



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Kielcach

LKI.410.17.3.2023

Pan  
Grzegorz Lasak  
Dyrektor  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
ul. Bohaterów Warszawy 67  
28-100 Busko-Zdrój

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespołu Opieki Zdrowotnej (dalej: ZOZ lub Szpital), ul. Bohaterów Warszawy 67, 28-100 Busko-Zdrój.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Lasak, Dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej (dalej: Dyrektor), od 27 kwietnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.</li><li>2. Przestrzeganie prawa do informacji.</li><li>3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.</li><li>4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.</li><li>5. Przestrzeganie prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Jerzy Stachowiak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/99/2023 z 27 września 2023 r.</li><li>2. Magdalena Kaczmarczyk, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/100/2023 z 27 września 2023 r.</li></ol>

(akta kontroli str.1-4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu zapewniono nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin. Były one analizowane przez kadre zarządzającą ZOZ, a ustne wnioski przekazywano właściwym komórkom organizacyjnym Szpitala. Prowadzono badania satysfakcji pacjenta dotyczące jakości świadczonych usług na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz jakości żywienia w Szpitalu, a wnioski płynące z badań były wdrażane.

Nadal aktualny pozostaje jednak wniosek pokontrolny NIK<sup>3</sup> o dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Pierwotnie wniosek ten został wykonany w 2020 r., jednak na skutek późniejszych zmian organizacyjnych w Szpitalu, w czasie kontroli żadna z łazienek na tym Oddziale nie spełniała tych wymogów.

W Szpitalu wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji. Informacja o prawach pacjenta była udostępniana w miejscach ogólnodostępnych w budynku Szpitala oraz na stronie internetowej. Strona internetowa ZOZ zawierała szereg informacji niezbędnych dla pacjentów, natomiast zamieszczenie przez nich opinii z przyczyn technicznych nie było możliwe.

Pacjenci Szpitala uzyskiwali pełną informację na temat zabiegów, która stanowiła podstawę uzyskiwania zgód na te zabiegi.

Regulamin organizacyjny Szpitala zawierał wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>4</sup>.

Pacjentom Szpitala zapewniono dostępność świadczeń zdrowotnych, a ich zakres<sup>5</sup> był zgodny z wpisem w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Świętokrzyskiego (dalej: Wojewoda) oraz regulaminem organizacyjnym. W Szpitalu, w ogólnodostępnych miejscach w wybranych do kontroli Oddziałach<sup>6</sup>, nie udostępniono dla pacjentów niektórych z wymaganych informacji wskazanych w § 11 ust. 1 i 4 pkt 1-4, 6-11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>7</sup> (dalej: OWU). W czterech z pięciu skontrolowanych dokumentacji medycznych pacjentów, u których wdrożono leczenie przeciwbólowe, ZOZ nie zapewnił rejestrowania systematycznego monitoringu natężenia bólu. Wbrew postanowieniom art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup> Szpital nie umożliwił świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia<sup>9</sup>.

W Szpitalu wypracowano i stosowano w praktyce standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn. Stworzono także system zgłaszania zdarzeń niepożądanych i dokonywano ich oceny.

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

<sup>3</sup> Wniosek pokontrolny sformułowano w wyniku kontroli P/20/063 „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”.

<sup>4</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

<sup>5</sup> Ustalony na podstawie oględzin Oddziałów: Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (dalej: RO), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (dalej: CUO), Chirurgicznego Ogólnego (dalej: CO), Pediatrycznego i Geriatrycznego.

<sup>6</sup> CUO, CO i RO.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

<sup>9</sup> Nie dotyczy okresu zawieszenia obowiązków związanego z COVID-19.

Dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, choć w pięciu spośród 20 zbadanych przypadków (25%) dokonywane ręcznie wpisy lekarza były nieczytelne. Dokumentacja była przechowywana prawidłowo i udostępniana pacjentom bez zbędnej zwłoki. Personel Szpitala przetwarzający dane osobowe pacjentów posiadał stosowne upoważnienia nadane przez administratora. W ZOZ nie szyfrowano załączników przekazywanych pocztą elektroniczną pacjentom lub osobom upoważnionym, co zwiększało ryzyko naruszenia danych osobowych. Nie zostały opracowane procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym dostępu oraz przechowywania, a także nie dokonywano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzania tym ryzykiem.

Warunki pobytu pacjentów w Szpitalu zapewniały przestrzeganie prawa do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Wprowadzony w Szpitalu system obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami i chronił prywatność pacjenta.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>10</sup> kontrolowanej działalności**

#### **OBSZAR**

Opis stanu faktycznego

#### **1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta**

1. W Szpitalu obowiązuje zarządzenie wewnętrzne nr 117/2011 Dyrektora z 28 listopada 2011 r. w sprawie wprowadzenia procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w ZOZ.

(akta kontroli str. 10-15)

Liczba skarg na działania szpitala złożonych w poszczególnych latach z okresu 2019-2023<sup>11</sup> wyniosła odpowiednio pięć, jeden, cztery, sześć i trzy.

Liczba skarg, które dotyczyły nieprzestrzegania praw pacjenta utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wyniosła odpowiednio: dwa, zero, dwa, dwa i jeden.

W składanych skargach podnoszono najczęściej naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych (cztery przypadki – 57%) oraz naruszenia prawa do dokumentacji medycznej (dwa przypadki – 29%). Nie odnotowano skarg pacjentek hospitalizowanych na oddziale ginekologiczno-położniczym.

Analiza sposobu rozpatrzenia siedmiu (100%) skarg w zakresie naruszeń praw pacjenta wykazała, że były one rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, w czasie wynoszącym od jednego do sześciu dni. Postępowania były prowadzone zgodnie z obowiązującymi procedurami przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w ZOZ. Z uwagi na źródło otrzymania skargi informacje o sposobie jej załatwienia kierowano do Rzecznika Praw Pacjenta.

(akta kontroli str. 78-87, 114-116)

Dyrektor wyjaśnił, że przedmiotowe postępowania były wszczęte bezpośrednio przez Rzecznika Praw Pacjenta, który dla ZOZ był stroną postępowania.

(akta kontroli str. 143)

Wyjaśniając, czy w ZOZ analizowano problematykę składanych skarg, Dyrektor podał, że: *Skargi są analizowane przez kadrę zarządzającą. Ustne wnioski są przekazywane do wdrożenia do właściwych komórek organizacyjnych szpitala.*

<sup>10</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>11</sup> Wg stanu na dzień 4 października 2023 r.

*Szczegółowy nacisk każdorazowo kładziony jest na podstawowe prawo pacjenta, tj. prawo do informacji o chorobie, wdrożonym procesie leczenia itp. (...).*

(akta kontroli str. 144)

2. W Szpitalu obowiązuje zarządzenie wewnętrzne nr 10 /2020 Dyrektora z dnia 17 lutego 2020 r. w sprawie wprowadzenia dokumentu pn. „System ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej do określania jakości świadczonych usług, które mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia matki i dziecka” w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w ZOZ. Na podstawie tego zarządzenia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w latach 2020-2023 (do 30 września) przeprowadzono badania ankietowe pacjentek, a ich liczba wyniosła odpowiednio: 25, 23, 76 i 30. Wypełnione ankiety podlegały kwartalnej analizie przez kierownictwo oddziału<sup>12</sup>. W wyniku tych analiz przedstawione uwagi pacjentek przekładano na wnioski do właściwych komórek organizacyjnych celem dokonywania działań korygujących i poprawiających funkcjonowanie oddziału. Po zakończeniu roku kalendarzowego analizy i wnioski zamieszczano w protokołach dotyczących prowadzenia „Systemu ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej do określania poziomu jakości świadczonych usług, które mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia matki i dziecka”. Zgłaszane przez pacjentki wnioski dotyczyły jakości posiłków (za 2021 r.) oraz braku ciepłej wody pod prysznicem (za 2022 r.) i były wdrażane przez kierownictwo Szpitala.

W 2019 r. z własnej inicjatywy w ZOZ przeprowadzono wśród wszystkich pacjentów Szpitala dodatkową ankietę dotyczącą oceny żywienia, w wyniku której podjęto działania mające na celu poprawę jakości posiłków.

(akta kontroli str. 88-113, 464)

Wyjaśniając przyczyny nieprzewodzenia innych badań dotyczących satysfakcji pacjentów Szpitala, Dyrektor podał, że: *W 2019 r. problemem pojawiającym się w szpitalach publicznych była jakość żywienia, głównie oferowana przez podwykonawców, tj. firmy cateringowe. Ponieważ ZOZ posiada własny Dział Żywienia należało ustalić, jaka jest ocena jakości żywienia przez pacjentów. Poza tym zagadnieniem w 2019 r. nie było, w ocenie Dyrekcji, powodów do przeprowadzania innych badań satysfakcji pacjentów w formie ankiety. Inną ważną metodą oceny satysfakcji pacjentów jest analiza skarg i zażaleń czy analiza przepływu (utrata) pacjentów. Obydwie te analizy wykazywały, że poziom satysfakcji pacjentów oraz ocena jakości świadczonych w ZOZ usług medycznych jest zadowolająca (...). W ocenie Dyrekcji, (...) nie było powodów do przeprowadzania badania satysfakcji pacjentów wg jednej tylko metody (ankiety). ZOZ nie posiada certyfikatów czy akredytacji, z których wynika konieczność przeprowadzania oceny satysfakcji pacjentów wg określonych standardów. Ogólne przepisy prawa, poza wspomnianymi wcześniej regulacjami, takiego obowiązku, tj. przeprowadzania badania satysfakcji pacjentów w formie ankiety, nie nakładają i jest tu swoista dowolność. Lata 2020-2023 to stan epidemii oraz zagrożenia epidemicznego (...). Ze względów sanitarno-epidemiologicznych (...) nie prowadzono w formie pisemnej badań satysfakcji pacjentów.*

(akta kontroli str. 144)

3. W latach 2019-2023 podmioty zewnętrzne w Szpitalu przeprowadziły odpowiednio 19, 12, 14, 21 i 20<sup>13</sup> kontroli, z których jedna obejmowała swoim zakresem problematykę przestrzegania praw pacjenta. W 2020 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w ZOZ kontrolę P/20/063 „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”. W jej wyniku stwierdzono nieprawidłowości, z których

<sup>12</sup> Tj. przez kierownika oddziału i położną koordynującą.

<sup>13</sup> Stan na 27 września 2023 r.

dwie obejmowały swoim zakresem problematykę przestrzegania praw pacjenta. Dotyczyły one:

- braku co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- wystąpienia przypadków niezgodnego z obowiązującymi przepisami sposobu postępowania ze zwłokami dzieci, który uniemożliwił organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

Wniosek pokontrolny dotyczący „podjęcia odpowiednich działań zapobiegających wystąpieniu sytuacji takiego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, które uniemożliwia dokonanie ich pochówku” zrealizowano. Natomiast oględziny sal trzech oddziałów szpitalnych nie potwierdziły, że został zrealizowany wniosek pokontrolny w zakresie „dostosowania w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich”, co opisano szerzej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”. Dyrektor tłumaczył powyższe zmianami organizacyjnymi w Szpitalu.

(akta kontroli str. 45-77, 146-160, 368, 369)

W dokumentacji ZOZ nie stwierdzono protokołów kontroli wewnętrznych Szpitala. Dyrektor wyjaśnił, że: *W strukturze ZOZ nie ma komórki organizacyjnej, której zadaniem byłaby kontrola wewnętrzna. Takie kontrole są przeprowadzane przez Dyrektora, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarkę, Kierowników Oddziałów/Działów oraz Pielęgniarki Koordynujące. Nie są one sformalizowane, nie jest prowadzony rejestr kontroli wewnętrznych i nie są dokumentowane w formie pisemnej. Przedmiotem kontroli wewnętrznych było m.in. przestrzeganie praw pacjenta, szczególnie prawa do informacji, a wnioski były przekazywane ustnie Kierownikom Oddziałów/Działów*

(akta kontroli str. 143)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieprzystosowaniu żadnej z łazienek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Tym samym nie zostało zrealizowane zalecenie określone we wniosku pokontrolnym<sup>14</sup> Najwyższej Izby Kontroli zawartym w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 11 września 2020 r. w związku z kontrolą Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala.

(akta kontroli str. 146, 340)

Dyrektor wyjaśnił, że: *W ZOZ od 1 lutego 2023 r. rozszerzono działalność poprzez utworzenie nowej komórki organizacyjnej o nazwie „Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej”. Utworzenie przedmiotowego Oddziału jest konsekwencją podejmowanych działań zmierzających do zrjonalizowania funkcjonowania Szpitala oraz objęcia kompleksową opieką pacjenta poczynając od opieki w Poradniach, głównie w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, poprzez wykonanie zabiegu operacyjnego, a skończywszy na rehabilitacji w stacjonarnym oddziale. Nowy Oddział powstał w jednym ze „skrzydeł” pierwotnego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. W tej części dawnego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego zlokalizowane jest pomieszczenie sanitarno-higieniczne dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Tak więc zalecenia zawarte*

<sup>14</sup> NIK sformułowała m.in. wniosek pokontrolny nr 2 o treści: „Dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.”

w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 11 września 2020 r., (...) na dzień sporządzenia odpowiedzi w zakresie ich realizacji, tj. na 29 wrzesień 2020 r., były wykonane. Na skutek zmian organizacyjnych ograniczono liczbę łóżek w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dostosowano do faktycznego obłożenia), a część pomieszczeń Oddziału (15 łóżek – jedno „skrzydło”) zaadoptowano na potrzeby nowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej. Z tego powodu pomieszczenie sanitarno-higieniczne dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, zlokalizowane jest obecnie poza strukturą organizacyjną Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

(akta kontroli str. 368, 369)

Niedostosowanie żadnej z łazienek dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich mogło naruszać prawo pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego do godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin. Były one analizowane przez kadrę zarządzającą ZOZ, a wnioski ustnie przekazywano kierownikom właściwych komórek organizacyjnych Szpitala. Prowadzono badania satysfakcji pacjenta. Dotyczyły one jakości świadczonych usług na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz jakości żywienia w Szpitalu. Wnioski płynące z tych badań były wdrażane.

Nie został zrealizowany wniosek pokontrolny NIK o dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Pierwotnie zalecenie to było wykonane, jednakże wskutek zmian organizacyjnych w Szpitalu, aktualnie/w trakcie kontroli żadna z łazienek na tym Oddziale nie spełniała tych wymogów.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Przestrzeganie prawa do informacji

1. Zgodnie z § 45 ust. 1 regulaminu organizacyjnego ZOZ<sup>15</sup> każdy pacjent przyjęty do Szpitala zapoznawany jest z kartą praw pacjenta, obowiązkami oraz regulaminem oddziału. Prawa i obowiązki pacjenta udostępniane były w formie informacji na tablicach ogłoszeń w budynku Szpitala oraz w formie broszury informacyjnej udostępnianej pacjentom. Informacja o prawach pacjenta została ponadto zamieszczona na stronie internetowej Szpitala. Na stronie tej w zakładce „Pacjent” funkcjonuje pięć zakładek, tj. „pobyt na oddziale”, „przyjęcie do szpitala”, „wypis”, „karta praw pacjenta” i „cennik” zawierających niezbędne informacje. W zakładkach „Poradnie” i „Oddziały” funkcjonują podzakładki odsyłające do opisów wszystkich poradni i oddziałów Szpitala, które zawierają informacje o ich zadaniach i zasadach funkcjonowania, a także o personelu.

(akta kontroli str. 19-44, 193, 602-608)

Na stronie internetowej ZOZ nie wydzielono odrębnej podstrony odsyłającej do wzorów zgód pacjentów na leczenie.

Dyrektor wyjaśnił, że: *Dokumenty – pliki „formularzy zgód” – są generowane z systemu Clininet<sup>16</sup>, automatycznie wypełniane danymi pacjenta. Dotyczy to w szczególności zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego. Lekarz przy podpisywaniu przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu udziela pacjentowi szczegółowych informacji o zabiegu oraz ewentualnych zagrożeniach. Część zgód*

<sup>15</sup> Regulamin organizacyjny Szpitala został wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora ZOZ z dnia 29 grudnia 2017 r.

<sup>16</sup> Medyczny system informacyjny dla szpitali i przychodni wspomagający pracę placówek medycznych.

*zawarta jest w formularzu papierowym historii choroby pacjenta, tj. m.in. dotyczące przyjęcia do szpitala, udzielania informacji na temat stanu zdrowia, dostępu do dokumentacji, procesuj leczenia i diagnostyki. Prowadzenie dokumentacji w taki sposób eliminuje ewentualność, że pacjent nie zostanie zapoznany z przysługującymi mu prawami, nie wyrazi na coś zgody.*

(akta kontroli str. 323)

2. W regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>17</sup> określono wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 184-236, 241, 242, 244-252)

3. Na stronie internetowej Szpitala wśród zakładek dotyczących działalności Szpitala znajdują się m.in. zakładki „Szpital” „Laboratorium” i „Pacjent”. W zakładce „Laboratorium” w podzakładce „Certyfikaty” zamieszczono wszystkie certyfikaty posiadane przez Szpital. W zakładce „Szpital” funkcjonuje m.in. zakładka „Pacjenci o nas”, która w trakcie kontroli była nieaktywna. Dyrektor wyjaśnił, że: *Zakładka „Pacjenci o nas” jest nieaktywna z przyczyn technicznych.*

(akta kontroli str. 19-44, 143)

4. W Szpitalu obowiązują wewnętrzne procedury dotyczące uzyskiwania zgód pacjenta na wykonanie zabiegów, w tym w trzech oddziałach Szpitala objętych badaniem, tj. w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej. W regulaminach wewnętrznych tych oddziałów – pkt „f” „Kwalifikacja do zabiegu operacyjnego” podano, że: *przed i po zabiegu operacyjnym chory musi być szczegółowo poinformowany przez lekarza kwalifikującego o rodzaju zabiegu oraz możliwych powikłaniach. Chory oraz informujący lekarz muszą podpisać stosowny dokument.*

(akta kontroli str. 120, 121, 125, 126, 130)

W trakcie kontroli dokonano analizy 10 wypełnionych formularzy zgód pacjentów na zabieg podwyższonego ryzyka z ww. trzech oddziałów szpitalnych, z miesiąca sierpnia<sup>18</sup> 2023 r. W Szpitalu funkcjonował formularz w postaci oświadczenia pacjenta/uprawnionego opiekuna, który zawiera następujące pozycje: dane pacjenta, rozpoznanie, proponowana operacja, oświadczenie pacjenta, wyrażenie zgody potwierdzone podpisem pacjenta i datą podpisu, ewentualna odmowa pacjenta, ewentualne uwagi pacjenta lub uprawnionego opiekuna oraz oświadczenie lekarza o przedstawieniu pacjentowi planowanego sposobu leczenia operacyjnego/wykonania procedury zabiegowej oraz o poinformowaniu o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji/procedury zabiegowej. We wszystkich przypadkach zgody dotyczyły pacjentów pełnoletnich, były w formie pisemnej i zostały podpisane przed datą zabiegu.

Oświadczenie pacjenta zawierało następujące zapisy:

- *zostałem zapoznany ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego/procedury zabiegowej, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku ww. leczenia;*
- *w czasie rozmowy z lekarzem uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania, które dotyczyły mojego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych lub alternatywnych w moim przypadku metod leczenia, jak*

<sup>17</sup> Regulamin organizacyjny Szpitala został wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym dyrektora ZOZ z dnia 29 grudnia 2017 r.

<sup>18</sup> Tj. z ostatniego miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie czynności kontrolnych.



również metod znieczulenia, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowań oraz postępowania w okresie pooperacyjnym;

- uzyskałem również wyczerpujące informacje dotyczące ewentualnej konieczności zmodyfikowania sposobu operacji/ procedury zabiegowej w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w czasie wykonywania operacji/procedury zabiegowej. Mam pełną świadomość, iż w przypadku braku mojej zgody, operacja/procedura zabiegowa musiałaby zostać przerwana i ewentualnie później powtórzona, co mogłoby stanowić dodatkowe obciążenie dla mojego zdrowia i w takiej sytuacji konieczne byłoby ponowne znieczulenie;
- znane mi są możliwe powikłania związane z proponowaną operacją/procedurą zabiegową;
- w związku z powyższym wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie operacji/procedury zabiegowej, której założenia i cele zostały mi przedstawione w zrozumiałym dla mnie sposób oraz na jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji/procedury zabiegowej w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Powyższe informacje zrozumiałem.

Każdy ze zbadanych formularzy zawierał nazwę operacji/procedury zabiegowej, a także wyszczególnienie, na czym zabieg będzie polegał.

(akta kontroli str. 131-140)

W kontrolowanych przypadkach istniały również odrębne, pisemne zgody pacjentów na inne procedury medyczne związane z zabiegami, którym poddany został pacjent. Były to m.in: zgoda na znieczulenie do zabiegu operacyjnego, zgoda na przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych, zgoda na kolonoskopię oraz zgoda na znieczulenie do kolonoskopii.

(akta kontroli str. 161-182)

Zgody szczegółowe dotyczące ww. 10 pacjentów objętych badaniem nie zawierały informacji o czasie trwania zabiegu.

Dyrektor wyjaśnił, że formularz pn. „Oświadczenie Pacjenta/uprawnionego Opiekuna” nie zawiera informacji o czasie trwania czynności podejmowanych w trakcie zabiegu, gdyż czas ten uwarunkowany jest rodzajem zabiegu, jego przebiegiem, ewentualnymi powikłaniami itd. i uzależniony jest indywidualnie od potrzeb pacjenta. Każdy pacjent przed zabiegiem jest informowany ustnie przez lekarza o planowanym sposobie leczenia operacyjnego, planowanym czasie trwania zabiegu oraz o ewentualnych zagrożeniach lub możliwych powikłaniach. W mojej ocenie zgoda pacjenta na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji czy też jej rozszerzenie wyklucza zawarcie w formularzu czasu, trwania zabiegu. Taka informacja mogłaby wprowadzać pacjenta w błąd i być podstawą ewentualnych roszczeń.

(akta kontroli str. 131-140, 367)

Stwierdzone  
nieprawidłowości  
**OCENA CZĄSTKOWA**

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

Informacja o prawach pacjenta była udostępniana w miejscach ogólnodostępnych w budynku Szpitala oraz na stronie internetowej. Strona internetowa ZOZ zawierała niezbędne dla pacjenta informacje. Regulamin organizacyjny ZOZ zawierał wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Pacjenci Szpitala uzyskiwali odpowiednią informację na temat wykonywanych

zabiegów, które stanowiły podstawę uzyskiwania zgód na wykonywanie procedur medycznych.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych

1. Rozpoczęcie działalności leczniczej ZOZ nastąpiło 13 października 1975 r. Zakres świadczeń udzielanych przez Szpital<sup>19</sup> zgodny był z regulaminem organizacyjnym oraz wpisem w księdze rejestrowej nr 000000014617<sup>20</sup>, prowadzonej przez Wojewodę.

W regulaminie organizacyjnym ZOZ ujęto kwestie wskazane w art. 23 i 24 ust. 1-4 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanym okresie w Szpitalu utworzono Oddział RO i zgłoszono zmiany wpisu do rejestru prowadzonego przez Wojewodę<sup>21</sup> oraz zawarto umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) na świadczenie opieki zdrowotnej w tym zakresie.

(akta kontroli str. 183-253, 299-302, 503-600)

2. Na podstawie przeprowadzonych oględzin trzech tablic informacyjnych i innych ogólnodostępnych miejsc w Oddziałach<sup>22</sup> ustalono, że w ZOZ udostępniono pacjentom część poniższych informacji wskazanych w § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia OWU, tj. dotyczące:

- godzin i miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (w jednym Oddziale);
- posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych (w trzech);
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej (w dwóch);
- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy (w jednym);
- praw pacjenta (w trzech);
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w jednym);
- adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta (w dwóch);
- numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (w jednym).

Ponadto pozostałe informacje, wynikające z ww. przepisów, nie zostały udostępnione dla pacjentów Szpitala, co szerzej opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 602-608)

3. Największa liczba oczekujących pacjentów (przypadki stabilne) była w Oddziale CUO i wynosiła w: 2019 r. – 977, 2020 r. – 902, 2021 r. – 584 oraz w 2022 r. – 384. W Oddziale CO liczba oczekujących pacjentów wynosiła w 2021 r. – 10 i w 2022 r. – 6, były to wszystkie przypadki stabilne. W pozostałych oddziałach Szpitala nie było pacjentów oczekujących na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 619)

Szczegółowym badaniem objęto postępowanie na Oddziale CUO<sup>23</sup>, w zakresie weryfikacji w 2022 r. kolejek oczekujących (pacjenci stabilni). Jak wynika z wyjaśnień Kierownika Oddziału CUO kolejność udzielanych świadczeń (operacji) ustala lekarz prowadzący danych pacjentów, zgodnie ze swoim harmonogramem pracy (każdy lekarz ma wyznaczony dzień operacyjny, w którym może wykonywać zabiegi planowe). Wyznaczony termin świadczenia medycznego (z największymi kolejkami

<sup>19</sup> Ustalony na podstawie oględzin Oddziałów: CUO, CO i RO, Pediatricznego i Geriatrycznego.

<sup>20</sup> Wg stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, tj. 28 września 2023 r.

<sup>21</sup> W dniu 27 grudnia 2022 r. ze wskazaniem daty rozpoczęcia działalności od 1 stycznia 2023 r.

<sup>22</sup> CUO, CO i RO.

<sup>23</sup> Ze względu na największą liczbę oczekujących pacjentów na udzielenie świadczenia, tj. endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz stawu biodrowego.

oczekujących) wpisywany był do systemu informatycznego AP-KOLCE<sup>24</sup>, w którym prowadzone były cztery listy oczekujących: endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i rewizji po endoprotezoplastyce stawu. Zawierały one m.in. dane pacjenta wraz z identyfikatorem (PESEL), dane teleadresowe, rozpoznanie, kategorię świadczeniobiorcy, kategorię medyczną (pilny lub stabilny), datę i godzinę wpisu, nr na liście oczekujących, datę planowanego terminu udzielenia/początku świadczenia, datę i powód skreślenia.

(akta kontroli str. 619, 625-639, 667-672)

Pacjentom, zgodnie z art. 20. ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, umożliwiono uzyskanie wcześniejszego terminu świadczenia ze względów medycznych. Ponadto występowały przypadki czasowego odroczenia terminów ze względów medycznych. W przypadkach, w których termin operacji został wyznaczony na 2022 r., pomimo wcześniejszego zgonu pacjenta lub rezygnacji zgłoszonej przez osobę wpisaną na listę oczekujących (pacjenci stabilni) w Oddziale CUO, nie zawsze w tych „zwolnionych” terminach udzielane były kolejne zaplanowane świadczenia, a mianowicie:

- z powodu zgonu osoby wpisanej na listę (endoprotezoplastyka stawu biodrowego) w latach 2019-2021 skreślono czterech pacjentów, a dla trzech zwolnionych terminów w 2022 r. operacje w tym zakresie się nie odbyły (pacjenci stabilni)<sup>25</sup>;
- z powodu zgonu osoby wpisanej na listę (endoprotezoplastyka stawu kolanowego) w latach 2019-2022 skreślono 14 pacjentów, a dla siedmiu zwolnionych terminów w 2022 r. operacje w tym zakresie się nie odbyły (pacjenci stabilni)<sup>26</sup>;
- wskutek powiadomienia w latach 2019-2022 o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę (endoprotezoplastyka stawu biodrowego) skreślono 18 pacjentów, a dla 14 zwolnionych terminów w 2022 r. operacje w tym zakresie się nie odbyły (pacjenci stabilni)<sup>27</sup>;
- wskutek powiadomienia w latach 2017-2022 o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę (endoprotezoplastyka stawu kolanowego) skreślono 19 pacjentów, a dla 14 zwolnionych terminów w 2022 r. operacje w tym zakresie się nie odbyły (pacjenci stabilni)<sup>28</sup>.

(akta kontroli str. 640-656, 667-672, 791-856)

Zastępca Kierownika Oddziału CUO wyjaśnił, że (...) *po skreśleniu pacjenta z listy oczekujących lekarz powiadamia innego pacjenta w możliwy sposób ustalony indywidualnie przez lekarza w Poradni Ortopedycznej lub telefonicznie. (...) większość pacjentów jest w podeszłym wieku, z chorobami współistniejącymi, uzależnieni od osób drugich, ich decyzja do zabiegu musi wyjść od nich samych i być „dojrzała”. Bywa tak, że pacjent nie wyraża zgody na wcześniejszy termin. (...) . Listę oczekujących weryfikował Kierownik Oddziału wraz z lekarzami zgodnie z terminarzem zabiegów. Wówczas sprawdzana była możliwość zaoferowania wcześniejszego terminu wykonania świadczenia po czym lekarz prowadzący*

<sup>24</sup> Udostępniona przez NFZ aplikacja Centralnych Kolejek Oczekujących. Innym systemem stosowanym w Oddziale CUO był CGM CLININET, w którym prowadzono sześć list oczekujących: ogólna do oddziału, artroskopii leczenia stawu kolanowego, artroskopowej rekonstrukcji więzadeł krzyżowych, leczenia operacyjnego zespołu cieśni nadgarstka, operacji palucha koślawego, plastyki więzadeł pobocznych kolana.

<sup>25</sup> 15 i 27 lutego oraz 21 kwietnia.

<sup>26</sup> 16 i 27 marca; 4, 5 i 10 lipca; 31 sierpnia; 30 listopada.

<sup>27</sup> 12 stycznia; 6 lutego (3 świadczenia); 24 lutego; 13 marca; 8 i 24 kwietnia; 3, 11 i 15 maja; 23 czerwca; 3 lipca i 20 listopada.

<sup>28</sup> 16 stycznia; 6 lutego; 15 kwietnia; 22, 24 i 26 czerwca; 13 i 17 lipca; 8 i 28 sierpnia; 4 i 11 września; 21 listopada (2 świadczenia).

w sposób indywidualnie ustalony z pacjentem informował go o tym fakcie(...).  
Odnosnie do operacji, które nie odbyły się w 2022 r. Kierownik Oddziału CUO wskazał, że czas ten został przeznaczony na opiekę nad pacjentami hospitalizowanymi w Oddziale CUO z powodu urazu.

(akta kontroli str. 862-866)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa jako jedną z przyczyn wskazał odmowę samych pacjentów na propozycję przyspieszonego terminu zabiegu, z powodu braku możliwości zapewnienia opieki pooperacyjnej w domu lub odmowę proponowanego terminu bez podania przyczyny. Ponadto dodał, że (...). *Korzystając w tym czasie z wolnego miejsca, dokonywano zabiegów operacyjnych pacjentom z urazami narządu ruchu, którzy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej przebywali z powodu urazu, bez konieczności opóźniania ich wykonania. (...).*

(akta kontroli str. 857-861)

W sytuacji zmiany terminu udzielenia świadczenia, w kolejkach oczekujących odnotowywano ten fakt dla poszczególnych pacjentów.

(akta kontroli str. 640-656, 667-672, 791-856)

W okresie objętym kontrolą, stosunek pacjentów skreślonych z listy oczekujących z powodu niezgłoszenia się do Szpitala do tych pacjentów, którym udzielono świadczenia (przypadki stabilne) przedstawiał się następująco:

- w Oddziale CUO w 2019 r. udzielono świadczeń 137 osobom, z powodu niezgłoszenia się do Oddziału skreślono z listy 222 osoby (162%), w 2020 r. były to 174 osoby w stosunku do 167 (96%), w 2021 r. 505 osób i 307 skreślonych (60,8%), natomiast w 2022 r. zrealizowano świadczenia 567 osobom z czego skreślono 187 (33%);
- w Oddziale CO było to w 2019 r. siedem osób w stosunku do siedmiu (100%) i w 2020 r. siedem w stosunku do dwóch (28,6%). W latach 2021-2022 nie było przypadków niezgłoszenia się pacjentów na zaplanowane świadczenia medyczne; w tym okresie wykonano ich odpowiednio 113 i 169.

W odniesieniu do poradni specjalistycznych<sup>29</sup> sytuacja kształtowała się odpowiednio:

- w Poradni Endokrynologicznej w 2019 r. udzielono świadczeń 219 osobom w stosunku do 80, które nie zgłosiły się na wizytę (36,5%), w 2020 r. 114 osobom – w stosunku do 19 (16,7%), w 2021 r. 96 osobom – w stosunku do 68 (70,8%) oraz z 2022 r. 123 osobom – w stosunku do 43 (35%);
- w Poradni Ginekologiczno-Położniczej było to: w 2019 r. 232 osób w stosunku do 66, które nie zgłosiły się na wizytę (28,5%), w 2020 r. – 45 w stosunku do 28 (62,2%), w 2021 r. – jedna w stosunku do 55 (5500%) i w 2022 r. – 38 w stosunku do 33 (86,8%);
- w Poradni CUO było to: w 2019 r. 158 osób w stosunku do 38, które nie zgłosiły się na wizytę (24,1%), w 2020 r. – 39 w stosunku do 10 (25,6%), w 2021 r. – 47 w stosunku do 21 (44,7%) i w 2022 r. – 27 w stosunku do 9 (33,3%).

(akta kontroli str. 620, 623)

Odnosnie do stosowanej formy przypominania pacjentom o zaplanowanej wizycie (zabiegu) Dyrektor wyjaśnił, że w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej lekarz prowadzący pacjenta, kontaktuje się z nim w sprawie zaplanowanego zabiegu. *Przypomnienie ustne następuje w czasie wizyty w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w czasie przygotowania do zabiegu, a w późniejszym terminie jest to kontakt telefoniczny. (...). W pozostałych komórkach organizacyjnych prowadzących kolejki oczekujących nie stosuje się żadnej formy przypominania pacjentom o zaplanowanej wizycie czy zabiegu.*

(akta kontroli str. 775-776)

---

<sup>29</sup> Z największą liczbą osób oczekujących.

Ponadto z ustaleń kontroli wynika, że w latach 2019-2021 w Oddziale CUO listownie informowano pacjentów, iż w przypadku braku potwierdzenia decyzji/terminu odnośnie do wykonania zabiegu operacyjnego (do konkretnego terminu), będzie to traktowane równoznacznie z rezygnacją.

(akta kontroli str. 673-675, 790)

4. Szpital, wbrew wymogom określonym w art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie umożliwił pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co szerzej opisano w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 695-699)

5. W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywały dwa dokumenty pn. *Procedura oceny i skutecznego leczenia bólu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju*<sup>30</sup> (dalej: Procedury leczenia bólu).

Na podstawie badania dokumentacji medycznej pięciu pacjentów<sup>31</sup>, u których stosowano leczenie przeciwbólowe ustalono, że dla jednego pacjenta na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych dokumentowano systematyczny monitoring natężenia bólu, w tym w szczególności w sposób wynikający z obowiązującej Procedury leczenia bólu, tj. w *Karcie oceny bólu z NRS (skala numeryczna)* i *Karcie kontroli bólu*. Dla pozostałych czterech pacjentów brak było dokumentacji potwierdzającej systematyczny monitoring natężenia bólu, o czym szerzej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 700-713)

Kierownicy Oddziałów: GP, CO i CUO wyjaśnili, że personel medyczny prowadził monitoring natężenia bólu na podstawie ustnie zgłaszanych dolegliwości bólowych pacjentów, co potwierdzają wpisy podawania leków w karcie zleceń lekarskich.

(akta kontroli str. 718-724)

6. W Szpitalu nie została wprowadzona w formie pisemnej procedura dotycząca profilaktyki i leczenia odleżyn. Dyrektor niesporządził formy pisemnej procedury tłumaczył brakiem takiego obowiązku wynikającego z przepisów.

Naczelną pielęgniarkę wyjaśniła, że: (...) *wypracowano natomiast następujące metody profilaktyki i leczenia odleżyn:*

- 1) *w chwili przyjęcia pacjenta w oddział szpitalny, przeprowadza się wywiad i badanie fizykalne pacjenta, w którym ewentualne zagrożenie powstania odleżyny, czy też identyfikacja odleżyny zostaje ujawniona. W „karcie wywiadu pielęgniarskiego” sporządzanej dla każdego pacjenta pielęgniarka dokonuje wstępnej oceny pielęgniarskiej, która pozwala na dokonanie oceny ryzyka wystąpienia odleżyny lub jej istnienia;*
- 2) *na podstawie danych z wywiadu w przypadku stwierdzenia ryzyka rozwoju odleżyny pielęgniarka identyfikuje ten fakt zastosowaniem Skali Norton i sporządza dokument pn. „Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyny – skala Norton”;*
- 3) *uzyskany wynik 14 lub mniej punktów w Skali Norton powoduje działania w kierunku szerokiej profilaktyki przeciwoodleżynowej, którą odnotowuje w „Karcie profilaktyki odleżyn” lub „Karcie pacjenta z odleżyną” (karty te stosuje się zamiennie w zależności od oddziału na którym przebywa pacjent), gdzie m.in. pielęgniarka ocenia stopień odleżyny wg Skali Torrence’a i podejmuje działania pielęgnacyjne: stosowanie opatrunków specjalistycznych, natłuszczanie skóry,*

<sup>30</sup> Wprowadzone zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora: Nr 37/2019 z 28 maja 2019 r. (obowiązująca od tego dnia) oraz Nr 1/2023 z 18 stycznia 2023 r. (obowiązująca od 23 stycznia 2023 r.).

<sup>31</sup> R.J. z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (dalej: Oddział GP), B.A. z Oddziału Chorób Wewnętrznych, C.C. z Oddziału CO, H.M. i J.N. z Oddziału CUO.

*stosowanie udogodnień typu - wałki, materace przeciwodleżynowe, uruchamianie pacjenta (pionizacja i asysta przy pionizacji lub zmiana pozycji ciała pacjentów leżących z wyznaczeniem godzin zmiany pozycji).*

(akta kontroli str. 394, 776)

Analiza dokumentacji medycznej<sup>32</sup> pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn wykazała, że w Szpitalu przestrzegano ww. wypracowanej procedury dotyczącej profilaktyki i leczenia (realizowano ją w praktyce).

(akta kontroli str. 496-421)

W Szpitalu prowadzono comiesięczny rejestr występowania odleżyn. Pielęgniarki koordynujące oddziałów szpitalnych składały go w formie pisemnej pn. „Karta ewidencyjna pacjentów objętych działaniami z zakresu zapobiegania i leczenia odleżyn”. W dokumencie tym podawano m.in.: datę przyjęcia pacjenta do szpitala, lokalizację i stopień odleżyny (obowiązywała klasyfikacja odleżyn wg Skali Torrence'a) oraz datę wypisu pacjenta z oddziału lub datę jego zgonu. Uwzględniał on podział przyjętych pacjentów na „pacjenta z odleżyną”, „pacjenta z zagrożeniem wystąpienia odleżyny” oraz „pacjenta, u którego wystąpiły odleżyny w trakcie hospitalizacji”.

W Szpitalu prowadzono analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Podczas odpraw pielęgniarek koordynujących z Naczelną Pielęgniarką, dokonywano analiz występowania odleżyn i stosowania profilaktyki przeciwodleżynowej, a także jej skuteczności, co potwierdzają protokoły odbytych spotkań. Dane ewidencyjne (miesięczne) w zakresie odleżyn przekazywano Pielęgniarce Epidemiologicznej, która sporządzała zestawienia roczne dla identyfikacji powstawania zakażeń szpitalnych z tego zakresu.

(akta kontroli str. 422-446)

Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła, że: *dokonywano również wymiany spostrzeżeń i doświadczeń z zakresu stosowania opatrunków specjalistycznych i środków pielęgnacyjnych, dedykowanych w profilaktyce i leczeniu odleżyn. Z przeprowadzanych podczas odpraw analiz nie były sporządzane odrębne dokumenty.*

(akta kontroli str. 395)

Łączna liczba pacjentów z odleżynami w poszczególnych latach z okresu 2019-2023 (do 7 listopada) wyniosła odpowiednio: 183, 102, 141, 160 i 190, z tego:

- liczba pacjentów przyjętych z odleżyną: 164, 85, 114, 144 i 173;
- liczba pacjentów, u których odleżyny wystąpiły w trakcie pobytu w Szpitalu: 19, 17, 27, 16 i 17.

(akta kontroli str. 447)

7. W Szpitalu obowiązuje zarządzenie wewnętrzne nr 102/2018 Dyrektora z dnia 26 listopada 2018 r. w sprawie powołania komisji do spraw zdarzeń niepożądanych w ZOZ. Komisję tworzą pracownicy Szpitala, a jej skład osobowy określono w § 1 ust. 1 ww. zarządzenia. Zgodnie z § 1 ust. 2 tego zarządzenia do zadań komisji należało m.in.:

- opracowanie katalogu zdarzeń niepożądanych;
- opracowanie metodyki raportowania zdarzeń;
- identyfikowanie, gromadzenie i analizowanie danych na temat zdarzeń niepożądanych;
- opracowanie działań naprawczych i zapobiegawczych.

<sup>32</sup> Analizą objęto dokumentację pięciu pacjentów z odleżynami hospitalizowanych w ZOZ w latach 2019-2023 (do października) – po jednym pacjencie z każdego roku.

W ZOZ opracowano procedurę postępowania w zdarzeniach niepożądanych. Pkt 6 procedury określa „zasady postępowania w niektórych sytuacjach niezgodnych z wymogami” zawierające m.in. rodzaje „niezgodności w zakresie realizacji świadczeń medycznych”, które określają kategorie zdarzeń niepożądanych. W katalogu zdarzeń niepożądanych jako odrębną kategorię wymieniono m.in. nieprzestrzeganie praw pacjenta. Zgodnie z ww. procedurą w ZOZ sporządzano następujące dokumenty: „Kartę zdarzenia niepożądanego”, „Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego” oraz „Rejestr zdarzeń niepożądanych”. Wzory tych dokumentów stanowią załączniki do ww. zarządzenia wewnętrznego Dyrektora ZOZ.

(akta kontroli str. 449, 456-463)

W obowiązującej w Szpitalu procedurze postępowania w zdarzeniach niepożądanych nie została ujęta ochrona personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym, a także nie określono zasady poufności.

Dyrektor tłumaczył powyższe *brakiem w obowiązujących przepisach wzorcowych rozwiązań w tym przedmiocie. Osoby zgłaszające zdarzenia niepożądane nie są narażane na żadne sankcje, a przy analizie zdarzeń (...) zachowana jest poufność.*

(akta kontroli str. 502)

Na podstawie sporządzanych każdego miesiąca „Rejestrów zdarzeń niepożądanych” ustalono, że liczba zdarzeń niepożądanych w Szpitalu w latach 2019-2023 (do 31 października) wyniosła odpowiednio: 19, 7, 12, 22 i 13.

Analizą objęto dokumentację 10 zdarzeń niepożądanych<sup>33</sup>, jakie wystąpiły w ww. latach. We wszystkich zbadanych przypadkach postępowanie pracowników Szpitala w sprawie zdarzeń niepożądanych było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą.

Na podstawie przedłożonej dokumentacji ustalono, że w Szpitalu dokonywano okresowych (miesięcznych) ocen zdarzeń niepożądanych, a także podejmowano działania korygujące (naprawcze). Miesięczne rejestry zdarzeń niepożądanych przedkładano Dyrektorowi, który po zapoznaniu się z ich treścią dokonywał ich akceptacji.

(akta kontroli str. 465-500)

8. W latach 2019- 2023 (do 31 października) nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu z klauzuli sumienia, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry<sup>34</sup>.

(akta kontroli str. 448)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu, w ogólnodostępnych miejscach w wybranych do kontroli Oddziałach<sup>35</sup>, nie udostępniono dla pacjentów niektórych z wymaganych informacji wskazanych w § 11 ust. 1 i 4 pkt 1-4, 6-11 załącznika do OWU, tj. dotyczących:

- godzin i miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (w Oddziałach CO i RO);
- imienia i nazwiska osoby kierującej pracą komórki organizacyjnej (w Oddziale RO);
- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy (w Oddziałach CO i RO);
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (jw.);

<sup>33</sup> Analizą objęto po dwa zdarzenia z każdego roku objętego kontrolą.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm.

<sup>35</sup> CUO, CO i RO.

- adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta (w Oddziale CO);
- miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców (w Oddziałach CUO i CO);
- zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (w Oddziałach CUO, CO i RO);
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń (jw.);
- adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ (jw.);
- adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (jw.);
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (jw.);
- numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (w Oddziale CO).

(akta kontroli str. 602-608)

Odnosnie do przyczyn braku udostępnienia pacjentom ww. informacji Dyrektor wyjaśnił, że było to spowodowane odpowiednio w Oddziale: RO przez niedopatrzenie; CUO – planowaną jego modernizację, w której przewidziano również wykonanie tablicy informacyjnej; CO – pandemię COVID-19, kiedy zdjęto wszystkie elementy utrudniające dezynfekcję, a następnie ponownie ich nie umieszczono. Ponadto Dyrektor wskazał, że wymagane informacje zostaną niezwłocznie zamieszczone na tablicach informacyjnych oddziałów.

(akta kontroli str. 733-740)

NIK zwraca uwagę, że planowana modernizacja Oddziału CUO nie powinna mieć wpływu na udostępnienie ww. informacji, gdyż na znajdującej się tam tablicy informacyjnej zamieszczono część wymaganych danych. W związku z uzupełnieniem w trakcie kontroli, na wszystkich tablicach informacyjnych poddanych oględzinom, obowiązkowych wiadomości dla świadczeniobiorców, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 741-747)

2. Szpital nie umożliwił pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, mimo że obowiązek taki wynikał z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>36</sup>.

(akta kontroli str. 695-699)

<sup>36</sup> Z wyłączeniem okresu wynikającego z art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.) wskazującym, że na okres trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, zawieszony był obowiązek umożliwienia pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, nałożony na świadczeniodawców w art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Na mocy art. 36 ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Ponadto z wyłączeniem okresu od 29 listopada 2020 r. do 25 marca 2022 r., gdyż z dniem 29 listopada 2020 r. wszedł w życie art. 7ab ustawy o zwalczaniu COVID-19. Przywołany przepis stanowi, że zawieszają się wykonywanie przez podmiot leczniczy obowiązków przekazywania NFZ informacji dotyczących list oczekujących oraz umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Zawieszenie dotyczy podmiotów leczniczych, wobec których zostało wydane polecenie lub nałożony obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19, które tym pacjentom udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wskazanych w poleceniu albo obowiązku.



Dyrektor wyjaśnił, że (...) warunki techniczne nie pozwalają na dostosowanie systemu informatycznego szpitala do tych zadań. Głównym problemem jest brak środków finansowych na zakup urządzeń np. serwerów, macierzy, przełączników oraz wielofunkcyjnych zapór sieciowych – UTM, które umożliwiają poszerzenie zakresu działania systemu. ZOZ w Busku-Zdroju przystąpił do ogólnopolskiego programu InPlaMed WŚII, z którego chcemy zrealizować konieczne inwestycje informatyczne do wprowadzenia w pełni zintegrowanego systemu EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej), systemu kolejkowania itp.

(akta kontroli str. 733-739)

3. W Szpitalu, w czterech z pięciu objętych badaniem dokumentacji medycznych hospitalizowanych pacjentów<sup>37</sup>, u których wdrożono leczenie przeciwbólowe, nie zapewniono rejestrowania systematycznego monitoringu natężenia bólu, w tym dla:

- jednego pacjenta hospitalizowanego w Oddziale GP, w okresie kiedy nie obowiązywała w ZOZ procedura dotycząca leczenia bólu;
- dwóch pacjentów hospitalizowanych odpowiednio w Oddziałach CO i CUO nie prowadzono Karty oceny bólu z NRS (skala numeryczna) i Karty kontroli bólu;
- jednego pacjenta hospitalizowanego w Oddziale CUO nie prowadzono Karty kontroli bólu, a Karta oceny bólu z NRS (skala numeryczna) prowadzona była tylko przez część okresu hospitalizacji, tj. w pierwszych dwóch dniach po zabiegu.

Obowiązek prowadzenia ww. kart wynikał z przyjętych w ZOZ Procedur leczenia bólu. Zgodnie z art. 20a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>38</sup>, pacjent ma prawo do leczenia bólu, a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

(akta kontroli str. 700-713)

Kierownik Oddziału GP odnośnie do braku udokumentowania systematycznego monitoringu natężenia bólu u pacjenta wyjaśnił, że (...) w Szpitalu nie obowiązywała procedura oceny i skuteczności leczenia bólu. (...).

(akta kontroli str. 718-719)

Kierownik Oddziału CO wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia.

(akta kontroli str. 720-721)

Kierownik Oddziału CUO wyjaśnił: (...) z powodu przeoczenia przy dużym obciążeniu pracą personelu medycznego (...).

(akta kontroli str. 722-724)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa sprawujący nadzór nad Oddziałem GP wyjaśnił, że (...) brak dokumentacji (...), wynikał z nieobowiązywania w tym czasie Procedury oceny i skuteczności leczenia bólu. (...).

Sprawujący nadzór nad realizacją obowiązujących w kontrolowanym okresie Procedur leczenia bólu, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelna Pielęgniarka wyjaśnili, że (...) nadmiar obowiązków, występujących zwłaszcza w oddziałach zabiegowych, powodował zaniechanie obowiązku dokumentowania natężenia i oceny bólu (...) lub brak systematyczności oceny natężenia bólu (...).

(akta kontroli str. 725-732)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania wybranych świadczeń w Szpitalu była zgodna z wpisem w księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę oraz regulaminem organizacyjnym. W Szpitalu wypracowano i stosowano w praktyce standardy

<sup>37</sup> R.J. z Oddziału GP, C.C. z Oddziału CO, H.M. i J.N. z Oddziału CUO.

<sup>38</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.

pielęgowania pacjentów z ryzykiem odleżyn. Stworzono także system zgłaszania zdarzeń niepożądanych i dokonywano ich oceny. W przypadku czterech z pięciu pacjentów, których dokumentację zbadano, ZOZ nie zapewnił rejestrowania monitoringu natężenia bólu. W ZOZ, w trzech skontrolowanych miejscach/Oddziałach, nie udostępniono dla pacjentów niektórych wymaganych informacji, mimo że obowiązek ten wynikał § 11 ust. 1 i 4 załącznika do OWU. W Szpitalu nie umożliwiono pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, mimo że obowiązek taki wynika z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu dokumentację medyczną prowadzono w formie papierowej. Dyrektor wyjaśnił, że: (...) *warunki techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Głównym problemem jest brak środków na zakup urządzeń, które umożliwiają prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Są to serwery, przełączniki, macierze, wielofunkcyjne zapory sieciowe UTM.*

(akta kontroli str. 370)

Dokumentacja wybranych 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zawierała oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych i datę sporządzenia. Zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>39</sup>.

Wpisy w dokumentacji były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z oznaczeniem osoby, która dokonała tego wpisu. Były one dokonywane w porządku chronologicznym i poza pięcioma przypadkami w sposób czytelny, co opisano szerzej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

Dokumentacja była kompletna, strony dokumentacji w postaci papierowej były numerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość. Zawierała wymagane zgody i oświadczenia pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji innej osobie, a także o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko.

(akta kontroli str. 350-362)

2. W Szpitalu obowiązywało zarządzenie wewnętrzne Dyrektora z dnia 4 listopada 2015 r. w sprawie wprowadzenia procedury udostępniania dokumentacji medycznej w ZOZ (dalej: procedura udostępniania). Zgodnie z § 3 tej procedury podmioty i organy uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej to:

- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta;
- po śmierci pacjenta osoba upoważniona przez pacjenta za życia;
- inne organy i podmioty<sup>40</sup> wymienione w § 3 ust. 3 procedury udostępniania.

<sup>39</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

<sup>40</sup> M.in. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych i inne.

W 2018 r. w Szpitalu wprowadzono dodatkowo wytyczne działu prawnego ZOZ dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej, zgodnie z którymi forma wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej nie musi być wyłącznie pisemna, może przybrać formę ustną bądź zostać przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

(akta kontroli str. 303-309)

W regulaminie organizacyjnym ZOZ (§ 154) określono wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Za udostępnienie jednej strony kopii albo wydruku tej dokumentacji opłata ta nie przekracza 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Wysokość tych opłat w latach 2019-2023 (do II kwartału) wynosiła od 0,34 zł do 0,50 zł. W ZOZ nie określono katalogu wyłączeń z obowiązku dokonania opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną.

(akta kontroli str. 236, 311)

Dyrektor wyjaśnił, że: (...) *Szczegółowo kwestie (...) udostępniania dokumentacji medycznej uregulowane są w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w Rozdziale VII Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej. Zaznaczam, że regulamin organizacyjny jest dokumentem ramowym. Brak jest potrzeby przenoszenia przepisów powszechnie obowiązujących aktów prawnych, w tym przypadku ustawy, do ramowego regulaminu organizacyjnego.*

(akta kontroli str. 367)

Pacjenci, opiekunowie prawni oraz osoby wskazane przez pacjenta byli informowani o prawie wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, co potwierdzali własnoręcznym podpisem na formularzu „historia choroby”.

(akta kontroli str. 310)

W ZOZ Busko-Zdrój nie zostały wprowadzone pisemne regulacje w sprawie weryfikowania wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej.

Kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń wyjaśniła, że: *w ramach funkcjonowania ZOZ wypracowano praktykę takiej weryfikacji. W przypadku udostępniania dokumentacji w formie papierowej, pracownik Działu Statystyki i Rozliczeń prosi uprawnionego wnioskodawcę o okazanie dowodu osobistego lub innego dowodu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy, a następnie sprawdza dane i porównuje je z wnioskiem lub z danymi na dokumentacji medycznej, o której udostępnienie wnioskuje. W przypadku wniosków składanych w formie elektronicznej udostępniamy tę dokumentację pocztą elektroniczną, na adres zwrotny nadawcy, przy czym uprzednio telefonicznie kontaktujemy się z wnioskodawcą, sprawdzając szczegóły hospitalizacji.*

(akta kontroli str. 321)

W ZOZ nie stosowano szyfrowania załączników przekazywanych pocztą elektroniczną pacjentom lub osobom upoważnionym i w związku z tym nie przekazywano haseł odrębnym kanałem, co opisano szerzej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 321)

Analiza dokumentacji 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. wykazała, że udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z zasadami określonymi w § 154 regulaminu organizacyjnego.

(akta kontroli str. 350-357)

3. W ZOZ nie opracowano udokumentowanych procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, jak również nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji

medycznej oraz zarządzania tym ryzykiem, co opisano szerzej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 369)

Dokumentacja medyczna pacjentów była zabezpieczona przed zniszczeniem. Przechowywano ją w czterech zamkniętych, odrębnych pomieszczeniach szpitalnych, w segregatorach oznaczonych numerem księgi głównej Szpitala oraz rokiem, którego dotyczyła.

(akta kontroli str. 363)

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego celu personel Szpitala, posiadający stosowne upoważnienia nadane przez administratora.

(akta kontroli str. 341-349)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W pięciu przypadkach spośród 20 objętych badaniem (25%) wpisy w dokumentacji medycznej pacjentów dokonywane były w sposób nieczytelny. Dotyczy to dokumentacji medycznej o numerach pacjenta w księdze głównej Szpitala: 4497/2022, 4577/2022, 2403/2022, 3297/2022 oraz 777/2022. Było to niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>41</sup>.

Dyrektor wyjaśnił, że: *Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona jest w postaci papierowej. Zdarza się, że odręczne wpisy lekarzy są nieczytelne, a wynika to indywidualnie z charakteru pisma lekarza dokonującego wpisu. Wielokrotnie na cyklicznych spotkaniach Dyrektora z Kierownikami Oddziałów/Poradni omawiana była tematyka prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym czytelnych wpisów. Spotkania u Dyrektora nie są dokumentowane w formie pisemnej. Również Kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń (...) zwraca uwagę zarówno Kierownikom Oddziałów, jak i lekarzom w przedmiocie m.in. czytelnych wpisów w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 358-362)

2. W ZOZ nie stosowano szyfrowania załączników przekazywanych pocztą elektroniczną pacjentom lub osobom upoważnionym i w związku z tym nie przekazywano haseł odrębnym kanałem.

Dyrektor wyjaśnił, że: *Co do zasady dokumentacja medyczna udostępniana jest w formie papierowej. Pacjenci mają również możliwość otrzymania dokumentacji w formie elektronicznej, tj. skany przekazywane są drogą mailową. Zawsze pacjent lub osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej określa, w jakiej formie mają być dokumenty przekazane. Dokumentacja nie jest szyfrowana i jest to udogodnienie dla pacjentów. Często pacjenci mają problem z posługiwaniem się nowymi technologiami, tj. wiadomość tekstowa typu sms, mail.*

(akta kontroli str. 321, 368)

Nieszyfrowanie załączników przekazywanych pocztą elektroniczną zwiększało ryzyko ujawnienia/naruszenia danych osobowych i było działaniem nierzetelnym.

3. Wbrew wymogom określonym w § 1 ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>42</sup> w ZOZ:

<sup>41</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

<sup>42</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

- 1) nie zostały opracowane i nie były stosowane udokumentowane procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym dostępu oraz przechowywania;
- 2) nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej, a także zarządzania tym ryzykiem.

Dyrektor wyjaśnił, że: *W ZOZ w Busku-Zdroju nie zastosowano ściśle postanowień § 1 ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W ramach zaleceń pokontrolnych zostanie to zrealizowane. Nadmieniam, że zmiana przedmiotowego rozporządzenia weszła w życie w okresie pandemii koronawirusa. W latach 2020-2021 szpitale były „zalewane” szeregiem wytycznych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Wytyczne i zalecenia bardzo często się zmieniały. W natłoku obowiązków i z powodu braków kadrowych (bardzo dużo pracowników chorowało na covid-19 lub było objętych kwarantanną) nie sporządzono w formie pisemnej stosownych dokumentów. Ryzyko zagrożeń związanych z zabezpieczeniem dokumentacji zawsze było szacowane, ale nie zostało udokumentowane w formie pisemnej. Z powyższych powodów nie opracowano procedury zabezpieczenia dokumentacji.*

(akta kontroli str. 369)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentację medyczną prowadzono zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, choć w pięciu spośród 20 zbadanych przypadków (25%) odręczne wpisy lekarza były nieczytelne. Dokumentacja była przechowywana prawidłowo i udostępniana pacjentom bez zbędnej zwłoki. Personel Szpitala przetwarzający dane osobowe pacjentów posiadał stosowne upoważnienia nadane przez administratora.

W ZOZ nie stosowano szyfrowania dokumentacji medycznej przekazywanej pocztą elektroniczną pacjentom lub osobom upoważnionym, co zwiększało ryzyko ujawnienia/naruszenia danych osobowych i było działaniem nierzetelnym. Nie zostały opracowane procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym dostępu oraz przechowywania, a także nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzania tym ryzykiem.

#### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

1. W ZOZ nie zostały wprowadzone odrębne pisemne procedury regulujące zagadnienia związane z przestrzeganiem prawa pacjenta do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i pobytu pacjenta w szpitalu. Przebieg udzielania świadczeń szpitalnych w ZOZ reguluje rozdział VII regulaminu organizacyjnego, w tym jego część pt. „Proces diagnostyczno-leczniczo-pielęgnacyjny”. Zapisy regulaminu organizacyjnego, a także regulaminów wewnętrznych oddziałów nie odnoszą się wprost do zagadnień związanych z prawem do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjęte w ZOZ rozwiązania organizacyjne wynikające z powyższych regulaminów nie zawierają elementów, które mogłyby sprzyjać naruszeniu tego prawa.

(akta kontroli str. 189-195, 324-336)

W trakcie kontroli dokonano oględzin sal na trzech oddziałach szpitalnych: Wewnętrznym, Ginekologiczno-Położniczym oraz Chirurgii Ogólnej. Na oddziałach tych nie wystąpiły problemy z rozmieszczeniem pacjentów. Wszyscy pacjenci hospitalizowani w Szpitalu przebywali na salach oddziałów. Nie wystąpiły przypadki

hospitalizacji na korytarzach szpitalnych. Liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych salach wynosiła od jednego do pięciu, a część z nich pozostawała niezajęta.

Na Oddziale Wewnętrznym znajdowało się 13 sal chorych, w tym 11 posiadało bezpośredni dostęp do węzła sanitarnego w postaci kabiny prysznicowej oraz toalety.

Na Oddziale Chirurgii Ogólnej znajdowało się 11 sal chorych, w tym cztery sale posiadały bezpośredni dostęp do węzła sanitarnego w postaci kabiny prysznicowej oraz toalety.

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym znajdowało się osiem sal chorych, w tym cztery posiadały bezpośredni dostęp do węzła sanitarnego w postaci kabiny prysznicowej oraz toalety. Pacjenci przebywający w salach nieposiadających bezpośredniego dostępu do węzła sanitarnego mieli dostęp do ogólnodostępnych łazienek (WC oraz kabina prysznicowa) w poszczególnych Oddziałach.

Wszystkie pomieszczenia na oddziałach (sale chorych, sanitariaty i węzły sanitarne) były w dobrym stanie technicznym i sanitarnym. Na każdym oddziale kartę gorączkową pacjenta umieszczano w zabudowanej z obu stron (nieprzeźroczystej) teoczce, zawieszanej na łóżku chorego.

(akta kontroli str. 337-340)

W ZOZ nie opracowano odrębnego regulaminu/procedury odwiedzin. Sprawy odwiedzin regulują regulaminy wewnętrzne poszczególnych oddziałów, w których ujęto godziny odwiedzin, liczbę osób jednocześnie odwiedzających pacjenta w sali chorych, okoliczności ograniczenia odwiedzin lub rozszerzenia godzin odwiedzin. Informacje o godzinach odwiedzin znajdowały się na drzwiach wejściowych oddziałów oraz na tablicy ogłoszeń.

(akta kontroli str. 327, 332, 336, 338-340)

2. W Szpitalu nie opracowano wewnętrznych procedur dotyczących zapewnienia prawa do umierania w spokoju i godności.

Naczelną Pielęgniarkę wyjaśniła, że w Szpitalu obowiązuje praktyka, zgodnie z którą *pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym, umierających zawsze umieszcza się w salach jednoosobowych/izolatkach lub salach wieloosobowych bez obecności innych pacjentów.*

(akta kontroli str. 395)

Na każdym z Oddziałów objętych oględzinami znajdowały się pokoje izolatki lub pokoje jednoosobowe, co zapewniało możliwość umieszczania w nich pacjentów w stanie terminalnym.

(akta kontroli str. 337-340)

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

(akta kontroli str. 114-116)

3. W Szpitalu prowadzony jest monitoring miejsc ogólnodostępnych i tylko w takich miejscach zainstalowano kamery i prowadzono rejestrację obrazu. Nagrania z tego monitoringu przechowywane są na dysku przez okres 30 dni, a następnie nadpisywane są na nim kolejne nagrania z monitoringu. Informacje o prowadzeniu monitoringu znajdują się na drzwiach wejściowych na oddziały szpitalne na terenie Szpitala, a także na stronie internetowej ZOZ.

(akta kontroli str. 338-340, 371, 372, 374)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność ZOZ w powyższym zakresie. W Szpitalu zapewniono przestrzeganie prawa pacjenta do intymności i godności

w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i pobytu pacjenta w szpitalu, a także warunki do umierania w spokoju i godności. Wprowadzony w szpitalu system obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami i chronił prywatność pacjenta.

#### **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. Dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
2. Zapewnienie pacjentom, zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów, w zakresie leczenia przeciwbólowego, zgodnie z obowiązującą w Szpitalu Procedurą leczenia bólu.
4. Zobowiązanie pracowników do prowadzenia dokumentacji med. w sposób czytelny.
5. Stosowanie szyfrowania załączników przekazywanych pocztą elektroniczną pacjentom lub osobom upoważnionym.
6. Stosownie do wymogów §1 ust. 5 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:
  - opracowanie i stosowanie udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym dostępu oraz przechowywania;
  - stosowanie systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej, a także zarządzania tym ryzykiem.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli 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  
wykorzystania uwag  
i 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,   grudnia 2023 r.

Kontrolerzy  
Jerzy Stachowiak  
główny specjalista kp.

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

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Magdalena Kaczmarczyk  
specjalista kp.

.....  
*podpis*

Sporządzili:  
Jerzy Stachowiak, główny specjalista kp.  
Magdalena Kaczmarczyk, specjalista kp.

Uzgodniono z:  
Anną Górzyńską, doradca prawny