



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.21.1.2023

Pani
Barbara Stawarz
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
im. Św. Ojca Pio w Przemyślu
ul. Monte Casino 18, 37-700 Przemyśl

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Stawarz, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu ² , od dnia 22 lipca 2020 r. (od dnia 5 listopada 2019 r. pełniła obowiązki Dyrektora Szpitala). Poprzednio funkcję Dyrektora Szpitala pełnił Piotr Ciompa, od dnia 1 czerwca 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1) Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. 2) Przestrzeganie prawa do informacji. 3) Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych. 4) Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych. 5) Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia czynności kontrolnych, także z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler/Kontrolerzy	1. Barbara Lew, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/175/2023 z dnia 3 października 2023 r. 2. Bogusława Sebastianka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/176/2023 z dnia 3 października 2023 r. 3. Krzysztof Pakuła, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/177/2023 z dnia 3 października 2023 r. (akta kontroli: tom I, str. 3-10)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor lub Dyrektor Szpitala.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w okresie objętym kontrolą w Szpitalu zapewniono rzetelny nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Skargi na działalność Szpitala rozpatrywane były według obowiązujących zasad oraz w wymaganym terminie. Zagadnienia dotyczące przestrzegania praw pacjenta stanowiły przedmiot kontroli wewnętrznych przeprowadzonych w Szpitalu, a stwierdzone nieprawidłowości w tym zakresie na bieżąco eliminowano.

W Szpitalu wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji, a regulacje przyjęte w tym zakresie były przestrzegane. Informowano pacjentów o ich prawach i obowiązkach. Regulamin Organizacyjny Szpitala zawierał elementy określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁵. Formularze zgód na wykonanie zabiegów na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej zawierały rzetelne informacje na temat wykonywanych zabiegów, obejmujące oczekiwane korzyści i ryzyka i stanowiły podstawę uzyskania zgód na wykonywanie procedur medycznych.

Pacjentom Szpitala zapewniono odpowiednią dostępność świadczeń m.in. poprzez podejmowanie działań organizacyjnych w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejsze uzyskanie świadczenia. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych, opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i odleżynami oraz stworzono system zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

W Szpitalu sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępniania zawartych w niej danych oraz jej przechowywania był zgodny z ustawą *o prawach pacjenta*⁶, rozporządzeniem *w sprawie dokumentacji*⁷ oraz regulacjami wewnętrznymi. Prowadzona dokumentacja była kompletna oraz zawierała wymagane przepisami elementy. Zapewniono przetwarzanie zawartych w niej danych przez upoważniony do tego personel oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych.

Stwierdzono, że dokumentacja była prowadzona częściowo w systemie elektronicznym oraz całościowo w formie papierowej, co było sprzeczne z przepisem nakazującym prowadzenie dokumentów wchodzących w skład tej dokumentacji albo w formie papierowej, albo elektronicznej.

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zapewniały respektowanie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta. Zapewniono również zachowanie godności pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w salach chorych. Szpital zapewnił pacjentom w stanie terminalnym warunki do umierania w spokoju i godności.

System monitoringu wizyjnego Szpitala funkcjonował zgodnie z prawem, a pacjenci byli o tym prawidłowo informowani.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm., dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm.), dalej: *ustawa o prawach pacjenta*.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.), dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

Opis stanu faktycznego

1.1.

W Szpitalu funkcjonowała *Instrukcja przyjmowania oraz rozpatrywania skarg i wniosków*⁹. Przewidywała ona m.in., że:

- pacjent mógł złożyć skargę/wniosek w formie pisemnej, za pomocą faksu, poczty elektronicznej lub ustnie do protokołu,
- pracownik, któremu Dyrektor Szpitala powierzył czynności merytoryczne załatwianie skarg i wniosków, nadawał niezwłocznie dalszy bieg sprawie,
- ww. pracownik lub powołana komisja¹⁰ mogła zwracać się na piśmie lub za pomocą poczty elektronicznej do kierowników komórek organizacyjnych lub pracowników o dostarczenie materiałów do kompleksowego załatwienia skargi/wniosku z wyznaczeniem terminu na udzielenie odpowiedzi oraz zobowiązano ich, w przypadku niemożności dotrzymania terminu, do złożenia wyjaśnień dotyczących przyczyny i wskazania nowego terminu przekazania odpowiedzi,
- jeżeli załatwienie skargi/wniosku nie wymaga zebrania dowodów, informacji i wyjaśnień, powinny być rozpatrzone i załatwione niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni,
- jeżeli sprawa wymaga badania dokumentacji lub przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, powinna być rozpatrzona i załatwiona nie później niż w ciągu 30 dni,
- w razie braku możliwości załatwienia sprawy w terminie 30 dni Szpital był zobowiązany zawiadomić skarżącego o podjętych czynnościach i przewidywanym terminie jej załatwienia.

W Instrukcji zawarto informacje dotyczące przyjmowania skarg i wniosków przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, Dyrektora i jego zastępców.

W Szpitalu prowadzono Rejestr Skarg i Wniosków, w którym odnotowywano wszystkie sprawy wpływające do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.

W latach 2019-2023 (do 3 października) do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w Szpitalu wpłynęło 184 sprawy, w tym 162 skargi¹¹, które dotyczyły nieprzestrzegania praw pacjenta w Szpitalu i przychodniach przyszpitalnych, tj.:

- w **2019 r.** odnotowano w rejestrze 30 spraw, w tym 21 skarg na działalność Szpitala, sześć skarg na działalność przychodni przyszpitalnych, dwie sprawy były związane z pytaniami od Rzecznika Praw Pacjenta i jedno pytanie od Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka w Krakowie. 20 spraw dotyczyło skarg (zażaleń) m.in. na: personel/działalność Poradni Urazowo-Ortopedycznej i Poradni Neurologicznej, Pogotowia oraz oddziałów Szpitala. Trzy sprawy/skargi dotyczyły roszczeń o odszkodowanie, trzy o ustalenie zdarzenia medycznego, jedna - odmowy przyjęcia pacjenta.
- w **2020 r.** odnotowano 32 sprawy, w tym 22 skargi na działalność Szpitala, osiem skarg na działalność przychodni przyszpitalnych, jedną o ustalenie zdarzenia medycznego i jedną prośbę o przesłanie wyniku badań. Dwie skargi dotyczyły

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 Załącznik do zarządzenia nr 17/2013 i 117/2022 dalej: Instrukcja przyjmowania skarg.

¹⁰ W przypadku skargi na Dyrektora lub zastępcę Dyrektora.

¹¹ W tym 18 skarg uzasadnionych (w 2019 r. 3 skargi, w 2020 r. – 1, 2021 r. – 4, w 2022 r. 3, w 2023 r. 7), 26 skarg uzasadnionych częściowo (w 2019 r. 5 skarg, w 2020 r. – 6, 2021 r. – 5, w 2022 r. 7, w 2023 r. 3), i 118 skarg nie uzasadnionych (w 2019 r. 18 skarg, w 2020 r. – 22, 2021 r. – 25, w 2022 r. 31, w 2023 r. 21).

odszkodowań, pozostałe 28 skarg wniesiono m.in. na: personel/działalność poradni i oddziałów,

- w 2021 r. odnotowano 38 spraw, w tym 18 skarg na działalność Szpitala i 13 skarg na działalność przychodni przyszpitalnych, trzy o ustalenie zdarzenia medycznego i cztery inne sprawy nie będące skargami. Dwie skargi dotyczyły odszkodowań, pozostałe 29 skarg wniesiono na personel/działalność oddziałów i poradni,
- w 2022 r. odnotowano 45 spraw, w tym: 29 skarg na działalność Szpitala, 10 skarg na działalność przychodni przyszpitalnych i sześć innych nie będących skargami, z tego pięć dotyczyło odszkodowań, jedna zdarzenia medycznego, pozostałe 33 skargi wniesiono na personel/działalność oddziałów i poradni,
- w 2023 r. odnotowano 39 spraw, w tym 24 skargi na działalność Szpitala i siedem na działalność przychodni przyszpitalnych, jedną skargę wycofano, jedna dotyczyła zdarzenia medycznego oraz sześć innych spraw nie będących skargami.

Dwie skargi dotyczyły odszkodowań, pozostałe 29 skarg wniesiono m.in. na personel/działalność poradni i oddziałów.

W związku ze wzrostem liczby skarg Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *tendencja wzrostowa skarg w latach 2019-2023 r. podyktowana jest wzrostem świadomości wśród pacjentów o przysługujących im prawach. Podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych pacjenci często wnoszą skargi przygotowując się do wystąpienia z roszczeniami o zapłatę zadośćuczynienia lub odszkodowania do Komisji Orzekania o zdarzeniach medycznych lub sądu. Z oczywistych względów pacjent ma prawo mieć roszczenia, ma prawo mieć wątpliwości i może mieć uwagi, jednakże należy zaznaczyć iż często skargi związane są z nadmiernymi wymaganiami w stosunku do możliwości systemu służby zdrowia. Stąd też można również dopatrywać się niezadowolenia wśród pacjentów i związane z tym skargi. Nie można pominąć również faktu, iż zauważalny był wzrost niezadowolenia wśród pacjentów podczas pandemii wywołanej Covid-19, co w znacznym stopniu powodowało ograniczenia kontaktów z pacjentem, oraz z personelem medycznym.*

Skargi uzasadnione lub częściowo uzasadnione najczęściej związane były z naruszeniem praw pacjenta przez lekarzy i pielęgniarki, tj.:

- w 2019 r.: trzy skargi uzasadnione i pięć skarg częściowo uzasadnionych, z tego: pięć skarg na niewłaściwe zachowanie lekarzy, jedna skarga na niewłaściwe zachowanie pielęgniarki i jedna skarga dotyczyła niewłaściwego wykonania protezy,
- w 2020 r.: jedna skarga uzasadniona i sześć skarg częściowo uzasadnionych z tego trzy na lekarzy, dwie na rejestratorki w Poradni, jedna dotyczyła odmowy przyjęcia na rehabilitację domową i jedna na fizjoterapeutów na oddziale,
- w 2021 r.: cztery skargi uzasadnione i pięć skarg częściowo uzasadnionych, z tego: jedna na „bałagan” w Poradni Urologicznej, jedna na pielęgniarki w punkcie szczepień i jedna na brak organizacji w punkcie szczepień, jedna na rejestratorki w RTG i jedna na długi czas oczekiwania na opis RTG, jedna dotyczyła zgłoszenia szkody, jedna dostępności leku w aptece,
- w 2022 r.: trzy skargi uzasadnione i siedem skarg częściowo uzasadnionych, z tego dwie na rejestratorkę w poradni, cztery na lekarza, jedna udzielania informacji o stanie zdrowia, jedna na nieprzestrzeżenie harmonogramu przyjęć w poradni, jedna na udzielanie świadczeń w poradni, jedna niewykonania zdjęcia RTG podczas badań,
- w 2023 r. (do 3 października 2023 r.): siedem skarg uzasadnionych i 3 skargi uzasadnione częściowo, z tego jedna dotyczyła źle przepisanego leku przez lekarza, dwie na zachowanie lekarza, dwie odmowy rejestracji, jedna na technika laboratorium, jedna braku leku dla pacjentki, jedna dotyczyła transportu pacjenta do domu.

W latach 2019-2023 (do 3 października) do Szpitala wpłynęło 162 skargi, z czego dziewięć skarg dotyczyło Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Jedna z dziewięciu

skarg była zasadna¹², dwie skargi częściowo zasadne¹³ i sześć skarg bezzasadnych. Corocznie na posiedzeniach Rady Społecznej¹⁴ przy Szpitalu przedstawiano i analizowano wnoszone skargi. W protokołach¹⁵ z posiedzeń nie wskazano wniosków z analizy skarg.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Rada Społeczna w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio oprócz przedstawionej analizy zapoznaje się z wnioskami formułowanymi przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta tegoż Szpitala. W oparciu o rozpatrzone skargi oraz wyniki badań jakości Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta i Pełnomocnik ds. Jakości ustalają tematy i zagadnienia, które są omawiane podczas spotkań i szkoleń z personelem oddziałów. Ponadto, w celu poprawy jakości usług świadczonych przez Szpital, na bieżąco przekazywane są informacje do Kierowników Oddziałów o wszelkich nieprawidłowościach. Pozwala to na zwrócenie uwagi o zaistniałych problemach, a co za tym idzie pozwala to na szybszą eliminację problemów zgłaszanych w skargach oraz wynikających z badania jakości usług.*

Zbadano 20 skarg i stwierdzono, że pracownik któremu Dyrektor Szpitala powierzył czynności merytoryczne związane z załatwieniem skarg i wniosków nadawał bieg przedstawionym skargom/wnioskowi do czterech dni od dnia wpływu. W 19 przypadkach skargi rozpatrzono w terminie 30 dni¹⁶. W jednym przypadku termin został przekroczony o 13 dni ze względu na urlop lekarza, na którego wpłynęła skarga. Szpital zgodnie z *Instrukcją przyjmowania skarg* zawiadomił skarżącego o zaistniałej sytuacji, o podjętych czynnościach oraz o przewidywanym terminie załatwienia.

Analiza dokumentacji skarg na działalność Szpitala wykazała, że były one rozpatrywane według zasad określonych w *Instrukcji przyjmowania skarg*, w terminach przewidzianych przepisami art. 237 § 1 *Kpa*.

Informacje o trybie składania skarg wraz z danymi kontaktowymi do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta zamieszczone były na stronie internetowej podmiotu¹⁷.

(akta kontroli: tom I, str. 151-277)

1.2.

W Szpitalu, zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym¹⁸, w celu zbadania jakości usług i przestrzegania praw pacjentów, corocznie przeprowadzano badania satysfakcji pacjenta¹⁹.

W 2019 r. i w 2020 r. przeprowadzono badania na podstawie ankiet rozdawanych w formie papierowej. W ankietach zadawano pytania dotyczące: przyjęcia do Szpitala przez Izbę Przyjęć lub Szpitalny Oddział Ratunkowy, pobytu na oddziale szpitalnym, przyjęcia do oddziału, warunków, samopoczucia podczas pobytu w oddziale, opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej, uprzejmości i zachowania wobec pacjenta pozostałego personelu, wypisu ze Szpitala, oceny pobytu w Szpitalu. Średnia ocena w 2019 r. wynosiła 4,24²⁰, w 2020 r. wynosiła 4,33. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością wyjaśniła, iż wyniki ww. badań były przedstawiane na spotkaniach

¹² Dotyczyła odmowy wystawienia zwolnienia lekarskiego.

¹³ Jedna skarga na zachowanie lekarza, druga dotyczyła zgłoszenia szkody.

¹⁴ Rada Społeczna działa na podstawie ustawy o działalności leczniczej, Statutu i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

¹⁵ Protokoły: nr 29 z dnia 6 marca 2020 r., nr 1 z dnia 25 lutego 2021 r., nr 1 z dnia 29 marca 2022 r. i nr 2 z dnia 20 kwietnia 2023 r.

¹⁶ 10 skarg do 10 dni, 4 skargi do 20 dni i 5 skarg do 30 dni i jedna powyżej 30 dni.

¹⁷ <https://wszp.pl/skargi-i-wnioski/>

¹⁸ Załącznik do zarządzeń nr 116/2016 z dnia 19 października 2016 r. ze zm. § 20 pkt 9 i nr 64/2023 z dnia 20 lipca 2023 r. § 22 ust. 1 pkt 5.

¹⁹ Regulamin Organizacyjny Szpitala § 22 ust. 1 pkt 5.

²⁰ W skali od 1 – najniższa do 5 – najwyższa.

z Dyrekcją Szpitala, a wnioski i zalecenia przekazywano kierownikom oddziałów.

W latach 2021-2023 badanie²¹ prowadzono poprzez narzędzie oceny satysfakcji „Pasat Open - pakiet satysfakcja”, prowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, do którego od lipca 2021 r. został włączony Szpital. W 2023 r. wprowadzono do stosowania również papierową wersję ankiety, z uwagi na trudności w korzystaniu z wersji elektronicznej.

Średnia ocena w 2021 wynosiła 4,20, w 2022 r. - 4,38 i w 2023 r. (do 10 października) - 4,26.

W wyniku badania i analizy danych Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością sformułował wnioski za 2021 r. Odnosił się w nich do problemów i wskazał, że należy objąć doskonaleniem obszary związane: z poprawą opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, komunikacji między pacjentem a personelem, zwiększeniem udziału psychologa w opiece nad pacjentami, poszanowaniem godności i intymności. Zwrócił również uwagę, iż z Oddziału Chorób Dzieci z Pododdziałem Pulmonologii Dziecięcej zwrócono niewiele ankiet (4 szt.), opinie we wszystkich przypadkach były negatywne, co skłaniało do monitorowania sytuacji w Oddziale.

W analizie za 2022 r. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością sformułował wnioski dotyczące: posiłków wydawanych na oddziałach, trudności związanych w rejestracją telefoniczną, szczególnie w poniedziałki, oceny ryzyka i profilaktyki żywej choroby zakrzepowo-zatorowej oraz poprawy opieki i warunków bytowych podczas hospitalizacji.

W 2023 r. (do 2 listopada) z przeprowadzonych badań jakości usług Oddziału Chorób Dzieci z Pododdziałem Pulmonologii Dziecięcej wynikała znaczna poprawa w opiece nad pacjentami w porównaniu do roku 2022, a satysfakcja z opieki lekarzy z 50% wzrosła do 68%, z opieki pielęgniarek z 50% wzrosła do 74%, brak zastrzeżeń do personelu z 40% wzrósł do 93%, satysfakcja z przekazu informacji od lekarza z 50% do 54%, odczucie przygnębienia spadło z 83% na 63%, satysfakcja dot. zmniejszenia bólu z 60% wzrosło do 84%, satysfakcja z poprawy żywienia z 17% do 72% oraz wzrosła liczba ankiet, w których odnotowano brak uwag do warunków pobytu w szpitalu z 20% do 83%.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach realizowanego projektu „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” przygotowało i udostępniło broszurę/przewodnik dla rodzin i bliskich osób odwiedzających pacjentów w oddziałach intensywnej terapii.

(akta kontroli: tom I, str.278-354)

1.3.

W latach 2019-2023 (do 14 listopada) w Szpitalu przeprowadzonych zostało 96 kontroli²² zewnętrznych. Żadna kontrola nie obejmowała problematyki przestrzegania praw pacjenta.

W latach 2019-2023 (do 6 listopada) przeprowadzono 72 kontrole wewnętrzne m.in. dotyczące prawidłowości i dostępności informacji związanych z prawami pacjenta.

W 2020 r. przeprowadzono 10 kontroli. W jednym oddziale²³ odnotowano brak regulaminu praw i obowiązków pacjenta. Zalecono uzupełnienie brakujących informacji na tablicy informacyjnej. W pozostałych oddziałach nie było wniosków w kontrolowanym temacie.

W 2021 r. przeprowadzono 23 kontrole. W dwóch oddziałach²⁴ stwierdzono brak

²¹ W 2021 r. od stycznia do lipca, ze względu na pandemię Covid-19 nie przeprowadzono badań ankietowych. Badanie przeprowadzono od 22 lipca 2021 r. Od 2022 r. badanie w formie elektronicznej.

²² W 2019 r. – 25 kontroli, w 2020 r. - 20 kontroli, 2021 r. – 18 kontroli, w 2022 r. – 21 kontroli, w 2023 r. – 12 kontroli.

²³ Oddział Dermatologii.

²⁴ Onkologicznym z Pododdziałem Diennej Chemioterapii i Obserwacyjno – Zakaźnym.

regulaminu praw i obowiązków pacjenta na tablicy informacyjnej, w jednym przypadku²⁵ stwierdzono brak opasek identyfikacyjnych u pacjentów. Zalecono uzupełnienie brakujących informacji oraz zaopatrzenie pacjentów w opaski identyfikacyjne.

W 2022 r. przeprowadzono 24 kontrole. W jednym przypadku²⁶ stwierdzono brak informacji na tablicy informacyjnej²⁷, w trzech przypadkach²⁸ na oddziałach była nieaktualna informacja o zapobieganiu wypadkom. Zalecono uaktualnienie powyższych informacji.

W 2023 r. przeprowadzono 15 kontroli. W jednym przypadku stwierdzono, że na łózkach pacjentów umieszczono niedozwolone karty gorączkowe²⁹, w dwóch przypadkach stwierdzono brak opasek identyfikacyjnych u części pacjentów. W zaleceniach pokontrolnych nakazano usunąć karty gorączkowe i zaopatrzyć pacjentów w opaski identyfikacyjne.

Naczelną Pielęgniarką Szpitala wyjaśniła, że stwierdzone podczas kontroli wewnętrznych nieprawidłowości były na bieżąco omawiane i usuwane, ewentualnie wyznaczano termin ich usunięcia. W ciągu tygodnia następowała weryfikacja³⁰ wykonanych działań. Znajdowało to również odzwierciedlenie w kolejnych protokołach.

(akta kontroli: tom I, str. 355-494)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działania Szpitala w zakresie rozpatrywania skarg, badania satysfakcji pacjentów oraz reakcji na ustalenia kontroli wewnętrznych. Rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów oraz przestrzegano uregulowań wewnętrznych obowiązujących w tym zakresie. Analizowano również problematykę zgłaszanych skarg celem ich prawidłowego wyjaśnienia oraz poprawy działania Szpitala w zaskarżanym temacie, odpowiedzi skarżącym udzielano w terminach określonych przepisami.

Badania ankietowe w zakresie satysfakcji pacjentów wykazały wysoki wskaźnik osób pozytywnie oceniających poziom świadczeń realizowanych przez Szpital. Wnioski sformułowane na podstawie tych badań były na bieżąco realizowane.

Przeprowadzone kontrole wewnętrzne obejmowały m.in. zagadnienia dotyczące przestrzegania praw pacjenta. Stwierdzone podczas tych kontroli nieprawidłowości były na bieżąco eliminowane.

OBSZAR

2. Przestrzeganie prawa do informacji.

Opis stanu
faktycznego

2.1.

W celu ustalenia stanu faktycznego przeprowadzono oględziny tablic informacyjnych i innych ogólnodostępnych miejsc w szpitalu pod kątem udostępnienia informacji o prawach pacjenta. Oględzin dokonano w:

²⁵ Oddziały Kardiologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej, Pododdziałem Kardiochirurgii.

²⁶ W Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

²⁷ „Tablica informacyjna dla pacjentów niekompletna”.

²⁸ W Oddziałach: Dermatologicznym, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Ginekologiczno – Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej.

²⁹ W Oddziale Kardiologii z Pododdziałem IKN i KI. Umieszczanie takich kart jest obecnie niedozwolone ze względu na ochronę danych osobowych oraz danych wrażliwych.

³⁰ Czynności te były odnotowywane w notesie Naczelną Pielęgniarki.

- Oddziale Kardiologicznym i Pododdział Nadzoru Kardiologicznego z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej,
- Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej,
- Oddziale Urologii z Pododdziałem Urologii Onkologicznej,
- Oddziale Onkologicznym z Pododdziałem Diennej Chemioterapii oraz na korytarzach Szpitala.

Na oddziałach poddanych oględzinom informacje o prawach pacjenta umieszczone były w miejscach ogólnodostępnych, najczęściej w pobliżu wejścia, na korytarzach w miejscach dużego ruchu pacjentów. Tablice umieszczono na wysokości pozwalającej na odczytanie informacji. Prawa pacjenta oraz *Instrukcja przyjmowania skarg* były przypięte w niższych partiach tablic w „koszulkach” z możliwością zabrania do czytania przez pacjenta.

Na stronie internetowej Szpitala³¹ w zakładce „ABC Pacjenta” umieszczone były informacje dotyczące m.in.: przyjęcia i wypisu ze Szpitala, odwiedzin, praw i obowiązków pacjenta, pełnomocnika ds. pacjenta, skarg i wniosków, udostępniania dokumentacji medycznej.

W zakładce „O Szpitalu”, w folderze RODO, znajdowały się klauzule informacyjne oraz wzory zgód na leczenie.

(akta kontroli: tom I, str. 496-522)

2.2.

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określono wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*.

(akta kontroli: tom I, str. 529-571)

2.3.

Na stronie internetowej Szpitala znajdowały się certyfikaty otrzymane przez Szpital. Dostępna była również ankieta³² (opisana w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia), w której można było wziąć udział, wyrazić opinie oraz odczytać jej wyniki. Znajdowały się tam również podziękowania i gratulacje dla pracowników Szpitala.

(akta kontroli: tom I, str. 572-578)

2.4.

W Regulaminie Praw i Obowiązków Pacjenta, w § 9 określono prawo³³ do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub do odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji o korzyściach, zagrożeniach m.in. o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach oraz rokowaniu leczenia.

Zgoda oraz sprzeciw mogły być wyrażone w formie ustnej albo poprzez zachowanie osób w sposób niebudzący wątpliwości odnośnie woli poddania się czynnościom związanym z badaniem lub udzielaniem innych świadczeń zdrowotnych.

W przypadku zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda miała być wyrażona w formie pisemnej.

Na stronie internetowej Szpitala³⁴ znajdowały się formularze przypisane do poszczególnych Oddziałów, które były dostosowane do rodzajów zabiegów, z nazwą procedury medycznej lub zabiegu.

³¹ <https://wszp.pl/>.

³² <https://wszp.pl/?s=ankiety>.

³³ w tym małoletni, który ukończył 16 lat.

³⁴ <https://wszp.pl/rodo/>.

Dokonano analizy 10 historii chorób z formularzami zgód³⁵ na zabieg podwyższonego ryzyka operację. Zgody dotyczyły Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej i pochodziły z ostatniego miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie czynności kontrolnych.

Stwierdzono, iż we wszystkich przypadkach zgody/formularze dostosowane były do konkretnej choroby i pacjenta zawierały: imię i nazwisko pacjenta, nazwę procedury medycznej lub zabiegu, opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta, opis proponowanej procedury medycznej lub operacji, opis innych metod leczenia, opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją, opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta³⁶, opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych, opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia oraz oświadczenie pacjenta.

Pacjent po zapoznaniu się powyższymi informacjami podpisem potwierdzał zgodę na wykonanie operacji zabiegu lub miał też możliwość wyrażenia sprzeciwu i podpisanie formuły: *nie zgadam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.*

Wszystkie formularze zawierały datę ich podpisania. Data ta była wcześniejsza niż data przeprowadzonego zabiegu.

(akta kontroli: tom I, str. 579-602)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital informował pacjentów o ich prawach i obowiązkach wynikających z ustawy *o prawach pacjenta* poprzez wywieszenie informacji na tablicach ogłoszeń na korytarzach i oddziałach Szpitala.

Regulamin organizacyjny Szpitala zawierał elementy określone w ustawie *o działalności leczniczej*.

Formularze zgód na wykonanie zabiegów na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, podpisywane przez pacjentów, zawierały szczegółowe informacje na temat wykonywanych zabiegów.

OBSZAR

3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

3.1.

Szpital posiadał Księgę rejestrową nr 0000000010152. W okresie objętym kontrolą dokonano wpisu, który dotyczył utworzenia nowej jednostki Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej. Wpisu do księgi rejestrowej dokonano z zachowaniem terminu określonego w art. 107 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*.

(akta kontroli: tom II, str. 3-6, tom III, str. 2-207)

W wyniku weryfikacji funkcjonowania jednostek/komórek organizacyjnych Szpitala zawartych w księdze rejestrowej, ustalono że jednostki: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa z siedzibą przy ul. Monte Cassino 18 w Przemyślu oraz Pracownia

³⁵ Świadoma zgoda pacjenta na zabieg operacyjny (formularz F-PM-3/4), oraz w poszczególnych przypadkach (dostosowane są do konkretnej operacji) świadome zgody na: kolonoskopię (F-PM-3/16), gastrofiberoskopię (F-PM-3/15), polipektomię endoskopową F-PM-3/17), resekcję prawej połowy okrężnicy (F-PM-3/CHIR 18), znieczulenie (F-PM-3/5), przetaczanie krwi (załącznik nr 7.6 do SOP nr 1). Zgody na przeprowadzenie zabiegu podpisywane były przez osoby pełnoletnie.

³⁶ W formularzu miejsce przeznaczone do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem.

Elektroradiologii z siedzibą przy ul. Sportowej 6 w Przemyśle nie figurują w regulaminie organizacyjnym, natomiast widnieją jako aktywne jednostki w księdze rejestrowej Szpitala.

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach wskazała, że *wskazane jednostki nie istnieją jako samodzielne jednostki i w dniu 8 listopada 2023 r. zostały wykreślone z księgi rejestrowej Szpitala.*

(akta kontroli: tom III, str. 208-209, 210-222)

3.2.

Szpital udostępnił pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz pozostałe informacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁷.

Ogłędziny trzech oddziałów szpitalnych³⁸ oraz miejsc ogólnodostępnych (korytarze Szpitala) wykazały, że w Szpitalu umieszczono wewnątrz budynku informacje dotyczące m.in.: imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń - także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania; miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodziła potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców; trybu składania skarg i wniosków; praw pacjenta; zasad potwierdzania prawa do świadczeń; adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego; adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ; adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca mógł uzyskać informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej, a także informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Powyższe informacje umieszczone były na tablicach informacyjnych ww. oddziałów oraz miejsc ogólnodostępnych Szpitala.

(akta kontroli: tom I, str. 496-522, tom II, str. 3-19)

3.3.

Liczba pacjentów, którzy nie zgłosili się na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w trzech oddziałach szpitalnych, w których według stanu na 31 grudnia z okresu 2019 – 2022 wystąpiła największa liczba oczekujących, przedstawiała się następująco:

- **w 2019 r.:**

- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 2378 79 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 3,3% pacjentów hospitalizowanych³⁹;

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.).

³⁸ Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej; Oddział Urologiczny z Pododdziałem Urologii Onkologicznej; Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii.

³⁹ Pacjentów hospitalizowanych na Oddziale w danym roku (przypadki stabilne).

- Oddział Okulistyczny (zabiegi w zakresie soczewki oka): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 2057, 37 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 1,8% pacjentów;

- Oddział Rehabilitacyjny: liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 350, 14 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 4% pacjentów;

- w 2020 r.:

- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 1804, 27 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 1,5% pacjentów;

- Oddział Okulistyczny (zabiegi w zakresie soczewki oka): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 858, z 42 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 4,9% pacjentów;

- Oddział Rehabilitacyjny: liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 186, trzech pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 1,6% pacjentów;

- w 2021 r.:

- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 1785, 215 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 12% pacjentów;

- Oddział Okulistyczny (zabiegi w zakresie soczewki oka): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 982, 54 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 5,5% pacjentów;

- Oddział Kardiologiczny (Koronarografia): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 3295, 37 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 1,1% pacjentów;

- w 2022 r.:

- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 1978, 93 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 4,7% pacjentów;

- Oddział Okulistyczny (zabiegi w zakresie soczewki oka): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 1264, 93 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 7,3% pacjentów;

- Oddział Kardiologiczny (Koronarografia): liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 3349, 19 pacjentów nie zgłosiło się na Oddział, co stanowiło 0,6% pacjentów.

Liczba pacjentów, którzy nie zgłosili się do trzech analizowanych poradni przyszpitalnych, w których według stanu na 31 grudnia z okresu 2019 – 2022, wystąpiła największa liczba oczekujących, przedstawiała się następująco:

- w 2019 r.:

- Poradnia Chirurgii Naczyniowej: liczba pacjentów wyniosła 4678 (przypadki stabilne), 147 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 3,1% wszystkich pacjentów⁴⁰;

- Poradnia Urazowo – Ortopedyczna dla Dorosłych (Sportowa): liczba pacjentów wyniosła 8398, 183 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 2,2% pacjentów;

- Poradnia Okulistyczna: liczba pacjentów wyniosła 4013, z czego 124 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 3,1% pacjentów;

- w 2020 r.:

- Poradnia Chirurgii Naczyniowej: liczba pacjentów wyniosła 4245 (przypadki stabilne), 729 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 17,2% wszystkich pacjentów;

- Poradnia Gastroenterologiczna: liczba pacjentów wyniosła 3129, 598 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 19,1% pacjentów;

- Poradnia Okulistyczna: liczba pacjentów wyniosła 5720, 989 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 17,3% pacjentów;

⁴⁰ Pacjentów, którym udzielono porady w Poradni w danym roku.

- **w 2021 r.:**

- Poradnia Urologiczna: liczba pacjentów wyniosła 9348 (przypadki stabilne), 1292 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 13,8% pacjentów;

- Poradnia Urazowo – Ortopedyczna dla Dorosłych: liczba pacjentów wyniosła 10 754, 1556 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 14,5% pacjentów;

- Poradnia Okulistyczna: liczba pacjentów wyniosła 5493, 728 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 13,2% pacjentów;

- **w 2022 r.:**

- Poradnia Chirurgii Naczyniowej: liczba pacjentów wyniosła 5585, 926 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 16,6% pacjentów;

- Poradnia Urazowo – Ortopedyczna dla Dorosłych: liczba pacjentów wyniosła 10 012, 1638 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 16,4% pacjentów;

- Poradnia Gastroenterologiczna: liczba pacjentów wyniosła 4211, 679 nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 16,1% pacjentów.

W Szpitalu, w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia m.in. wdrożono elektroniczny system rejestracji pacjentów oraz możliwość powiadamiania pacjentów o wizytach za pomocą SMS. W poradniach, gdzie były takie możliwości, poprawiono dostępność poprzez zwiększenie liczby godzin pracy lekarzy.

Prowadzone w analizowanych oddziałach szpitalnych i poradniach listy osób oczekujących były na bieżąco weryfikowane. Pacjenci byli niezwłocznie informowani, dostępnymi środkami komunikacji, o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta lekarz wyrażał zgodę na przyjęcie na oddział w dniu zgłoszenia lub na wyznaczenie wcześniejszego terminu świadczenia. W przypadku zgłoszenia przez pacjenta rezygnacji z wizyty w wyznaczonym terminie, na to miejsce wpisywany był następny pacjent z listy oczekujących lub wpisywano pacjenta, który zgłosił się wcześniej ze względu na pogorszenie stanu zdrowia.

Działania Szpitala w powyższym zakresie były zgodne z art. 20 ust. 1, 7 i 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴¹.

(akta kontroli: tom II, str. 20-36, 90-91)

3.4.

Szpital umożliwił pacjentom elektroniczną rejestrację do poradni specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej za pomocą portalu PSIM⁴². Pacjenci o przebiegu rejestracji (termin i miejsce wizyty) powiadamiani byli SMS-em lub wiadomością mailową. Drugą możliwością rejestracji była rejestracja telefoniczna, po której pacjent był powiadamiany o terminie wizyty za pomocą SMS. Również za pomocą wiadomości SMS lub telefonicznie pacjent był informowany o zmianach w kolejce oczekujących, w tym o zmianie terminu wizyty.

W latach 2019 – 2022 w Szpitalu wzrastał odsetek pacjentów rejestrujących się na wizyty do poradni przyszpitalnych drogą elektroniczną, co przedstawiało się następująco: w 2019 r. – 0,08%, w 2020 r. – 0,1 %, w 2021 r. – 0,2 % i w 2022 – 0,4 %.

(akta kontroli: tom II, str. 22-33)

⁴¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze m., dalej ustawa o świadczeniach.

⁴² Podkarpacki System Informacji Medycznej (<https://psim.podkarpackie.pl>)

3.5.

W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu, wynikające z art. 20a ustawy o *prawach pacjenta*, na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny prowadził systematyczny monitoring natężenia bólu, znajdujący odzwierciedlenie w prowadzonej dokumentacji medycznej (monitoring w wersji elektronicznej).

Dyrektor Szpitala, zarządzeniem nr 25/2017 z dnia 20 lutego 2017 r., wprowadził procedurę PM-16 *Ocenia natężenia bólu i prowadzenia terapii przeciwbólowej*. Celem procedury było określenie sposobu oceny natężenia bólu i terapii przeciwbólowej u pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych. Efektem tych działań – wg zarządzenia - miała być poprawa jakości opieki nad pacjentem.

Analiza dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano leczenie przeciwbólowe (*Karta oceny natężenia bólu, Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich*) wykazała, że:

- pomiary natężenia bólu dokonywane przez lekarza/pielęgniarkę odnotowywano w *Karcie oceny natężenia bólu*;

- lekarz, na podstawie uzyskanego wyniku natężenia bólu, ustalał proces leczenia bólu w *Indywidualnej Karcie Zleceń Lekarskich*.

Wpisy w ww. dokumentacji medycznej potwierdzały systematyczny monitoring natężenia bólu i wdrażanie leczenia. W Szpitalu przestrzegano obowiązującej procedury dot. oceny natężenia bólu i prowadzenia terapii przeciwbólowej.

(akta kontroli: tom II, str. 37-53, 68-89)

3.6.

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę PM-12 *Opieka pielęgniarska nad pacjentem zagrożonym wystąpieniem odleżyn oraz nad pacjentem z odleżyną*⁴³. Celem procedury było zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjentów zagrożonych oraz skuteczne leczenie powstałych zmian odleżynowych.

Procedura obejmowała swoim zakresem wszystkich pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn oraz pacjentów z odleżynami. Każdy pacjent przy przyjęciu, jak i przy wypisie, musiał mieć odnotowane w dokumentacji medycznej występowanie lub brak odleżyn.

Zgodnie z przyjętą procedurą u pacjenta nowoprzyjętego oceniane było ryzyko zagrożenia powstaniem odleżyn wg skali Norton⁴⁴. Pacjentowi, który uzyskał 14 punktów lub mniej zakładana była *Karta Oceny Ryzyka Zagrożeń Odleżynami*. Karta dostępna była w elektronicznej wersji dokumentacji medycznej w zakładce *Dokumentacja medyczna – typ dokumentu*.

Zgodnie z cyt. procedurą u pacjenta z grupy podwyższonego ryzyka raz na dobę oceniano stopień ryzyka wystąpienia odleżyn oraz podejmowano działania z zakresu profilaktyki przeciwoodleżynowej, tj.: dbanie o czystość skóry, zapobieganie podrażnieniu skóry, zmianę pozycji ciała chorego co 2 godziny lub częściej, w zależności od stanu pacjenta.

Zgodnie z procedurą, pacjentowi z odleżyną zakładana była *Karta Obserwacji i Leczenia Chorego z Odleżynami*. Pielęgniarka/położna raz na dobę określała stopień odleżyny wg skali Torrance'a oraz rozległość w mm i umiejscowienie odleżyny. Dalszy sposób postępowania uzależniony był od stopnia zaawansowania odleżyny.

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu funkcjonował Zespół ds. profilaktyki odleżyn pod kierunkiem Koordynatora ds. Profilaktyki Przeciwoodleżynowej (dalej: Zespół).

⁴³ Wprowadzona zarządzeniem Nr 80/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 27 lipca 2015 r.

⁴⁴ Skala Norton (od 1-4 punktów) skala do oceny ryzyka występowania odleżyn.

Do zadań Zespołu należała m.in. analiza i opiniowanie wyników prowadzonej profilaktyki i leczenia odleżyn raz na kwartał. Wnioski wynikające z analizy pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn były przekazywane przez Pielęgniarkę Naczelną na odprawie pielęgniarek oddziałowych, po otrzymaniu dokumentacji od Zespołu.

W Szpitalu prowadzone były kwartalne i roczne analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn⁴⁵. Wnioski wynikające z analizy pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn były przekazywane przez Pielęgniarkę Naczelną na odprawie pielęgniarek oddziałowych i służyły ocenie skuteczności opieki pielęgniarskiej w tym zakresie.

Analiza dokumentacji pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn wykazała, że przestrzegano obowiązującej w Szpitalu procedury dotyczącej profilaktyki i leczenia odleżyn.

W latach 2019 – 2023 (do 30 września) w Szpitalu profilaktyką przeciwoleżynową objętych zostało od 24% do 33,1% hospitalizowanych pacjentów, a leczeniem odleżyn od 2,6% do 4,3% pacjentów, co przedstawiało się następująco:

- w 2019 r. na 37 433 pacjentów hospitalizowanych, profilaktyką przeciwoleżynową objęto 8974 pacjentów (24%), a leczeniem odleżyn 960 pacjentów (2,6%);
- w 2020 r. na 27 142 pacjentów hospitalizowanych, profilaktyką przeciwoleżynową objęto 8792 pacjentów (32,4%), a leczeniem odleżyn 1182 pacjentów (4,3%);
- w 2021 r. na 29 371 pacjentów hospitalizowanych, profilaktyką przeciwoleżynową objęto 9728 pacjentów (33,1%), a leczeniem odleżyn 1278 pacjentów (4,3%);
- w 2022 r. na 32 656 pacjentów hospitalizowanych, profilaktyką przeciwoleżynową objęto 9 983 pacjentów (30,6%), a leczeniem odleżyn 1144 pacjentów (3,5%);
- w 2023 r. (do 30 września) na 26 037 pacjentów hospitalizowanych, profilaktyką przeciwoleżynową objęto 7830 pacjentów (30,1%), a leczeniem odleżyn 881 pacjentów (3,4%).

(akta kontroli: tom II, str. 54-67, 92-221)

3.7.

W Szpitalu wdrożono system monitorowania zdarzeń niepożądanych, którego zasady regulowała *Polityka Bezpieczeństwa Pacjenta i Zarządzania Ryzykiem Zdarzeń Niepożądanych w Szpitalu*⁴⁶. Osobą odpowiedzialną za wprowadzenie w Szpitalu Systemu Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych był Dyrektor Szpitala.

Polityka Bezpieczeństwa określała zasadę poufności, kategorie zdarzeń niepożądanych, ochronę personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym, powoływanie Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych, metody analizy zdarzeń niepożądanych oraz zasady postępowania w tym wdrażanie działań naprawczych i edukacyjnych.

Celem Polityki Bezpieczeństwa było zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów przebywających w Szpitalu poprzez identyfikację, analizę i redukcję zdarzeń niepożądanych oraz wskazanie najczęściej występujących zagrożeń w opiece nad pacjentem i podejmowanie działań naprawczych w celu zmniejszenia ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych.

⁴⁵ Na koniec każdego kwartału i roku sporządzane były zestawienia uwzględniające liczbę pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych oddziałach oraz liczbę i odsetek pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn.

⁴⁶ Wprowadzona zarządzeniem nr 7/2018 Dyrektora z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie wdrożenia Polityki Bezpieczeństwa Pacjenta i Zarządzania Ryzykiem Zdarzeń Niepożądanych w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, dalej: Polityka Bezpieczeństwa.

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, odnotowano następującą liczbę zdarzeń niepożądanych: w 2019 r. – 102, w 2020 r. – 33, w 2021 r. – 30, w 2022 r. – 47 i w 2023 r. (do 30 września) – 27.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wzrost zgłaszalności zdarzeń niepożądanych w 2022 roku związany był ze wzrostem zaangażowania personelu po cyklu szkoleń zwiększających świadomość personelu na temat korzyści wynikających z wprowadzania mechanizmów zapobiegających i naprawczych. Analiza zdarzeń niepożądanych prowadzona była na bieżąco bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia, które wg przyjętej kategoryzacji zostało zakwalifikowane do analizy.

Analiza 10 przypadków wystąpienia zdarzeń niepożądanych wykazała, że:

- zdarzenia niepożądane w Szpitalu dotyczyły głównie: upadku pacjenta na oddziale, samowolnego oddalenia z SOR, pomyłki w podaniu leku (niewłaściwa dawka lub pacjent), samowolnego usunięcia cewnika przez pacjenta;
- każdorazowo powoływany był Zespół ds. analizy zdarzenia niepożądane;
- analizy zdarzeń niepożądanych dokonywano bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia, w oparciu o zgromadzoną dokumentację i podejmowano działania naprawcze.

Postępowanie Szpitala w ww. przypadkach dotyczących zdarzeń niepożądanych było zgodne z przyjętą w tym zakresie procedurą.

Wyniki analizy i propozycje działań naprawczych przedstawiane były Dyrektorowi Szpitala i pracownikom komórki organizacyjnej, w której doszło do zdarzenia. W przypadkach, gdy zdarzenie mogłoby potencjalnie wydarzyć się w innej komórce organizacyjnej, działania naprawcze dotyczyły również tych komórek np. szkolenie z realizacji zleceń lekarskich i zasad podawania leków.

(akta kontroli: tom II, str. 222-330)

3.8.

W latach 2019 – 2023 w Szpitalu nie było przypadków korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia⁴⁷, nie było również przypadków składania przez lekarzy oświadczeń o zamiarze skorzystania z klauzuli sumienia odnośnie sytuacji, które wystąpią w przyszłości.

(akta kontroli: tom II, str. 222-227)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W księdze rejestrowej Szpitala ujęto dwie komórki organizacyjne, tj.: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa oraz Pracownia Elektroradiologii. Komórki te nie funkcjonowały i nie figurowały w regulaminie organizacyjnym Szpitala.

Dyrektor Szpitala, w wyniku podjętych w trakcie kontroli NIK działań, doprowadziła do wykreślenia przez Wojewodę Podkarpackiego z księgi rejestrowej niefunkcjonujących komórek organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli: tom III, str. 208-209, 210-222)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK Szpital zapewnił pacjentom odpowiednią dostępność świadczeń. Szpital udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania

⁴⁷ Szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

świadczeń oraz pozostałe informacje określone w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Szpital podejmował działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia. Zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach, Szpital umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych, opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i odleżynami oraz stworzono system zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Stwierdzona nieprawidłowość polegała na niezgodności księgi rejestrowej Szpitala ze stanem faktycznym w zakresie dwóch нефункционujących komórek organizacyjnych. Wykreślenia tych komórek z księgi rejestrowej dokonano w trakcie kontroli NIK.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1.

W latach 2019 – 2023 w Szpitalu dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych prowadzona była w wersji papierowej i elektronicznej.

W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę PM-11 *Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej*⁴⁸.

Celem procedury było określenie sposobu prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Analiza dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. wykazała, że:

- dokumentacja spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o *prawach pacjenta*, tj. 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, datę sporządzenia oraz zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- wpisy dokonywane były w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, z oznaczeniem osoby, która go dokonała (§ 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji);
- strony dokumentacji w postaci papierowej były numerowane, stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość (§ 6 ust. 1 ww. rozporządzenia), a pierwsze strony dokumentacji zawierały oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- system teleinformatyczny, w którym prowadzona była dokumentacja medyczna wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu, a także zapewniał informację o czasie sporządzenia dokumentacji (§ 1 ust. 6 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji);

⁴⁸ Wprowadzona Zarządzeniem Nr 84/2019 Dyrektora z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie wprowadzenia procedury PM-11 pt. *Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej*, ze zmianami. Poprzednio obowiązywało Zarządzenie Nr 1/2016 Dyrektora z dnia 4 stycznia 2016 r. w sprawie wprowadzenia procedury *Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej*.

- w dokumentacji zawarte były zgody i oświadczenia pacjenta wymagane przepisami § 8 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji*, o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji innej osobie, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej oraz o wyrażeniu zgody na ewentualny zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko.

(akta kontroli: tom II, str. 331-393)

4.2.

Warunki udostępniania dokumentacji medycznej określono w regulaminie organizacyjnym oraz w procedurze PM-11 *Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej*.

Pacjenci i opiekunowie prawni byli informowani o prawie wglądu do dokumentacji medycznej poprzez podpisanie oświadczenia pacjenta przy przyjęciu do Szpitala.

Weryfikacja wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej odbywała się poprzez:

- sprawdzenie zgodności danych z dokumentem tożsamości pacjenta;
- w przypadku innej osoby zwracającej się o udostępnienie dokumentacji pacjenta sprawdzenie czy osoba ta została wskazana przez pacjenta, jako osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej, bądź posiada upoważnienie pacjenta lub ma dokument potwierdzający, że pacjent złożył upoważnienie w innym podmiocie leczniczym.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpiły przypadki żądania udostępnienia dokumentacji drogą elektroniczną, dokumentacja medyczna pacjentów udostępniana była bezpośrednio lub pocztą tradycyjną za potwierdzeniem odbioru.

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala oraz ww. procedurze określono m.in. zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, według których wysokość opłat za:

- jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosiła 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
- jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wynosiła 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
- sporządzenie wyciągu odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wynosiła 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Wysokość opłat podawana była w okresach kwartalnych po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego przeciętnego wynagrodzenia w formie zarządzenia Dyrektora Szpitala.

Zgodnie z ww. regulacjami opłat nie pobierano w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy.

Dokumentacja medyczna mogła być udostępniona w następujących formach: do wglądu, poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów i kopii z dokumentacji papierowej oraz wydruku z dokumentacji elektronicznej lub kopii wyników badań na nośnikach elektronicznych.

Analiza przypadków udostępniania dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. wykazała, że:

- pacjenci, opiekunowie prawni oraz osoby wskazane przez pacjenta byli informowani o prawie wglądu do dokumentacji medycznej;

- udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, tj. w terminie do dziewięciu dni od daty wpływu wniosku;

- wysokość pobieranych opłat z tytułu udostępniania dokumentacji była zgodna z obowiązującymi przepisami, w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy, opłat nie pobierano;

Regulacje wewnętrzne bądź praktyka szpitalna nie ograniczały sposobu składania wniosku o udostępnienie dokumentacji, np. jedynie do formy pisemnej.

Dokumentacja medyczna udostępniania była zgodnie z ustawą o *prawach pacjenta* oraz przyjętymi w Szpitalu regulacjami wewnętrznymi.

(akta kontroli: tom I, str. 539-571, tom II, str. 331-391, 393)

4.3.

W latach 2019 – 2023 w Szpitalu obowiązywały procedury zabezpieczania dokumentacji elektronicznej, zgodnie z § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*. Zasady te zostały opisane w procedurze tworzenia i przechowywania kopii baz danych, opisanej w *Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym Służącym do Przetwarzania Danych Osobowych*, wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala. W Szpitalu obowiązywały również procedury zabezpieczania dokumentacji papierowej, co opisano w pkt 4.1. i 4.2. niniejszego wystąpienia.

Kopie zapasowe danych tworzone na bieżąco na taśmach, w razie potrzeby dodatkowo na dyskach. Nośniki z kopiami dziennymi i tygodniowymi były przechowywane w zamkniętym pomieszczeniu, poza serwerownią, zabezpieczonym szyfrem. Aktualizacja oprogramowania odbywała się na bieżąco na podstawie umów nadzoru autorskiego podpisywanych corocznie z dostawcą oprogramowania, zapewniających dostęp do najnowszych wersji oprogramowania, tj. zgodnie z § 1 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*.

Każda osoba przetwarzająca dane osobowe posiadała stosowne, wydane przez Szpital (administratora danych) upoważnienie do przetwarzania danych oraz szczegółowe uprawnienia do wykonywania czynności tylko w zakresie niezbędnym na swoim stanowisku pracy.

Dokumentacja prowadzona w formie papierowej przechowywana była w gabinetach lekarskich w przystosowanych do tego celu szafach. Po zakończeniu leczenia, karta wypisowa wraz historią choroby przekazywana była przez sekretarkę medyczną do archiwum.

W Szpitalu w ramach kontroli zarządczej systematycznie stosowano szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej oraz zarządzanie tym ryzykiem, tj. zgodnie z §1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*.

(akta kontroli: tom II, str. 331-377, 395-433)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Stwierdzono, że w Szpitalu dokumentacja medyczna prowadzona była częściowo w formie elektronicznej, jednocześnie całość dokumentacji medycznej prowadzono w formie papierowej. W formie elektronicznej prowadzono m.in.: historię choroby - przyjęcie do Szpitala, kartę informacyjną (wypisową), wywiad lekarski, obserwacje lekarskie, wyniki badań laboratoryjnych, opisy badań radiologicznych, konsultacje, informacje dla lekarza POZ, kartę statystyczną ogólną, e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Zgodnie z § 1 ust. 1-3 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*, placówki medyczne udzielające świadczeń zdrowotnych prowadzą dokumentację medyczną w postaci

elektronicznej (§ 1 ust. 1). Dokumentacja może być prowadzona również w postaci papierowej, jeżeli przepisy rozporządzenia tego wymagają lub jeśli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 2). Dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (§ 1 ust. 3).

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że część dokumentacji medycznej prowadzona jest w formie elektronicznej przy jednoczesnym prowadzeniu dokumentacji w formie papierowej, ze względu na ograniczenia systemu informatycznego. Szpital po pełnym dostosowaniu systemu informatycznego będzie prowadził całość dokumentacji w formie elektronicznej.

(akta kontroli: tom II, str. 331-393, 427-440)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępniania zawartych w niej danych oraz jej przechowywania był zgodny z ustawą o prawach pacjenta, rozporządzeniem w sprawie dokumentacji oraz regulacjami wewnętrznymi. Prowadzona dokumentacja była kompletna oraz zawierała wymagane przepisami elementy. Zapewniono przetwarzanie zawartych w niej danych przez upoważniony do tego personel oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych, a także udostępnianie bez zbędnej zwłoki.

Stwierdzono, że dokumentacja była prowadzona częściowo w systemie elektronicznym oraz całościowo w formie papierowej, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

5.1.

Zasady przeprowadzania badań i wywiadów z pacjentami, przekazywania im informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym i rokowaniach w Szpitalu zostały sformalizowane w procedurze PM-3 *Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, jego prawach i obowiązkach oraz zasady uzyskiwania zgody na przyjęcie i leczenie w szpitalu/poradni/zakładzie*.

(akta kontroli: tom III, str. 223-247)

Oględziny wybranych oddziałów szpitalnych wykazały, że warunki pobytu pacjentów oraz zastosowane rozwiązanie postępowania z kartami gorączkowymi, zapewniały poszanowanie prawa pacjentów do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i były zgodne z regulacjami wewnętrznymi obowiązującymi w Szpitalu.

(akta kontroli: tom III, str. 248-267)

5.2.

Realizacja prawa pacjenta w stanie terminalnym do umierania w spokoju i godności było przedmiotem procedury PM-18 *Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych w oddziałach szpitalnych*⁴⁹. Ustalono, że do Szpitala nie wpłynęły skargi rodzin pacjentów, przedmiotem których było nierespektowanie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności.

⁴⁹ Wprowadzona zarządzeniem nr 104/2022 z dnia 17.05.2022.

5.3.

Na terenie Szpitala funkcjonował monitoring wizyjny wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora⁵⁰, na podstawie którego wprowadzono regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu⁵¹, regulujący zasady rejestrowania obrazu oraz sposób postępowania ze zgromadzonymi danymi. Według postanowień wskazanego regulaminu, okres przechowywania informacji zgromadzonych w wyniku pracy rejestratora wizyjnego wynosi 3 miesiące. Po jego upływie nagrania podlegają zniszczeniu. Monitoring wizyjny Szpitala obejmował wyłącznie pomieszczenia ogólnodostępne. Fakt objęcia terenu Szpitala monitoringiem wizyjnym komunikowano pacjentom w postaci informacji pisemnej o treści „Obiekt monitorowany”, umiejscowionej przy każdym wejściu do Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli: tom III, str. 274-304)

Stwierzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zapewniały respektowanie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności.

Prawo pacjenta do zachowania intymności podczas hospitalizacji ujęto w wewnętrznych procedurach opracowanych jako element systemu zarządzania jakością. W Szpitalu zapewniono odpowiednie warunki techniczne dające rękojmię poszanowania prawa pacjentów do intymności i godności. Szpital zapewnił, pacjentom w stanie terminalnym, warunki do umierania w spokoju i godności.

System monitoringu wizyjnego Szpitala funkcjonował zgodnie z prawem, a pacjenci byli o tym prawidłowo informowani.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań zmierzających do prowadzenia dokumentacji medycznej w takiej formie, by dany dokument był prowadzony albo w formie papierowej, albo elektronicznej.

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 Rzeszowie. 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.

⁵⁰ Zarządzenie nr 248/21 Dyrektora Szpitala z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

⁵¹ Regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

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 wniosku pokontrolnego 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.

Rzeszów, dnia 4 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy
Barbara Lew
starszy inspektor kontroli państwowej

/-/

Bogusława Sebastianka
starszy inspektor kontroli państwowej

/-/

Krzysztof Pakuła
główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/