrotną ocenę bólu w dniu zabiegu, tj. 30 listopada 2022 r., określając go wg skali na 3, tj. jako silny, ale nie wskazano zastosowanego leczenia). Z *Karty*

⁴⁵ Nr ks. gj. 35706/2022, 34488/2022, 32994/2022.

⁴⁶ U których monitorowano ból lub stosowano terapię przeciwbólową.

⁴⁷ Nr ks. gj. 32994/2022

zleceń lekarskich wynikało natomiast, że terapia przeciwbólowa była prowadzona w dniach od 29 listopada do 2 grudnia 2022 r.;

- nie funkcjonowały zespoły lekarzy do spraw terapii przeciwbólowej w każdym oddziale Szpitala, o których mowa w ww. procedurze;
- formularze, z wykorzystaniem których należało dokumentować ocenę oraz monitorować ból, stanowiące załączniki do procedury, nie były stosowane.

(akta kontroli, str. 476-501, 507, 814-817)

Lekarz anestezjolog, który opracował ww. procedurę wyjaśnił, że jest ona nieaktualna. Według jego wyjaśnień, sam sposób monitorowania i leczenia bólu nie wymaga zmian, natomiast zmiany wymaga opis sposobu dokumentowania tych czynności. Ponadto podał: *Przy bólu pooperacyjnym zasadnym jest monitorowanie pacjenta minimum 4x na dobę; przy bólu przewlekłym wystarczające jest monitorowanie raz dziennie. Te zapisy procedury powinny zostać utrzymane. Nie wiem, czy to ja będę zajmował się aktualizacją procedury, z pewnością wymaga ona aktualizacji. Pozostawiam decyzję Dyrektorowi Naczelnemu i mojej bezpośredniej przełożonej.*

(akta kontroli, str. 508-509)

Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *za monitorowanie i aktualizację procedury medycznej powinna odpowiadać osoba (merytoryczna komórka), która tworzy daną procedurę.*

(akta kontroli, str. 796)

Dyrektor wyjaśnił, że monitorowanie bólu odbywało się dwa razy na dobę. Wskazaną przyczyną niedokumentowania dokonywania oceny, był w jego ocenie proces wdrażania się personelu pielęgniarskiego do wymogów nowego systemu informatycznego oraz nadmiar czynności pielęgniarskich związanych z opieką nad pacjentami przebywającymi w oddziale. Ponadto wyjaśnił, że z uwagi na ogrom obowiązków służbowych i niewielkie zmiany do wprowadzenia w treści procedury (zmianie uległ sposób jedynie sposób dokumentowania), aktualizacja procedury została przedłużona w czasie. Zobowiązał się do jej aktualizacji.

(akta kontroli, str. 808)

2. Działania wobec pacjentów, u których wystąpiło ryzyko powstania odleżyn i pacjentów z odleżynami nie były dokumentowane lub sposób udokumentowania tych działań był niezgodny z zasadami określonymi w obowiązującej na dzień badania⁴⁸ procedurze *P-20 Postępowanie z chorym z odleżynami*, gdyż:

- u wszystkich pięciu pacjentów, których akta objęto szczegółową analizą, pielęgniarka, wbrew wymogom określonym w pkt 3 procedury P-20 nie udokumentowała codziennej oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton, a w przypadku jednego z pacjentów (nr ks. gł. 30830) nie udokumentowano działań terapeutycznych, którymi pacjent powinien zostać objęty (terapię odleżyn odnotowano jedynie w dniach 11 i 17 listopada 2022 r.);
- w dokumentacji dwóch pacjentów nie zawarto wpisów potwierdzających fakt edukowania pacjenta/rodziny w zakresie zapobiegania odleżynom;
- formularz, z wykorzystaniem którego należało dokumentować podejmowane działania (ocenę ryzyka, szczegółowy opis i umiejscowienie odleżyn, działania terapeutyczne i profilaktyczne), stanowiący załącznik do ww. procedury, nie był stosowany. Pielęgniarki oceniały ryzyko wystąpienia odleżyn wg skali Norton, a wynik odnotowywały w systemie OPTIMED NXT w dokumencie: *Odleżyny – ocena ryzyka wg skali Norton*. Profilaktykę przeciwodleżynową odnotowywano w systemie w karcie *Działania profilaktyczne*, a leczenie – w karcie *Działania terapeutyczne*.

⁴⁸ 8 listopada 2023 r.

(akta kontroli, str. 510-515, 521-522)

Pielęgniarka Naczelna, która opracowała procedurę potwierdziła, że procedura jest nieaktualna i wyjaśniła, że podjęła działania zmierzające do jej aktualizacji. Ponadto wyjaśniła: *w mojej ocenie ww. działania były prowadzone, lecz nie zostały właściwie udokumentowane. Prawdopodobną przyczyną był natłok obowiązków służbowych, okres epidemii COVID-19, być może ewentualne absencje.* Odnosząc się do edukowania pacjenta lub jego rodziny w zakresie zapobiegania odleżynom, dodała: *mimo, że działania te nie zostały udokumentowane, prawdopodobnie zostały przekazane ustnie.*

(akta kontroli, str. 523-524)

W trakcie kontroli NIK, Pielęgniarka Naczelna przedłożyła zaktualizowaną i zatwierdzoną do stosowania od 13 listopada 2023 r. procedurę, w której przewidziano do stosowania dostępne w systemie OPTIMED NXT dokumenty, które aktualnie są wykorzystywane. W związku z powyższym, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli, str. 516-520)

NIK zwraca uwagę, że obowiązek dokonywania codziennej oceny ryzyka rozwoju odleżyn utrzymano w zaktualizowanej procedurze. Ponadto, w przypadku działań terapeutycznych wprowadzono obowiązek dokonywania wpisów dwa razy dziennie, tj. na każdej zmianie, a do dokumentowania działań edukacyjnych przeznaczono specjalny formularz: *Zalecenia pielęgniarskie.*

(akta kontroli, str. 521-522)

Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Za monitorowanie i aktualizację procedury medycznej powinna odpowiadać osoba (merytoryczna komórka), która tworzy daną procedurę. Był to też okres wdrażania się personelu do nowego systemu informatycznego, co również mogło być jedną z przyczyn.*

(akta kontroli, str. 796)

OCENA CZĄSTKOWA

Zakres świadczeń udzielanych w Szpitalu był w dniu rozpoczęcia czynności kontrolnych (tj. 3 października 2023 r.) zgodny z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą. Wewnątrz budynku Szpitala udostępniono informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe informacje, o których mowa w § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Szpital zgodnie z art. 23a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁹ umożliwił rezerwację wizyt drogą elektroniczną. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu. Nie wszystkie działania w tym obszarze prowadzono jednak lub dokumentowano zgodnie z procedurą, a sama procedura wymagała aktualizacji. Przestrzegano prawa pacjenta do profilaktyki i leczenia odleżyn, jednak sposób dokumentowania prowadzonych działań był niezgodny z procedurą. Procedurę dostosowano do funkcjonującej praktyki w trakcie kontroli NIK. Stworzono system zgłaszania i monitorowania zdarzeń niepożądanych, a analizą przyczyn tych zdarzeń zajmował się powołany w tym celu zespół.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Badanie próby 20 spraw pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. wykazało, że ich prowadzona elektronicznie dokumentacja medyczna spełniała wymogi określone w art. 25 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta (tj. zawierała: oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego

⁴⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

świadczeń ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której ich udzielono, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, datę sporządzenia). Dokumentacja tych pacjentów prowadzona w formie papierowej zawierała także elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w tym formularz, który zawierał możliwość podania elektronicznych kanałów, przez które można przekazać dokumentację. W dokumentacji tej oznaczano osobę dokonującą wpisu (w dokumentacji elektronicznej osobę wprowadzającą dane identyfikował system informatyczny). Zgodnie z wymogami § 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji zapewniono czytelność i chronologiczność wpisów. Wersja papierowa dokumentacji, stosownie do wymogów § 8 ww. rozporządzenia, obejmowała dokumenty wymagające podpisu pacjenta (tj. m.in. zgody: na hospitalizację, zabiegi, proponowane leczenie, itp. oraz oświadczenia i upoważnienia), a jej strony były numerowane. Zawarto w niej oświadczenia o zapoznaniu pacjentów z ich prawami, które opatrywali własnoręcznym podpisem. Ponadto dokumentacja zawierała oświadczenie pacjenta ze wskazaniem osoby upoważnionej do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach. W przypadku, gdy uzyskanie ww. zgód lub złożenie oświadczeń nie było możliwe ze względu na stan pacjenta, na właściwym formularzu dokonywano stosownej adnotacji.

(akta kontroli, str. 647-649)

Dokumentację elektroniczną prowadzono zgodnie z wewnętrzną procedurą *O-4 Dokumentacja medyczna pacjenta hospitalizowanego w WSZ w Ostrowcu Świętokrzyskim*⁵⁰.

Dokumentacja medyczna 12 z 20 pacjentów była kompletna. W czterech sprawach nie zawierała natomiast wszystkich wymaganych obserwacji lekarskich, które należało sporządzać co najmniej raz na dobę (w jednej z nich także *Karty oceny ryzyka odleżyn*), w trzech – obserwacji pielęgniarskich, które należało odnotowywać z każdego dyżuru, w jednej sprawie nie dokonano oceny ryzyka odleżyn.

W dokumentacji 10 pacjentów, wpisów w systemie informatycznym OPTIMED NXT dokonywano niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, a w dokumentacji pozostałych 10 z nich, wpisów potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej dokonywano z opóźnieniem. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Historia choroby zawierała elementy określone w § 16 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w tym epikryzę, a karta informacyjna – dane wskazane w § 21 ww. rozporządzenia, w tym odnotowywano datę przeprowadzenia zabiegu. Dokumentację zatwierdzał kierownik właściwego oddziału, a w przypadku pacjentów starszych (seniorów), zgodnie z procedurą *LP-28 Ocena geriatryczna pacjenta hospitalizowanego w Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim*, każdorazowo dokonywano oceny stanu pacjenta według skali VES-13⁵¹.

System informatyczny OPTIMED NXT, w którym prowadzono dokumentację medyczną wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych. Ponadto, zapewniał informację o rzeczywistym czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub zmiany.

(akta kontroli, str. 647-665)

4.2. W regulaminie organizacyjnym wskazano, że Szpital udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności: do wglądu w Szpitalu, poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kopii, poprzez wydawanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli

⁵⁰ Regulowała ona minimalny zakres wywiadu oraz zakres wskazówek odnotowywanych przy wypisie.

⁵¹ Vulnerable Elders Survey – pozwalająca ocenić ryzyko śmierci albo pogorszenia stanu zdrowia u osób powyżej 60 roku życia.

uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Ponadto, określono wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej⁵². Katalog osób i podmiotów, którym dokumentacja jest udostępniana przez Dział Statystyki określono w procedurze *O-23 Zabezpieczenie dokumentacji medycznej przekazywanej z archiwum Działu Statystyki Medycznej Instytucjom i osobom upoważnionym na podstawie wniosków, pism i postanowień*. W procedurze nie określono zasad i sposobów udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, osobom przez nich wskazanym lub opiekunom prawnym.

(akta kontroli, str. 265-301, 672-675)

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczony został formularz *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*. Według oświadczenia Kierownika Działu Statystyki Medycznej, która opracowała ww. procedurę O-23, wniosek ten opracowany został przez zespół radców prawnych, nie stanowił załącznika do ww. procedury i miał ułatwić pacjentowi zwrócenie się o udostępnienie dokumentacji. Kierownik dodała, że wnioski przesłane w dowolnej formie także były procedowane.

NIK zwraca uwagę, że w formularzu przewidziano możliwość zwrócenia się o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej lub o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu, lecz nie przewidziano możliwości udostępnienia dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, mimo iż ta forma została przewidziana w art. 27 ust. 1 pkt 4 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta. Ponadto, wśród sposobów jej odebrania wskazano: możliwość odbioru osobistego lub przez osobę upoważnioną oraz możliwość wysyłki na podany przez pacjenta adres. W ocenie NIK, zapisy zawarte we wniosku mogły wprowadzać pacjenta w błąd sugerując, iż możliwy jest dostęp do dokumentacji wyłącznie w formie papierowej.

Dyrektor wyjaśnił, że wzór opracowany został w 2017 r. przez ówczesnych radców prawnych. Mimo braku takiego zapisu, pacjent lub osoba upoważniona zawsze były informowane telefonicznie lub na miejscu o takiej możliwości, co potwierdzają wnioski, które wpłynęły do Szpitala drogą mailową. Formularz został zaktualizowany w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli, str. 676-680)

Badanie procesu udostępniania dokumentacji na próbie 20 spraw wykazało, że średni czas załatwienia sprawy wynosił siedem dni (najszybciej dokumentację udostępniano w dniu złożenia wniosku, najdłużej w ciągu 25 dni⁵³). Opłatę pobrano i udokumentowano jej naliczenie w jednej spośród 20 badanych spraw (była zgodna z kwotą określoną w cenniku i z obowiązującymi przepisami). Ponadto opłatę pobrano w czterech sprawach, w których nie udokumentowano liczby udostępnianych stron i sposobu jej wyliczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że w tym przypadku zawiódł czynnik ludzki, a wpisanie wysokości opłaty zostało pominięte.

(akta kontroli, str. 326)

Praktyka szpitalna nie ograniczała sposobu składania wniosku o udostępnienie dokumentacji jedynie do formy pisemnej – w badanej próbie trzy wnioski złożono drogą mailową, a w jednej ze spraw, pomimo pierwotnej deklaracji osobistego odbioru dokumentacji, wnioskujący poprosił o przesłanie dokumentacji drogą elektroniczną. W przypadku udostępniania dokumentacji za pomocą środków przekazu elektronicznego, pliki szyfrowano, a hasło do pliku wysyłano osobnym mailem. W Szpitalu, odrębnie dla każdego roku prowadzony był rejestr zawierający wymagane informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej.

⁵² Aktualnie: jedna strona wyciągu lub odpisu – 13,46 zł, jedna strona kopii lub wydruku – 0,47 zł, kopia, wyciąg lub odpis na elektronicznym nośniku danych – 2,69 zł (do 21 lipca 2022 r. odpowiednio: 9,90 zł, 0,34 zł, 1,98 zł)

⁵³ Przyczyną dłuższego czasu udostępnienia dokumentacji była jej obszerność – wnioskodawca wystąpił o kopie 25 historii choroby.

(akta kontroli, str. 681-683)

4.3. W latach 2019-2023 w Szpitalu obowiązywały wewnętrzne regulacje dotyczące sposobu tworzenia kopii zapasowych oraz zabezpieczenia technicznego i fizycznego dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Oględziny pomieszczeń szpitalnych wykazały, że zabezpieczenia techniczne i fizyczne przedstawione w ww. dokumentacji faktycznie zastosowano⁵⁴. Ponadto stwierdzono, że kopie zapasowe danych zapisywane były na nośnikach danych, które przechowywano w tym samym pomieszczeniu, w którym dane były eksploatowane na bieżąco, oraz na urządzeniu znajdującym się w odrębnym od tego pomieszczeniu. Systematycznie tworzone ww. kopie zapasowe a oprogramowanie wykorzystywane do prowadzenia dokumentacji medycznej było aktualizowane.

(akta kontroli str. 810-850)

Na próbie pięciu spraw⁵⁵ objętych badaniem szczegółowym ustalono, że w Szpitalu rozpoczęto wydawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych na podstawie przepisów RODO dopiero od 14 października 2022 r., tj. po upływie ponad czterech lat od wejścia w życie RODO, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W konsekwencji, w okresie od 25 maja 2018 r. do 10 maja 2023 r. obowiązywały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych wydane w oparciu o nieaktualną podstawę prawną, tj. art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁵⁶.

(akta kontroli str. 858-867, 1125, 1147, 1155, 1156, 1162, 1163, 1173, 1178, 1179)

W Szpitalu szacowano ryzyko zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzano tym ryzykiem.

(akta kontroli str. 855-856)

Szpital przechowywał dokumentację medyczną pacjentów przez okresy wskazane w art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Dokumentacja składowana była w archiwum mieszczącym się w pięciu pomieszczeniach zlokalizowanych w podziemiach (poziom -1) bloku A Szpitala. Zabezpieczenie poszczególnych pomieszczeń archiwum stanowiły drzwi wzmocnione kratą. Klucze do drzwi przechowywano w zamkniętej szafie w pokoju Działu Statystyki Medycznej, a po godzinach pracy Działu – na portierni. Warunki przechowywania były odpowiednie – pomieszczenia były suche, wyposażone w instalację elektryczną i układ regałów umożliwiający dostęp do dokumentacji, ponadto wyposażone były w termometr, higrometr i gaśnice. Prowadzony był stały monitoring wilgotności i temperatury. Reguły dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej określono w procedurze *O-42 Archiwalna dokumentacja medyczna*. Określono w niej zasady dostępu do tej dokumentacji, wskazano osoby uprawnione do pobrania i wydania dokumentacji medycznej poza godzinami pracy Działu Statystyki Medycznej.

(akta kontroli, str. 776-777, 883-885)

Po zakończeniu ww. okresów przechowywania, Szpital przekazywał dokumentację medyczną pacjentów do brakowania przedsiębiorcy ZET-MAT Zbigniew Górka, który usługę tę wykonywał nieodpłatnie. Z ww. przedsiębiorcą nie zawierano umów na odbiór i niszczenie dokumentacji.

(akta kontroli, str. 686-690)

W 2019 r., na podstawie zgody ówczesnej Dyrektorki przygotowano do zniszczenia 37 m bieżących (317 tomów) historii chorób pacjentów z 1998 r. Ówczesna Dyrektorka

⁵⁴ M.in. Wejście do serwerowni możliwe po użyciu uprawnionej karty i podaniu kodu PIN, monitoring wizyjny CCTV, system gaszenia, kopa zapasowa na przeznaczony do tego celu macierzy dyskowej oraz dodatkowo na bibliotece taśmowej LTO.

⁵⁵ Dobór losowy – pięć spraw osób zatrudnionych w Szpitalu, które w ramach powierzonych obowiązków przetwarzały dane osobowe.

⁵⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 929, ze zm.

nie wystąpiła o zgodę Archiwum Państwowego w Kielcach (dalej: Archiwum), o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W dniu 7 czerwca 2019 r. protokołem przekazano dokumentację, wskazując jej przybliżoną wagę (tj. 5 ton). Podmiot wystawił certyfikat zniszczenia w dniu 10 czerwca 2019 r. dokumentacji o wadze 4,37 t.

W 2020 r. uzyskano zgodę Archiwum na brakowanie 38 m bieżących dokumentacji medycznej z 1999 r. W dniu 18 sierpnia 2020 r. przekazano dokumentację o przybliżonej wadze 2,5 t, uzyskując certyfikat potwierdzający zniszczenie w dniu 24 sierpnia 2020 r. dokumentacji o wadze 2420 kg.

W 2021 r. Szpital uzyskał zgodę Archiwum na brakowanie 40 m bieżących dokumentacji medycznej z 2000 r. Zgodnie z protokołem, ww. przedsiębiorca pobrał 40 mb dokumentacji, którą zgodnie z wystawionym certyfikatem, w dniu 20 lipca 2021 r. zniszczył w całości.

W 2022 r. Szpital uzyskał zgodę Archiwum na brakowanie 42 m bieżących dokumentacji medycznej z 2001 r. Zgodnie z protokołami pobrania, przedsiębiorca pobrał 42 m bieżące dokumentacji medycznej w dniu 30 sierpnia 2022 r. oraz 0,5 t w dniu 26 października 2022 r. Zgodnie z wystawionym certyfikatem, w dniu 28 października 2022 r., zniszczono 2100 kg dokumentacji.

(akta kontroli, str. 704-731)

W okresie objętym kontrolą (do grudnia 2022 r.) w Szpitalu nie podjęto działań zmierzających do weryfikacji, czy ww. podmiot gospodarczy daje rękojmię należytego zabezpieczenia przekazywanej mu do zniszczenia dokumentacji ani działań zmierzających do podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych ww. podmiotowi. Ww. przedsiębiorca nie dawał rękojmi zapewnienia bezpieczeństwa ani zniszczenia dokumentacji w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 686-703)

Usługi Inspektora Ochrony Danych w objętym kontrolą okresie świadczyła firma zewnętrzna, na podstawie podpisywanej corocznie umowy. Osoba odpowiedzialna za prawidłowy przebieg umowy ze strony zleceniobiorcy wyjaśniła, że wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przykłady zabezpieczeń organizacyjnych i technicznych, jakie podmiot przetwarzający (świadczący usługi brakowania dokumentacji medycznej) powinien w niej opisać, przekazała drogą mailową w grudniu 2022 r. Kierownikowi Działu Statystyki Medycznej. Kierownik, w tym samym dniu, wystąpiła do przedsiębiorcy z prośbą o uzupełnienie i odesłanie ww. dokumentów, jednak przedsiębiorca nie odpowiedział na maila. Umowa powierzenia przetwarzania danych podpisana została dopiero w trakcie kontroli NIK z datą bieżącą, tj. 10 listopada 2023 r. W dniu 17 listopada 2023 r. przedsiębiorca przesłał drogą mailową uzupełniony załącznik nr 7 do Polityki Ochrony Danych Osobowych, tj. kwestionariusz pytań dla podmiotu przetwarzającego dane osobowe pacjentów. Z zawartych w nim danych wynika, że nie stosował zabezpieczeń organizacyjnych ani technicznych zapewniających bezpieczeństwo danych.

(akta kontroli, str. 686-703, 752-775)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacji medycznej 13⁵⁷ z 20 pacjentów, wpisów w systemie informatycznym OPTIMED potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej dokonywano z opóźnieniem lub nie dokonano wpisu obserwacji lekarskiej, pielęgniarskiej lub oceny ryzyka odleżyn, co było niezgodne z § 4 ust. 1

⁵⁷ Nr ks. gt.: 32981/2022, 30830/2022, 24866/2022, 29577/2022, 1144/2022, 32994/2022, 20097/2022, 146/2022, 19039/2022, 840/2022, 5299/2022, 18050/2022, 35706/2022.

rozporządzenia w sprawie dokumentacji, który stanowi, że wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych (...). Badanie szczegółowe wykazało, że:

- dla 10 pacjentów wpisów potwierdzających przeprowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej dokonywano z opóźnieniem (średnie opóźnienie wynosiło 64 dni, najszybciej wpisu dokonywano w kolejnym dniu, a najpóźniej – po upływie 205 dni), z tego w dokumentacji pięciu z tych pacjentów stwierdzono także braki w dokumentacji lekarskiej lub pielęgniarskiej;
- stwierdzono braki w dokumentacji medycznej trzech pacjentów, tj. brak codziennych obserwacji lekarskich, obserwacji pielęgniarskich z każdego dyżuru oraz kart oceny ryzyka wystąpienia odleżyn.

(akta kontroli, str. 686-703)

Kierownicy oddziałów szpitalnych, w których powstały ww. nieprawidłowości wśród przyczyn opóźnień we wprowadzaniu dokumentów do systemu OPTIMED NXT wymieniali nadmiar obowiązków oraz braki kadrowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Odnosząc się do braków w dokumentacji, kierownicy również wskazywali na natłok obowiązków służbowych, ciężkie dyżury, na których priorytetem był pacjent. Kierownicy podkreślali, że wszystkie te działania były prowadzone, natomiast nie zostały odnotowane w systemie lub odnotowano je z opóźnieniem. W ich ocenie, braki codziennych obserwacji lekarskich nie wpłynęły w negatywny sposób na leczenie pacjenta i dołożenie należytej staranności w procesie leczenia i diagnostyki.

(akta kontroli, str. 733-745)

Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala, odnośnie do przyczyn ww. stanu, wyjaśnił: *nie mam takiej wiedzy i nie byłem w stanie zaobserwować takiego problemu.*

(akta kontroli, str. 798)

Dyrektor wyjaśnił, że liczba lekarzy pracujących w oddziałach jest niewystarczająca, by uniknąć popełniania błędów lub pomyłek w zakresie uzupełniania dokumentacji medycznej. W jego ocenie, bez wsparcia lekarzy kontraktowych, ich funkcjonowanie nie byłoby możliwe. Z powodu dużej liczby godzin dyżurowych, stanów nagłych, konieczności udzielenia konsultacji w trybie natychmiastowym, zdarzają się braki w dokumentacji. Ponadto wyjaśnił, że braki wychwytywane są przez sekretarki medyczne i uzupełniane przed oddaniem historii choroby do Działu Statystyki Medycznej. Nieobecność sekretarki lub jej pomyłka może spowodować brak pojedynczych wpisów w historii choroby.

(akta kontroli, str. 747-749)

NIK zwraca uwagę, że dokonywanie dość szczegółowych wpisów o stanie zdrowia konkretnego pacjenta średnio po upływie 64 dni (w skrajnym przypadku nawet po upływie 205 dni) może nie odzwierciedlać jego rzeczywistego stanu.

2. W dniu 14 maja 2019 r., pełniąc wówczas obowiązki Dyrektora Szpitala, wyraziła zgodę na brakowanie dokumentacji medycznej pacjentów, bez uprzedniego wystąpienia z wnioskiem o wyrażenie zgody do dyrektora właściwego archiwum państwowego. Powyższe stanowiło naruszenie § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie brakowania dokumentacji niearchiwalnej.

Zgodnie z tym przepisem, brakowanie dokumentacji niearchiwalnej odbywa się na wniosek kierownika jednostki, za uprzednią zgodą dyrektora właściwego archiwum państwowego, który stwierdza, że wśród dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia nie występują materiały archiwalne.

Aldona Jarosińska, p.o. Dyrektora Szpitala w ww. okresie wyjaśniła: *Nie miałam wiedzy, że te formalności nie zostały dokonane, ówczesna kierownik Działu Statystyki*

Medycznej zapewniła mnie, że tych formalności dochowała. Opierałam się na tym, że był to pracownik z dużym doświadczeniem zawodowym, miałam taką informację, że pracownikiem tego działu, odpowiedzialnego za archiwizację jest od wielu lat.

(akta kontroli, str. 782-783)

Z uwagi na fakt, że nieuzyskanie zgody na brakowanie dokumentacji medycznej miało charakter jednorazowy, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

3. W latach 2019-2022 (do października), Szpital przekazywał do brakowania niearchiwalną dokumentację medyczną pacjentów podmiotowi gospodarczemu, który nie dawał gwarancji, że zniszczy ją w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła, tj. zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. W szczególności nie została z tym przedsiębiorcą zawarta żadna umowa, która nakładałaby na niego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa tych danych ani nie zawarto z nim umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

W konsekwencji, według protokołów pobrania, w latach 2019-2022 szpital przekazał do brakowania 157 m bieżących dokumentacji (tj. 1437 tomów) przedsiębiorcy, który w ocenie NIK nie dawał rękojmi zapewnienia bezpieczeństwa ani zniszczenia dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. W okresie objętym kontrolą nie podpisano żadnej umowy na odbiór i niszczenie tej dokumentacji, a umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych podpisano dopiero w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli, str. 686-731)

Ww. przedsiębiorca zeznał, że po odbiór dokumentacji przyjeżdżał sam lub z pracownikiem, nie plombował pudełek lub worków z dokumentacją medyczną, gdyż Szpital nie wyraził takiej potrzeby. Usługa świadczona była nieodpłatnie, zatem nie mierzył ani nie ważył przekazywanej dokumentacji – w protokole pobrania kwitował odbiór ilości deklarowanej przez Szpital lub wpisywał orientacyjną wagę. Dokumentację składował w zamykanym magazynie na terenie ogrodzonej posesji. Według deklaracji – niszczył ją w ciągu maksymalnie 48 godzin. Informacja o maksymalnym czasie nie znalazła jednak potwierdzenia w dokumentacji z 2020 r. i 2022 r. Przedsiębiorca zeznał, że mogło to wynikać z pomyłki w wystawionym certyfikacie. Ww. zeznał także, że miał techniczne możliwości nagrywania procesu brakowania, jednak Szpital nie sygnalizował takiej potrzeby. Według wyjaśnień, w certyfikacie zniszczenia odnotowywał faktyczną datę zniszczenia i przyjętą ilość. Zniszczona dokumentacja nie podlegała ważeniu. Sposób niszczenia (stopień bezpieczeństwa i klasę tajności) wpisywał na życzenie zleceniobiorcy (w 2019 r. Szpital takiej potrzeby nie wyrażał). Przedsiębiorca nie przedłożył żadnej dokumentacji dotyczącej urządzeń wykorzystywanych w działalności gospodarczej, gdyż nie ma jej z uwagi na upływ czasu. Zeznał, że są to urządzenia niemieckie, kupione około 11 lat temu, nie odpowiadały one polskim normom i wymagały zmodyfikowania w celu zwiększenia ich wydajności.

(akta kontroli, str. 801-804)

Aldona Jarosińska, p.o. Dyrektora Szpitala odnosząc się do przyczyn ww. nieprawidłowości wyjaśniła: *Nie miałam wiedzy, że takie umowy nie zostały przez Szpital zawarte. Opierałam się na doświadczeniu podległych mi pracowników. Obowiązki Dyrektora pełniłam krótko, robiłam cotygodniowe odprawy z wszystkimi kierownikami (...). O ile pamiętam, umowy na rok następny w większości były podpisywane (ogłaszane konkursy na usługi) w listopadzie lub grudniu roku poprzedniego. W Szpitalu brakowało właściwej komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi i była to w mojej ocenie istotna bariera w zarządzaniu organizacją.*

(akta kontroli, str. 782-783)

Adam Karolik, były Zastępca Dyrektora ds. Medycznych i p.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że nie potrafi wskazać przyczyn tej nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 1129-1130)

Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie miał na ten temat wiedzy ani nie pamięta tej sytuacji. Wyjaśnił, że skala i liczba dokumentów przetwarzanych przez Dyrektora, to setki dziennie, a komórką odpowiedzialną za archiwizację dokumentów był Dział Statystyki Medycznej.

(akta kontroli, str. 795)

Dyrektor wyjaśnił, że zrezygnował z dalszej współpracy z podmiotem, który dotychczas wykonywał usługę brakowania niearchiwalnej dokumentacji. Zapewnił, że kolejne brakowanie zostanie poprzedzone przeprowadzeniem stosownej, pisemnej procedury w celu weryfikacji, czy podmiot daje rękojmię zabezpieczenia dokumentacji i należytego wykonania usługi.

(akta kontroli, str. 806)

4. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 10 maja 2023 r. pracownicy Szpitala przetwarzali dane osobowe na podstawie upoważnień wydanych w oparciu o nieaktualną podstawę prawną, tj. art. 37 uprzednio obowiązującej ustawy o ochronie danych osobowych, co było działaniem nieprawidłowym.

Adam Karolik, były Zastępca Dyrektora ds. Medycznych i p.o. Dyrektora Szpitala zeznał że nie potrafi wskazać przyczyn tej nieprawidłowości.

Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala zeznał: *Nie mam wiedzy na ten temat. Za zagadnienia te odpowiedzialna była właściwa komórka merytoryczna, która w mojej ocenie powinna prawidłowo realizować te zadania.*

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że po wejściu w życie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych⁵⁸ Szpital z ówczesnym Inspektorem Danych Osobowych uzgodnił, by upoważnienia do przetwarzania danych osobowych wydawać tylko nowym pracownikom. Ponadto Dyrektor wyjaśnił: *Upoważnienia w 2022 r. były wydawane sukcesywnie kolejno oddziałami. Brak upoważnień dla pracowników J.W. i M.K. spowodowany był tym, że Dział Kadr i Płac w fazie dalszej kontynuacji wydał je w 2023 r.*

(akta kontroli str. 798, 858-867, 1125, 1130, 1147, 1155, 1156, 1162, 1163, 1173, 1178-1180)

Z uwagi na fakt, że wszystkie osoby objęte badaniem szczegółowym posiadały upoważnienia wydane na podstawie przepisów RODO, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego dotyczącego tej nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

5.1. Oględziny warunków organizacyjno-technicznych trzech oddziałów Szpitala⁵⁹ pod kątem zapewnienia pacjentowi prawa do intymności i godności wykazały, że osiem z 27 sal chorych było jedno lub dwuosobowych. Wszystkie ww. sale wyposażono w umywalki, a trzy⁶⁰ z nich w węzły sanitarne z prysznicem, toaletą i umywalką. Łazienki przy salach chorych posiadały zamek umożliwiający zamknięcie drzwi od wewnątrz. Pacjenci z sal niewyposażonych w pełne węzły sanitarne mogli

⁵⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

⁵⁹ Oddział Wewnętrzny I, Oddział Chirurgii, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁶⁰ Dwie sale na Oddziale Wewnętrznym I oraz jedna na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

korzystać z ogólnodostępnych łazienek⁶¹. W żadnym z pomieszczeń znajdujących się w ogólnodostępnym sanitariacie Oddziału Chirurgii⁶² oraz w jednej toalecie Oddziału Wewnętrznego I⁶³ nie zamontowano zamków umożliwiających zamknięcie się pacjenta od wewnątrz. Osoby uczestniczące w oględzinach wyjaśniły, że brak blokad w drzwiach podyktowany jest względami bezpieczeństwa. We wszystkich oddziałach poddanych oględzinom wyznaczono pomieszczenia do przeprowadzenia na osobności zabiegów czy badań. Karty gorączkowe umieszczone przy łóżkach pacjentów znajdowały się w ramach zapewniających ochronę danych osobowych. Ponadto wszystkie oddziały posiadały do dyspozycji przenośne parawany. W trakcie oględzin stwierdzono, że na korytarzu Oddziału Wewnętrznego I umieszczono czterech pacjentów. Pielęgniarka biorąca udział w oględzinach oświadczyła, że taka sytuacja nie ma stałego charakteru i spowodowana była ostrym dyżurem. Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że pacjenci zostali przyjęci na Oddział w godzinach przyjęć pozaplanowych. Na wszystkich trzech oddziałach nie wyodrębniono oddzielnego pomieszczenia przeznaczonego do celów odwiedzin.

(akta kontroli str. 886-900)

W okresie objętym kontrolą zasady odwiedzin w Szpitalu określono w regulaminach lub wewnętrznych zasadach⁶⁴. W obowiązującym regulaminie dla pacjentów i osób odwiedzających, Dyrektor m.in.: określił, że zalecane godziny odwiedzin pacjentów są podane w każdym oddziale w formie pisemnej informacji i mogą odbywać się codziennie, a w sytuacjach uzasadnionych, zgodę na odwiedziny poza wskazanymi godzinami wyraża ordynator oddziału lub lekarz pełniący dyżur. Wskazano, że liczba osób odwiedzających nie powinna zakłócać spokoju innym chorym oraz funkcjonowania oddziału a jednocześnie przy łóżku pacjenta mogą przebywać maksymalnie dwie osoby, zabroniono siadania na łóżkach chorych.

(akta kontroli str. 908-919)

5.2. W latach 2019-2023 w Szpitalu obowiązywały wewnętrzne procedury dotyczące sprawowania opieki nad pacjentem w stanie terminalnym, z czego do kontroli przedłożono procedury obowiązujące od 15 kwietnia 2019 r. Z wyjaśnień Pełnomocnika ds. Jakości wynika, że dokumentacja sprzed tego okresu nie została jej przekazana przez osobę która wcześniej pełniła tę funkcję. Zgodnie z przyjętymi procedurami, do zadań zespołów pracujących na oddziałach należało m.in. łagodzenie bólu, lęku, niepokoju, przeciwdziałanie osamotnieniu czy izolacji.

Oględziny trzech oddziałów⁶⁵ wykazały, że znajdują się na nich sale przeznaczone dla jednego pacjenta. Z wyjaśnień osób uczestniczących w oględzinach wynika, że są one przeznaczone m.in. dla pacjentów w stanie terminalnym.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęła żadna skarga dotycząca nieszanowania prawa do umierania w spokoju i godności.

(akta kontroli str. 886,892, 897, 903-907, 920)

5.3 W pomieszczeniach SOR stosowano monitoring, mimo iż sposób obserwacji tych pomieszczeń nie został określony w regulaminie organizacyjnym, co było niezgodne z art. 23a ustawy o działalności leczniczej. Kamery w budynku SOR były zainstalowane w pomieszczeniach, w których udzielano świadczeń zdrowotnych. Szerzej o tym w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 279, 928, 932, 939, 947-966)

⁶¹ Po dwie łazienki (z podziałem dla kobiet i mężczyzn) na Oddział Chirurgii oraz Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jedna łazienka na Oddziale Wewnętrznym I.

⁶² Dwa natryski oraz dwie toalety.

⁶³ Dwa natryski oraz trzy toalety.

⁶⁴ Regulamin z stycznia 2016 r., regulamin z 22 października 2021 r., zasady z 13 kwietnia 2022 r., zasady z 23 czerwca 2022 r., zasady z 22 grudnia 2022 r., regulamin z 12 lipca 2023 r.

⁶⁵ Oględzinami objęto Oddział Wewnętrzny I, Oddział Chirurgii oraz Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.

W Regulaminie monitoringu wizyjnego⁶⁶ nie uwzględniono wszystkich kamer na korytarzach Szpitala oraz rejestratorów wideo CCTV. Ponadto ww. rejestratory przechowywano w innych warunkach niż opisano to w powyższym regulaminie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 279, 848-850, 947-966)

W Szpitalu postępowano w sposób odmienny niż wynikało to z zasad określonych w Regulaminie monitoringu wizyjnego, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 278-280, 932-933, 939-940, 947-966, 980-985, 993, 1061)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W nowym budynku SOR od 2020 r. stosowano monitoring wizyjny z zapisem w: sali opatrunkowej, trzech izolatkach⁶⁷, dwóch salach obserwacyjnych, obszarze przyjęć i segregacji⁶⁸, sali dla osób nietrzeźwych⁶⁹, rejestracji⁷⁰ oraz na podjeździe dla karet w sposób nieuprawniony. Stosując monitoring w pomieszczeniach udzielania świadczeń zdrowotnych, naruszono prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Ponadto sposób obserwacji tych pomieszczeń (który od 6 września 2023 r. powinien uwzględniać konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych) nie został określony w regulaminie organizacyjnym, co było niezgodne z art. 23a ustawy o działalności leczniczej.

Obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 2 ww. ustawy, jest przestrzeganie praw pacjenta określonych w tej ustawie

Przepis art. 23a ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym od 4 maja 2019 r. do 5 września 2023 r. stanowił, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń;
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych – za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

Od 6 września 2023 r. zgodnie z ww. przepisem, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników;
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych;
- 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa –

⁶⁶ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Naczelnego nr 32/2023 z 30 czerwca 2023 r.

⁶⁷ Według dokumentacji powykonawczej: izolatka wstępnej intensywnej terapii lub sala krótkotrwałej intensywnej terapii.

⁶⁸ Według dokumentacji powykonawczej: obszar segregacji medycznej.

⁶⁹ Według dokumentacji powykonawczej: sala obserwacyjna.

⁷⁰ Według dokumentacji powykonawczej: poczekalnia pacjentów i rodzin.

w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów – za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

Kierownik Działu Technicznego jako osoba sprawująca nadzór nad monitoringiem wizyjnym oraz przekazująca w trakcie prac nad projektami regulaminów informacje na temat zakresu jego stosowania⁷¹, wyjaśnił: *Ilości kamer nie zliczałem, wydawało mi się, że ich liczba wprowadzona do projektu jest prawidłowa.*

Adam Karolik, były Zastępca Dyrektora ds. Medycznych i p.o. Dyrektora Szpitala Dyrektor⁷² zeznał: *Najprawdopodobniej doszło do pomyłki w trakcie sporządzania Regulaminu. Informacja w zakresie umiejscowienia kamer z tego co mi się wydaje podawał Kierownik Działu Technicznego. W zakresie jego kompetencji było wskazanie miejsc gdzie kamery zamontowano, gdyż Dział Techniczny sprawował nadzór nad tego typu rzeczami. Ponadto zeznał, że nie potrafi wskazać dlaczego stosowano monitoring w ww. pomieszczeniach.*

Tomasz Kopiec⁷³, poprzedni Dyrektor Szpitala, odnosząc się do nieujęcia ww. pomieszczeń w regulaminie, zeznał: *(...) bazowałem na przygotowanym i parafowanym przez radcę prawnego projekcie regulaminu. Moją intencją było objęcie monitoringiem pomieszczeń ZOL. Nie analizowałem gdzie monitoring mamy aktualnie. W zakresie przesłanek stosowania monitoringu zeznał: Nie znałem podstawy prawnej ani motywacji zainstalowania monitoringu wizyjnego w budynku SOR. Muszę natomiast przyznać, że w czasie kiedy byłem Dyrektorem, szpital korzystał z systemu do ustalenia sprawców dewastacji pomieszczeń w izbie dla osób nietrzeźwych oraz sprawcy podpalenia szpitala. W moim odczuciu, motywacją osób instalujących mogły być kwestie bezpieczeństwa, które wynikły ze zlikwidowania izby wytrzeźwień na terenie miasta i przeniesienie ich do realizacji przez Szpital. Do mnie trafiała analiza wynikająca z zapisu kamer. Nie wiem, jaka była intencja montowania ich we wszystkich pomieszczeniach. SOR odwiedza w ciągu dnia około 110 osób. Mogę zatem przypuszczać, że było to podyktowane kwestiami bezpieczeństwa personelu i mienia Szpitala.*

Dyrektor⁷⁴ wyjaśnił: *Z uwagi na znaczną ilość kamer i błąd pracowników przygotowujących Regulamin, kamery te zostały pominięte podczas weryfikacji. (...) w pomieszczeniach łóżkowych Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zainstalowano kamery podczas budowy na podstawie projektu „Wykonanie rozbudowy budynku szpitala o jednokondygnacyjny, niepodpiwniczony budynek – pawilon mieszczący szpitalny oddział ratunkowy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim” (...). Wyjaśnił również, że: instalacja i rozmieszczenie kamer wynika z zamówionego i zrealizowanego przez profesjonalną firmę projektu budowlanego. Projekt ten został zaprojektowany (zrealizowany) z uwzględnieniem funkcji jakie mają spełniać pomieszczenia SOR. Szpital nie dysponuje odrębnymi dokumentami potwierdzającymi dokonanie analiz (...) jednak nie istnieje obowiązek prawny sporządzenia takiego dokumentu. Oceniając niniejszą kwestię proszę mieć na uwadze specyfikę pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Jest to miejsce gdzie z definicji zapewniona musi być stała obserwacja pacjentów, w celu zapewnienia im*

⁷¹ Ilość kamer, rejestratorów, warunków przechowywania rejestratorów, czasu przechowywania zapisu obrazu.

⁷² Wprowadził Regulamin monitoringu wizyjnego z 28 września 2021 r.

⁷³ Wprowadził Regulamin monitoringu wizyjnego zarządzeniem nr 22/2022 z 21 lipca 2022 r.

⁷⁴ Wprowadził Regulamin monitoringu wizyjnego zarządzeniem nr 13/2023 z 13 czerwca 2023 r. oraz 32/2023 z 30 czerwca 2023 r.

bezpieczeństwa. Jest to miejsce gdzie trafiają osoby, które nierzadko muszą oczekiwać na pomoc lub uzyskanie dalszych specjalistycznych świadczeń. Z uwagi na powszechny problem z zapewnieniem licznej obsady SOR, monitoring jest nieodzownym narzędziem, tak aby nawet minimalny skład SOR mógł w sposób sprawny trzymać pieczę nad stanem zdrowia pacjentów. Dla mnie, jako lekarza który wielokrotnie wykonywał dyżury i świadczenia w SOR, było i jest oczywiste, iż monitoring w SOR jest konieczny w przeprowadzanym tam procesie leczenia, w tym dla zapewnienia im bezpieczeństwa, oczywiście z poszanowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Wedle mojej wiedzy szpital nie dysponuje pisemnym potwierdzeniem analiz konieczności stosowania kamer, oprócz dokumentów projektowych (...) jako osoba kierująca szpitalem od zeszłego roku oraz mająca wieloletnią wiedzę i praktykę dotyczącą pracy w SOR, nie potrzebowałem pisemnej analizy by wiedzieć, iż monitoring w pomieszczeniach SOR jest konieczny w procesie leczenia pacjentów oraz celem zapewnienia im bezpieczeństwa (...)

Dyrektor pacjenta wyjaśnił: *przekazywanie obrazu z kamer następowało w sposób, który umożliwił pracownikom SOR szybkie zaobserwowanie niepokojących zmian stanu lub zachowań pacjentów oraz zmian chorobowych, co umożliwiło niezwłoczną i odpowiednią reakcję. Priorytetowo traktowano więc bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie im należytej opieki. Wedle mojej wiedzy tutejszy SOR dysponuje parawanami pozwalającymi na osłonięcie pacjenta, w tym przed rejestracją kamer i powinny być one używane. Dyrektor dodał, że niezapewnienie poszanowania praw pacjenta do intymności i godności mogło wynikać z niedopełnienia przez Inspektora Ochrony Danych obowiązków w zakresie informowania i szkolenia personelu Szpitala oraz monitorowania przestrzegania prawa.*

Wyjaśnienia dotyczące możliwości zastosowania monitoringu bez określenia w regulaminie organizacyjnym sposobu obserwacji pomieszczeń SOR nie zasługują na uwzględnienie. SOR nie został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań) wprost wskazany jako miejsce gdzie może być prowadzony monitoring wizyjny, jak ma to miejsce w przypadku m.in. zespołu poporodowego, oddziału dziecięcego czy psychiatrycznego⁷⁶. W ocenie NIK nie można zakładać, że każde pomieszczenie na SOR wymaga stosowania monitoringu. Niezależnie od intencji podmiotu leczniczego (chęci usprawnienia procesów zarządczych czy nawet poprawy standardów udzielania świadczeń zdrowotnych), do 5 września 2023 r., o ile nie było to wyraźnie dozwolone, podmiot leczniczy nie mógł samowolnie rozszerzać katalogu miejsc, gdzie stosował monitoring, czy ograniczać praw pacjenta⁷⁷.

(akta kontroli str. 797-798, 947-977, 1039-1043, 1129-1130, 1136, 1142, 1187, 1188)

2. W Szpitalu nierzetelnie sporządzono Regulamin monitoringu wizyjnego⁷⁸, gdyż podano w nim dane niezgodne ze stanem faktycznym ustalonym na dzień 8 i 14 listopada 2023 r. I tak, w powyższym regulaminie podano, że:

- na korytarzach Szpitala stosowany jest monitoring wizyjny za pomocą czternastu kamer, gdy tymczasem do podglądu oraz zapisu obrazu z tych ogólnodostępnych miejsc wykorzystywano szesnaście kamer;

⁷⁵ Dz. U. z 2022 r., poz. 402.

⁷⁶ Zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2023, poz. 1225), w zakresie w nim nieuregulowanym, oddział spełniać powinien także wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, tj. w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań.

⁷⁷ <https://www.gov.pl/attachment/aa17bfd6-15bb-4b46-a77f-577d9a0eb65b>.

⁷⁸ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Naczelnego nr 32/2023 z 30 czerwca 2023 r.

- w skład systemu monitoringu wizyjnego wchodzi dwa urządzenia rejestrujące (zapisujące obraz), podczas gdy obraz z monitoringu Szpitala rejestrowany był za pomocą sześciu urządzeń;
- rejestratory znajdują się w zamkniętym pomieszczeniu, do którego dostęp posiadają upoważnieni pracownicy, gdy tymczasem tylko trzy z sześciu rejestratorów umieszczone były w takim pomieszczeniu, a pozostałe trzy ulokowano w niezamykanych pomieszczeniach dostępnych również dla nieupoważnionych pracowników.

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił: *Dane odnośnie rejestratorów podałem takie, gdyż nie miałem wiedzy, że jest ich więcej. Sposób przechowywania rejestratorów opisany w projekcie regulaminu wydawał mi się, że jest poprawny. (...) kamer nie zliczałem, wydawało mi się, że ich liczba wprowadzona w projekcie jest prawidłowa.*

Dyrektor wyjaśnił: *na terenie Szpitala znajduje się 6 urządzeń rejestrujących (...) Regulamin zostanie poprawiony (...) Ze względu na usytuowanie rejestratorów w niezamykanych pomieszczeniach, do którego mają dostęp nie tylko upoważnione osoby przy poprawianiu Regulaminu zostanie to poprawione (...) Liczba kamer na korytarzach szpitala została nieprawidłowo wpisana w Regulamin, ze względu na dużą ilość kamer przy rejestratorach nastąpiła pomyłka. Regulamin zostanie poprawiony.*

(akta kontroli str. 279, 848-850, 947-966, 1041, 1135-1136)

3. Podgląd obrazu z kamery umieszczonej na korytarzu ZOL był wyświetlany na prywatnym telefonie Kierownika tego Oddziału, co było niezgodne z zasadą integralności i poufności RODO. Dodać należy, że Regulamin monitoringu wizyjnego nie przewidywał stosowania telefonów do podglądu obrazu z kamer.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. f RODO, dane osobowe muszą być: przetwarzane w sposób zapewniający odpowiednie bezpieczeństwo danych osobowych, w tym ochronę przed niedozwolonym lub niezgodnym z prawem przetwarzaniem oraz przypadkową utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem, za pomocą odpowiednich środków technicznych lub organizacyjnych („integralność i poufność”).

Na podstawie art. 23a ust. 1a ustawy o działalności leczniczej, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiada za wykorzystywanie monitoringu zgodnie z przepisami prawa.

Kierownik ZOL wyjaśnił: *dostęp do podglądu z kamery obejmującej korytarz ZOL uzyskałam na polecenie służbowe ówczesnego Dyrektora Naczelnego Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Św. Pana Tomasza Kopca, który polecił Działowi Informatycznemu wgranie tego podglądu na mój osobisty telefon komórkowy oraz komputer znajdujący się w pokoju pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Podgląd ten był zainstalowany na w/w urządzeniach w celu nadzoru nad pracą personelu ZOL, gdyż w tamtym okresie Dyrektor powierzył mi pełnienie obowiązków kierownika ZOL, jako dodatkową funkcję, obok Pielęgniarki Koordynującej SOR. Aplikacja zainstalowana na moim aparacie komórkowym po kilku dniach przestała działać, z adnotacją: brak dostępu, dlatego, sporadycznie korzystałam z możliwości podglądu kamery zainstalowanej na komputerze w moim pokoju na Oddziale SOR, w godzinach mojej pracy, w postaci podglądu bieżącego.*

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił: *Kamera została zainstalowana na polecenie Dyrektora Tomasza Kopca. Z tego co pamiętam zainstalowali ją informatycy. Kamera obejmowała korytarz na ZOL. Według mojej wiedzy dostęp do podglądu obrazu z kamery miała wyłącznie Pani M. B., nie mam wiedzy czy obraz się zapisywał, gdzie było przechowywane nagranie. Kamera została zdemonstrowana około czerwca 2023 r.*

Kierownik Działu Informatycznego wyjaśnił: *Pracownicy Działu Informatycznego nie montowali fizycznie kamery (...) Na polecenie ówczesnego Dyrektora (...) Pana Tomasza Kopca kamera została podłączona do wydzielonego VLAN w sieci szpitala. Dostęp do obrazu z w/w kamery otrzymała Pani M. B. na lokalnym komputerze oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Dostęp ten był możliwy po zalogowaniu się swoje indywidualne konto przy użyciu przeglądarki internetowej. Pracownicy Działu Informatycznego nie posiadają wiedzy o celu instalacji ww. kamery. Na osobiste polecenie ówczesnego Dyrektora (...) Pana Tomasza Kopca (...) na telefonie Pani M. B. jeden z pracowników Działu Informatycznego zainstalował dedykowaną aplikację do podglądu z obrazu z kamery. Obraz z kamery był zapisywany tylko lokalnie na karcie pamięci zainstalowanej w kamerze i nie był zapisywany do żadnej chmury. Zapis odbywał się tylko i wyłącznie lokalnie.*

Inspektor Ochrony Danych wyjaśnił: *w trakcie prac nad klauzulą informacyjną okazało się, że na ZOL zamontowana jest kamera, dostęp z wykorzystaniem sieci Wi-Fi ma Pani M. B.. Kamera według informacji mi przekazanych została zdemontowana następnego dnia. Nikt w Szpitalu przed zamontowaniem nowych kamer nie prosił mnie o wydanie opinii w tym zakresie, jak również nie włącza się Inspektora Danych Osobowych w opiniowanie oraz przeprowadzanie analizy w związku z rozszerzaniem monitoringu.*

Poprzedni Dyrektor Szpitala, Tomasz Kopiec zeznał: *Nie wiem czy był to prywatny telefon. Dostęp do podglądu Pani M. B. otrzymała po objęciu stanowiska kierownika ZOL (jednocześnie była pielęgniarką koordynującą SOR, stąd na komputerze SOR). Celem była poprawa bezpieczeństwa i możliwość zaobserwowania aktywności personelu medycznego w oddziale opiekuńczo-leczniczym. Funkcjonuje on w obrębie szpitala. Istotne było monitorowanie wykonywania obowiązków przez pracowników w godzinach pracy (...) Przed podjęciem tej decyzji zasięgałem opinii radcy prawnego.*

(akta kontroli str. 798, 995-1001, 1003, 1041, 1043, 1061)

W związku ze zdemontowaniem przedmiotowej kamery, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

4. W Szpitalu nierzetelnie realizowano zasady określone w Regulaminie monitoringu wizyjnego, gdyż:

- na jednym z rejestratorów CCTV przechowywano nagranie obrazu przez 37 dni. Tymczasem jak wynika z § 4 ust. 1 Regulaminu monitoringu wizyjnego zapis mógł być przechowywany maksymalnie 30 dni;
- nie wydawano upoważnień do bieżącego podglądu obrazu lub nagrań z monitoringu, pomimo że zgodnie z § 6 ust. 2 Regulaminu monitoringu wizyjnego dostęp do niego powinny mieć tylko osoby upoważnione przez Administratora danych.

(akta kontroli str. 280, 949, 962)

Odnosnie przechowywania nagrania obrazu ponad okres wskazany w Regulaminie monitoringu wizyjnego Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił: *czas zapisu uzależniony jest od aktualnej liczby rejestrujących kamer (...) w przypadku awarii jakiejś kamery zmienia się czas przechowywania zapisu obrazu z kamer na rejestratorze, tj. proporcjonalnie się wydłuży (...) według mojej wiedzy nie ma możliwości ustawienia w urządzeniu czasu przechowywania nagrań obrazu. Dyrektor wyjaśnił: Zapis z monitoringu (...) wydłużył się z powodu braku zapisu jednej z kamer (...) Regulamin zostanie dostosowany do zaistniałej sytuacji, która może powtórzyć się w każdej chwili. W rejestratorze nie można ustawić czasu przechowywania nagrań, zapisany dysk nadpisuje się powtórnie.*

(akta kontroli str. 949, 1136)

Odnosnie do nie wydawania upoważnień Tomasz Kopiec, poprzedni Dyrektor Szpitala zeznał: *Nic mi na ten temat nie wiadomo*. Obecny Dyrektor wyjaśnił: *Nie wydawałem upoważnień, ponieważ w żadnym z przeprowadzonych audytów (...) nie wykazano takiej potrzeby, poza Raportem z audytu (...) sporządzonym w dniu 29 września 2023 r., a dostarczonym 20 listopada 2023 r.*

(akta kontroli str. 798, 1142)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zaktualizowanie procedury dotyczącej monitorowania i leczenia bólu oraz postępowanie zgodnie z przyjętymi w niej zasadami.
2. Dokumentowanie działań prowadzonych w stosunku do pacjentów z odleżynami w sposób zgodny z przyjętym w obowiązującej procedurze.
3. Dokonywanie wpisów w elektronicznej dokumentacji medycznej niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.
4. Brakowanie niearchiwalnej dokumentacji medycznej pacjentów w sposób uniemożliwiający ich identyfikację, tj. zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.
5. Zapewnienie poszanowania intymności i godności pacjenta w pomieszczeniach, gdzie stosowany jest monitoring wizyjny.
6. Dostosowanie Regulaminu monitoringu wizyjnego do wymogów określonych w art. 23a ustawy o działalności leczniczej oraz aktualnego stanu faktycznego.
7. Przestrzeganie zasad określonych w Regulaminie monitoringu wizyjnego, w szczególności w zakresie wydawania upoważnień do bieżącego podglądu obrazu lub nagrań z monitoringu oraz czasu przechowywania nagrań.

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 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, 11 grudnia 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Kontrolerzy:

p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

Agnieszka Olejarz

Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Marzena Baradziej

Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Przemysław Pikuła

Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis