



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.21.3.2023

Paweł Pikul
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Strzyżowie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Pikul, Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie ² od 29 października 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Bolesław Kazelski od 21 grudnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.2. Przestrzeganie prawa do informacji.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych.
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
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Maciej Pilecki, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/157/2023 z dnia 7 września 2023 r.2. Roman Chrząszcz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/158/2023 z dnia 7 września 2023 r.

(akta kontroli str.1-8)

¹ Dalej: ZOZ. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym w skład ZOZ wchodziły: Szpital Powiatowy w Strzyżowie (dalej: Szpital), Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy z Pracownią Fizjoterapii oraz Przychodnia Powiatowa. Kontrolą objęto Szpital Powiatowy w Strzyżowie. W pkt 3 i 4 obszaru 4 wystąpienia pokontrolnego, kontrolą objęto również Przychodnię Powiatową pod względem podejmowania przez pracowników ZOZ działań organizacyjnych w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia oraz prowadzenia rejestracji elektronicznej, monitorowania statusu na liście oczekujących oraz powiadamiania o terminie udzielania świadczenia.

² Dalej: Dyrektor.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK w okresie objętym kontrolą w Szpitalu zapewniono rzetelny nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Skargi na działalność tej placówki 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 w tym zakresie były przestrzegane. ZOZ informował pacjentów o ich prawach i obowiązkach. Regulamin Organizacyjny ZOZ zawierał elementy określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁵. Formularze zgód na wykonanie zabiegów na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym nie zawierały rzetelnej informacji na temat wykonywanych zabiegów, która powinna stanowić 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 im wcześniejszego uzyskania 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.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez pracowników Szpitala była kompletna oraz zawierała elementy wymagane przez ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁶ i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁷. Dokumentacja była prowadzona częściowo w systemie elektronicznym oraz całościowo w formie papierowej.

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zapewniały respektowanie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta. Zapewniono również zachowanie godności pacjentów poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w salach chorych, oraz ich anonimowości poprzez niezamieszczanie przy łóżkach pacjentów informacji zawierających ich dane osobowe. Pacjentów w stanie terminalnym umieszczano w salach jednołóżkowych zapewniając im warunki umierania w spokoju i godności.

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.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm. Dalej: ustawa o prawach pacjenta.

⁷ Dz.U. z 2022 r. poz. 1304.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

Opis stanu faktycznego

1. W ZOZ funkcjonowała „Instrukcja postępowania ze skargą/wnioskiem pacjenta”, zatwierdzona przez Dyrektora w dniu 21 listopada 2018 r. Przewidywała ona m.in., że:

- pacjent mógł złożyć wniosek/skargę w formie ustnej (osobiście lub telefonicznie) pisemnej lub elektronicznej,
- po zapoznaniu się z wnioskiem/skargą, Dyrektor przeprowadzał postępowanie wyjaśniające, w tym zobowiązywał kierownika działu lub pracownika, którego dotyczyła skarga, do niezwłocznego złożenia wyjaśnień na piśmie,
- po sprawdzeniu okoliczności zdarzenia oraz zapoznaniu się z wyjaśnieniami pracowników, sporządzana była odpowiedź na wniosek/skargę w formie pisemnej – przewidziany czas na udzielenie odpowiedzi ustalono na 30 dni,
- w przypadku, gdy sprawa ujęta we wniosku/skardze była skomplikowana i wielowątkowa lub dotyczyła kilku spraw, Dyrektor był uprawniony do przedłużenia terminu udzielenia odpowiedzi ponad 30 dni, zawiadamiając o tym wnoszącego skargę/wniosek, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia sprawy.

W Instrukcji zawarto informacje dotyczące ustnego składania skarg do Dyrektora i jego Zastępcy, w tym wskazano dni, godziny i miejsce składania skarg oraz zamieszczono wykaz aktów prawnych regulujących ww. kwestie.

Do dnia 22 września 2023 r. strona internetowa ZOZ nie zawierała informacji dotyczących przyjmowania, ewidencjonowania skarg/wniosków oraz trybu ich rozpatrywania.

W trakcie kontroli w dniu 22 września 2023 r. na stronie internetowej Szpitala⁹ zamieszczono informacje dotyczące możliwości składania skarg i wniosków na działalność ZOZ, zasady ich rozpatrywania oraz treść ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Ogłędziny przeprowadzone w Szpitalu wykazały, że na tablicach ogłoszeń poszczególnych oddziałów oraz Izby Przyjęć, były zamieszczone informacje dotyczące składania wniosków/skarg przez pacjentów, stosownie do wymagań pkt VII/10 ww. Instrukcji.

(akta kontroli str. 9-11, 40-41, 145-167)

W okresie objętym kontrolą do Dyrektora wpłynęło 17 skarg, w tym trzy skargi dotyczące działalności Szpitala¹⁰. Skargi na działalność Szpitala dotyczyły obszaru nieprzestrzegania praw pacjenta.

Pierwsza skarga złożona emailem przez pacjenta 3 lipca 2020 r. do Dyrektora, dotyczyła wypisu pacjenta ze Szpitala, pomimo braku wykonania badań gastrokopii. W dniu 9 lipca 2020 r. Dyrektor wiadomością email poinformował skarżącego

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 <http://www.zozstrzyzow.pl/pl/pages/dla-pacjenta>

¹⁰ Pozostałe skargi dotyczyły działalności innych komórek organizacyjnych ZOZ m.in.: Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Poradni Alergologicznej, Poradni Urazowo-Ortopedycznej, Zespołu Ratownictwa Medycznego. W okresie objętym kontrolą, nie wpływały skargi od pacjentek Oddziału Ginekologicznego Szpitala, na sposób jego funkcjonowania.

o możliwości skorzystania z pomocy lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, który w uzasadnionym przypadku skieruje pacjenta do Szpitala, a w przypadku nasilonych objawów chorobowych może zgłosić się na Izbę Przyjęć Szpitala. Widomością email 9 września 2020 r. skarżący ponownie domagał się dalszego leczenia i wykonania badań.

Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych Szpitala wyjaśniła, że pacjent ten w okresie od 1-3 lipca 2020 r. był hospitalizowany w Oddziale Chirurgii Szpitala i został wypisany z powodu niestosowania się do zaleceń. W dniu 6 lipca 2020 r. był zaopatrywany w Izbie Przyjęć i nie wymagał hospitalizacji.

Druga skarga została przekazana przez pacjentkę i jej małżonka w dniu 3 czerwca 2022 r. do Dyrektora. Skarżący wskazywali, że na Izbie Przyjęć, a następnie na Oddziale Chirurgii Szpitala, podczas wymiany sączka w kolanie dokonano większego nacięcia, lecz do tego zabiegu nie podano znieczulenia, co wiązało się z ogromnym bólem. Skarga ta do Dyrektora została również przekazana 7 czerwca 2022 r. przez Starostę Strzyżowskiego. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego ustalono, że świadczenia zdrowotne na rzecz tego pacjenta wykonano zgodnie z obowiązującymi procedurami i w sposób prawidłowy. Podanie znieczulenia ogólnego przy pierwszym zabiegu nie było możliwe z uwagi na fakt, że pacjent nie był na czczo. Zastosowano znieczulenie miejscowe przy pomocy chlorku etylu w aerozolu. Skargę uznano za niezasadną. Odpowiedzi przekazano do osób skarżących i do Starosty Strzyżowskiego w dniu 20 czerwca 2022 r.

Skarga w powyższym zakresie 5 września 2022 r. została przekazana do Dyrektora przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie. Odpowiedź, o treści podobnej jak skierowana wcześniej do osób skarżących i Starosty Strzyżowskiego, do Biura Rzecznika przekazano 12 września 2022 r.

Trzecia skarga została przekazana przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w dniu 22 września 2022 r. i dotyczyła niewłaściwego zachowania personelu medycznego Oddziału Chirurgicznego oraz niewłaściwych decyzji medycznych oraz zaniedbań ze strony tego personelu. Pacjent w złożonej skardze zarzucał, że podczas pobytu na ww. Oddziale, przewrócił się na wózek, a po upadku podczas udzielanej mu pomocy, uszkodzony został mu bark. Mimo tego został wypisany ze Szpitala. W odpowiedzi przekazanej do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w dniach 14 i 17 października 2022 r. Dyrektor stwierdził, że skarga była bezzasadna i odbiegająca od stanu faktycznego. Dyrektor wskazał, że świadczenia zdrowotne na rzecz tego pacjenta wykonano zgodnie z procedurami i prawidłowo. Przeprowadzone postępowanie wyjaśniające potwierdziło, że skarżący naruszał zasady obowiązujące pacjentów szpitalnych. Postępowanie wyjaśniające wykazało, że personel Szpitala nie naruszył zasad udzielania świadczeń zdrowotnych.

Analiza dokumentacji skarg na działalność Szpitala wykazała, że były one rozpatrywane według zasad określonych w ww. Instrukcji oraz w terminach przewidzianych przepisami art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*¹¹.

(akta kontroli str. 9-39)

Dyrektor wyjaśnił, że każda skarga była szczegółowo analizowana przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa i kierowników komórek organizacyjnych. Zastępca ds. Lecznictwa każdorazowo przeprowadzał rozmowy dyscyplinujące z personelem komórki, której dotyczy. Dyrektor wskazał, że nie była prowadzona pisemna dokumentacja z powyższych rozmów, jednakże problematyka skarg omawiana była na spotkaniach Dyrektorów z kierownikami komórek organizacyjnych ZOZ.

¹¹ Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm., Dalej: Kpa.

2. ZOZ nie posiadał procedur wewnętrznych regulujących kwestie badania satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe w powyższym zakresie przeprowadzane były cyklicznie, w 2019 r. przeprowadzono dwa badania, a w latach 2020 – wrzesień 2023 po jednym badaniu w roku. Badania w każdym roku przeprowadzono wśród pacjentów Oddziałów Szpitala: Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym, Ginekologicznego, a w drugim badaniu przeprowadzonym w 2019 r. badaniem objęto pacjentów ww. Oddziałów i dodatkowo Izby Przyjęć Szpitala¹².

W poszczególnych latach badania przeprowadzono w takim samym zakresie. Obejmowały zagadnienia dotyczące:

- przyjęcia do placówki (sprawność załatwienia formalności oraz uprzejmość i życzliwość personelu),
- opieki lekarskiej (uprzejmość i życzliwość lekarzy oraz przekazywanie informacji o stanie zdrowia i planowanym leczeniu),
- opieki pielęgniarskiej (uprzejmość i życzliwość pielęgniarek, szybkość reagowania na wezwanie, sprawność wykonywania zabiegów, poszanowanie godności i intymności pacjenta podczas zabiegów pielęgniarskich),
- warunków sanitarno-higienicznych w oddziale (czystość w oddziale, czystość w łazienkach, uprzejmość personelu sprząającego),
- diety i posiłków (czas podawania posiłków, jakość posiłków),
- diagnostyki (uprzejmość personelu pracowni diagnostycznych),
- oceny ogólnej (poziom świadczonych usług medycznych).

Poziom usług medycznych świadczonych w Szpitalu oceniło jako dobry odpowiednio: 85% i 70% respondentów w 2019 r., a w kolejnych latach odpowiednio: 92%, 96%, 98% i 87% respondentów. Pozostali ankietowani poziom świadczonych usług ocenili jako przeciętny, zły lub nie mieli zadania w tej kwestii.

W badaniu udział wzięło: 383 pacjentów w pierwszym badaniu 2019 r. i 324 w drugim badaniu 2019 r., a w kolejnych latach odpowiednio: 231, 81, 122 i 134 pacjentów. Stanowiło to odpowiednio: 6,6% i 5,9% w 2019 r., a w kolejnych latach odpowiednio: 5%, 1,5% 2,2% i 3,5 % osób hospitalizowanych w ww. oddziałach¹³.

Na podstawie wyników badań ankietowych, sformułowano wnioski dotyczące¹⁴:

- w 2019 r.: systematycznego nadzoru pielęgniarki epidemiologicznej i pielęgniarek oddziałowych nad czystością toalet i łazienek, szkoleń personelu sprząającego w zakresie utrzymania czystości w oddziałach, przeprowadzania rozmów dyscyplinujących (w zakresie uprzejmości personelu, większego jego zaangażowania, podawania większej ilości informacji o stanie zdrowia, zlecenia większej ilości badań diagnostycznych),
- w 2020 r.: systematycznego nadzoru oraz szkolenia personelu sprząającego, przeprowadzenia rozmów dyscyplinujących z personelem (niemiła obsługa sekretariatu w oddziale, jaśniejszy przekaz informacji o stanie zdrowia),
- w 2022 r.: zlecenia sekcji technicznej kontroli łazienek szpitalnych pod względem uzupełnienia braków zamknięć w toaletach oraz naprawy nefunkcjonujących urządzeń sanitarnych,

¹² W Szpitalu oprócz ww. Oddziałów funkcjonował Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ze względu na stan zdrowia pacjentów leczonych w tym Oddziale, nie przeprowadzono tam badań ankietowych.

¹³ W 2023 r. liczbę osób hospitalizowanych w oddziałach przyjęto według stanu na 30 września 2023 r.

¹⁴ Na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w 2021 r., ze względu na brak uwag ze strony ankietowanych pacjentów, nie formułowano wniosków.

- w 2023 r.: według stanu na 25 września 2023 r. wnioski nie zostały sformułowane, ponieważ Dział Statystyki Szpitala nie zakończył analizy ankiet dotyczących poradni specjalistycznych i rehabilitacji leczniczej.

Celem realizacji ww. wniosków przeprowadzono szkolenia dla personelu sprząającego Szpital na temat prawidłowego utrzymania czystości i stanu sanitarno-epidemicznego pomieszczeń oraz szkolenia dla sekretarek medycznych z zakresu życzliwego i przyjaznego przyjęcia pacjenta. Również pracownicy sekcji technicznej przeprowadzili przegląd pomieszczeń sanitarnych i usunęli występujące usterki.

(akta kontroli str. 45-122, 137-143)

3. W okresie 2019 r. – wrzesień 2023 r., w ZOZ zostały przeprowadzone 22 kontrole zewnętrzne¹⁵. Nie obejmowały one zagadnień dotyczących przestrzegania praw pacjenta.

W ww. okresie w Szpitalu przeprowadzono 31 kontroli wewnętrznych, w tym 29 kontroli, które obejmowały zagadnienia dotyczące przestrzegania praw pacjenta (z tego: osiem w 2019 r., po pięć w 2020 r. i 2021 r, siedem w 2022 i cztery w 2023 r.¹⁶). Kontrole te przeprowadzane były przez Pielęgniarkę Naczelną oraz Pielęgniarkę Epidemiologiczną w obecności pielęgniarek oddziałowych kontrolowanych oddziałów.

W 12 kontrolach wewnętrznych stwierdzono nieprawidłowości w funkcjonowaniu oddziałów, obejmujące zagadnienia przestrzegania praw pacjenta, w tym m.in. dotyczące:

- braku planu pielęgnowania pacjenta,
- braku podpisów koordynatora w kartach okołoperacyjnych,
- braku adnotacji i wpisów w karcie informacyjnej,
- niewłaściwych wskazówek pielęgniarskich Oddziału Chirurgii,
- braku możliwości dostosowania wszystkich sal do izolacji pacjenta,
- utrudnionych kontaktów z rodziną ze względu na okres pandemii,
- ograniczonego dostępu kapelana szpitalnego w okresie pandemii - tylko do pacjentów w stanie ciężkim.

Naczelna Pielęgniarka ZOZ wyjaśniła, że stwierdzone podczas kontroli wewnętrznych nieprawidłowości były na bieżąco omawiane i usuwane lub wyznaczano termin ich usunięcia. Czynności te nie były dokumentowane.

(akta kontroli str. 42-44, 123-136)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie działania Dyrektora dotyczące nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta w Szpitalu.

Rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin na działalność jednostki oraz przestrzegano uregulowań wewnętrznych obowiązujących w tym zakresie. Analizowano również problematykę zgłaszanych skarg celem ich prawidłowego wyjaśnienia, a odpowiedzi skarżącym udzielano w terminach określonych przepisami *Kpa*.

¹⁵ Z tego: 16 w 2019 r., jedna w 2020 r., dwie w 2021 r., trzy w 2022 r. Kontrole te przeprowadzane były w szczególności przez: Inspekcję Sanitarną, Podkarpacki Wojewódzki Oddział NFZ, Ministra Zdrowia, Państwową Inspekcję Pracy, Wojewodę Podkarpackiego, Marszałka Województwa Podkarpackiego.

¹⁶ Do dnia kontroli mniejszego zagadnienia, tj. do 25 września 2023 r.

Cyklicznie prowadzone badania ankietowe w zakresie satysfakcji pacjentów wykazały wysoki wskaźnik osób pozytywnie oceniających usługi świadczone w Szpitalu. Wnioski sformułowane na podstawie tych badań były na bieżąco realizowane.

W jednostce przeprowadzano kontrole wewnętrzne, które obejmowały zagadnienia dotyczące przestrzegania praw pacjenta. Stwierdzone podczas tych kontroli nieprawidłowości były na bieżąco omawiane i eliminowane.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Prawo do informacji.

1. Oględziny przeprowadzone w Szpitalu wykazały, że w holu Izby Przyjęć na tablicy informacyjnej oraz w okienkach obsługi pacjentów znajdowała się *Karta Praw i Obowiązków Pacjenta* zawierająca informacje o prawach pacjenta zawartych w ustawie o prawach pacjenta. Powyższe informacje były również udostępnione na tablicach informacyjnych trzech Oddziałów Szpitalnych poddanych oględzinom¹⁷. ZOZ nie zamieszczał informacji o prawach pacjenta na swojej stronie internetowej. W dniu 22 września 2023 r. na stronie internetowej Szpitala zamieszczono treść ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

(akta kontroli str. 145-167, 396-400)

2. Obowiązujący w ZOZ Regulamin Organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*, w tym m.in.:

- strukturę organizacyjną ZOZ,
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych,
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 192-247)

3. Na stronie internetowej ZOZ zamieszczone zostały informacje dotyczące zakresu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez ZOZ. Ponadto w zakładce dla pacjenta zawarto informację o prowadzonej akcji „dobry posiłek w szpitalu”, a od 22 września 2023 r. zamieszczono także informacje dotyczące możliwości składania skarg i wniosków.

Na stronie internetowej ZOZ nie znajdowały się informacje o posiadanych przez Szpital certyfikatach, czy spełnianych normach.

(akta kontroli str. 40-41, 248)

4. Szpital posiadał wewnętrzne procedury uzyskiwania zgód pacjenta na wykonanie zabiegu. W oddziale ginekologii zgody były dedykowane do poszczególnych rodzajów zabiegów, natomiast w oddziale chirurgii z pododdziałem urazowo-ortopedycznym obowiązywał jeden rodzaj zgody na zabiegi operacyjne.

Zgody na badania diagnostyczne były dedykowane poszczególnym rodzajom badań. Wykorzystywane formularze dotyczyły, m.in. zgód na:

- znieczulenie,
- wyłyżeczkowanie jamy macicy,
- leczenie operacyjne niezłośliwych zmian chorobowych szyjki macicy,
- leczenie operacyjne nietrzymania moczu,
- wycięcie macicy,

¹⁷ Oddziały: Chirurgii, Ginekologii oraz Chorób Wewnętrznych.

- leczenie operacyjne mięśniaków macicy drogą laparotomii,
- wykonanie próby wysiłkowej serca.

Powyższa procedura zawierała również wytyczne co do sposobu postępowania:

1. Pisemna zgoda to podpis pacjenta na „karcie zgody i odmowy”, z odpowiednią adnotacją o rodzaju zabiegu, czynnościach pielęgnacyjnych, na której jest data, godzina, podpis pacjenta, lekarza i pielęgniarki.
2. Jeżeli pacjent nie ma możliwości wyrażania swojej woli (chory nieletni do 16 roku życia, nieprzytomny, chory psychicznie lub ubezwłasnowolniony) decyzję podejmuje rodzic lub opiekun prawny.
3. Następstwa odmowy wykonania lub wstrzymania leczenia mają być zawsze starannie objaśnione pacjentowi lub jego prawnemu opiekunowi.
4. Podtrzymywana decyzja odmowy jest dokumentowana wpisem w „karcie zgody i odmowy”. Pacjent jest każdorazowo informowany o skutkach odmowy.
5. Jeżeli pacjent nie ma możliwości wyrażania swojej woli w stanach zagrożenia życia decyzję podejmuje lekarz dyżurny dokonuje wpisu w historię choroby, podając powód niemożności wyrażania woli przez pacjenta, wykazując konieczność natychmiastowego wykonania zabiegu.

Analizie poddano 10 wypełnionych formularzy zgód na przeprowadzenie zabiegu¹⁸. Wszystkie formularze zawierały datę ich podpisania. Data ta była wcześniejsza niż data przeprowadzonego zabiegu.

W przypadku formularzy dotyczących zabiegów przeprowadzonych na Oddziale Ginekologii, wszystkie zawierały informacje o tym, na czym miałyby polegać podejmowane czynności. Zawierały informacje o metodzie leczenia operacyjnego, o dających się przewidzieć następstwach operacji i możliwych powikłaniach, oraz o przeprowadzeniu rozmowy z lekarzem.

Analizowane formularze z Oddziału Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym, były uniwersalne niezależnie od planowanego zabiegu.

(akta kontroli str. 40-41, 249-268)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z art. 9 ust. 1-2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, *pacjent ustawowy ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie posiadanymi przez nią uprawnieniami.*

Analizie poddano m.in. sześć formularzy wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Formularze te były takie same bez względu na rodzaj planowanego zabiegu. Nie wskazywały one rzeczywistych informacji dla pacjenta związanych z planowanym zabiegiem. Zawierały jedynie ogólne zapisy o tym, że pacjent zastał poinformowany o:

- skutkach zabiegu i płynących z niego korzyściach,

¹⁸ Doboru próby dokonano wśród zabiegów dokonanych w sierpniu 2023 r. - czterech formularzy z Oddziału Ginekologii oraz sześciu z Oddziału Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym. Wszystkie wylosowane zgody na przeprowadzenie zabiegu podpisywane były przez osoby pełnoletnie.

- o tym, że zabieg stwarza dla pacjenta podwyższone ryzyko,
- prawie do żądania, aby lekarz nie udzielał pacjentowi informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, oraz możliwych metodach diagnostycznych.

Dyrektor wyjaśnił, że w SP ZOZ w Strzyżowie są wprowadzone zgody pacjentów na zabiegi operacyjne i badania diagnostyczne.

W oddziale ginekologii zgody są dedykowane do poszczególnych rodzajów zabiegów. W oddziale chirurgii z pododdziałem urazowo-ortopedycznym obowiązuje jeden rodzaj zgody na zabiegi operacyjne.

Zgody na badania diagnostyczne są dedykowane poszczególnym rodzajom badań.

W ocenie NIK podstawą świadomego wyrażenia zgody przez pacjenta jest uzyskanie przystępnej informacji dotyczącej proponowanego sposobu leczenia, oczekiwanych korzyści, ryzyka i skutków odległych. Zgoda powinna zatem dotyczyć wskazanego rodzaju zabiegu, na temat którego pacjent uzyskał tego rodzaju informację.

(akta kontroli str. 40-41, 249-271)

OCENA CZĄSTKOWA

ZOZ informował pacjentów o ich prawach i obowiązkach wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez wywieszenie odpowiednich informacji na tablicach ogłoszeń w holu Izby Przyjęć oraz na Oddziałach Szpitala.

Regulamin Organizacyjny ZOZ zawierał elementy określone w ustawie o działalności leczniczej.

Jednakże ustalono, że formularze zgód na wykonanie zabiegów podpisywane przez pacjentów na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym, nie zawierały rzetelnej informacji na temat wykonywanych zabiegów, która powinna stanowić podstawę uzyskania zgód na wykonywanie procedur medycznych.

OBSZAR

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego ZOZ, w skład Szpitala wchodziły m.in. następujące komórki organizacyjne:

- Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii,
- Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urazowo - Ortopedycznym i Pracownią Endoskopii,
- Oddział Ginekologii,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Blok Operacyjny,
- Izba Przyjęć,
- Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią EKG,
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z Bankiem Krwi,
- Dział Farmacji Szpitalnej,
- Centralna Sterylizacja,
- Pracownia Tomografii Komputerowej.

Analiza zapisów Księgi Rejestrowej ZOZ¹⁹ wykazała, że zakres świadczeń udzielanych w Szpitalu był zgodny z wpisem w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego. W trakcie trwania czynności kontrolnych w ZOZ nie dokonywano zmian w księdze rejestrowej ZOZ.

Ogłędziny przeprowadzone w Szpitalu potwierdziły, że funkcjonowały w nim komórki organizacyjne opisane w księdze rejestrowej oraz regulaminie organizacyjnym ZOZ,

¹⁹ Księga rejestrowa – stan na dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych w jednostce, tj. 8 sierpnia 2023 r.

takie jak:

- Bank Krwi,
- Zakład Diagnostyki Obrazowej,
- Centralna Sterylizacja,
- Dział Farmacji Szpitalnej,
- Pracownia Tomografii Komputerowej.

(akta kontroli str. 192-247, 272-395)

2. Oględziny dwóch Oddziałów Szpitala, tj.: Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, oraz Izby Przyjęć przeprowadzone w trakcie niniejszej kontroli NIK wykazały, że na tablicy ogłoszeń znajdującej się w Izbie Przyjęć znajdowały się informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także informacje na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Na oddziałach Szpitala zamieszczone były informacje dotyczące: imion i nazwisk osób kierujących ich pracą.

Na tablicach informacyjnych oddziałów oraz Izby Przyjęć zamieszczone były:

- adres oraz numery telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ,

- adres i numer 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.

Zamieszczenie tych informacji było zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰.

(akta kontroli str. 395)

3. W latach 2019-2022 na trzech wybranych oddziałach Szpitala liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta do Szpitala na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej przedstawia się następująco:

1. Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym:

- w 2019 r. liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła 696 osób, z czego 64 pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 9,2% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 459 osób, z czego 14 pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 3,05% pacjentów,
- w 2021 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 390 osób, z czego 14 pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 3,59%% pacjentów,
- w 2022 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 370 osób, z czego 15 pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 4,05% pacjentów.

2. Oddział Ginekologii:

- w 2019 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 18 osób, z czego dwóch pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 11,11% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 21 osób, z czego trzech pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 14,29% pacjentów,
- w 2021 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 25 osób. Nie

²⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194.

wystąpiły przypadki skreślenia pacjentów z powodu niezgłoszenia się,
- w 2022 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 34 osoby Nie wystąpiły przypadki skreślenia pacjentów z powodu niezgłoszenia się.

3. Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii:

- w 2019 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 20 osób, z czego dwóch pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowił 10% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem wyniosła 22 osoby, z czego dwóch pacjentów nie zgłosiło się do Szpitala, co stanowiło 9,09% pacjentów,
- w 2021 r. i 2022 r. nie wystąpiły przypadki skreślenia pacjentów z listy.

4. Poradnia Kardiologiczna:

- w 2019 r. liczba pacjentów wyniosła 210 osób, z czego 34 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 16,19% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 157 osób, z czego 10 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 6,37% pacjentów,
- w 2021 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 211 osób, z czego 18 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 8,53%% pacjentów,
- w 2022 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 203 osób, z czego 18 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 8,87% pacjentów.

5. Poradnia Urazowo-Ortopedyczna:

- w 2019 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 860 osób, z czego 114 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 13,26% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 748 osób, z czego 67 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 8,96% pacjentów,
- w 2021 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 565 osób, z czego 70 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 12,39%% pacjentów,
- w 2022 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 802 osób, z czego 84 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 10,47% pacjentów.

6: Poradnia Endokrynologiczna:

- w 2019 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 251 osób, z czego 21 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 8,37% pacjentów,
- w 2020 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 212 osób, z czego 12 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 5,66% pacjentów,
- w 2021 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 196 osób, z czego 15 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 7,65%% pacjentów,
- w 2022 r. liczba pacjentów ogółem wyniosła 177 osób, z czego 10 pacjentów nie zgłosiło się do Poradni, co stanowiło 5,65% pacjentów.

W Szpitalu, w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia, podejmowano następujące działania:

- w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lekarz wyrażał zgodę na przyjęcie na Oddział w dniu zgłoszenia, ewentualnie na wyznaczenie wcześniejszego terminu,
- w przypadku zgłoszenia przez pacjenta rezygnacji z wizyty w wyznaczonym terminie, na to miejsce zapisywany był pacjent z adnotacją pilne lub zapisywano pacjenta, który miał wyznaczony termin, ale zgłosił się wcześniej ze względu na pogorszenie stanu zdrowia,
- w sytuacji zatrudnienia nowego lekarza w pierwszej kolejności informowany był pacjent z adnotacją pilne. W przypadku braku zgody na zmianę terminu lub lekarza, informowani byli pacjenci o możliwości wcześniejszego przyjęcia.

Działania pracowników Szpitala w tym 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 publicznych²¹.

(akta kontroli str. 401-403)

4. W działającej w ramach ZOZ Przychodni Powiatowej, pacjenci mieli możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną do Poradni Specjalistycznych, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz byli powiadamiani o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia.

Liczba pacjentów rejestrujących się do poradni drogą elektroniczną była znikoma. Do Poradni Kardiologicznej w latach 2019-2022 zarejestrowały się drogą elektroniczną łącznie trzy osoby, do Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 10, natomiast do Poradni Endokrynologicznej sześć osób.

(akta kontroli str. 404-406)

5. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą oceny i skuteczności leczenia bólu, każdy pacjent w chwili przyjęcia do oddziału miał uzyskiwać informację o prowadzeniu leczenia i monitorowaniu bólu w Szpitalu. W trakcie prowadzonej rozmowy pacjentowi miała być przekazywana ulotka informacyjna, dotycząca monitorowania bólu.

Przy przyjęciu pacjenta na oddział, w karcie wywiadu pielęgniarskiego miał być odnotowywany stopień natężenia bólu. W przypadku natężenia bólu przekraczającym wartość trzy i więcej pracownicy Szpitala zobowiązani byli do założenia karty monitorowania bólu. Pacjentowi, który w trakcie pobytu w Szpitalu zgłosił ból o skali 3 i więcej, pracownicy Szpitala mieli obowiązek również założyć kartę monitorowania bólu i prowadzić ją do chwili jego ustąpienia. Karta monitorowania bólu miała być zakładana i prowadzona u wszystkich pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym.

Do oceny bólu stosowano skale: numeryczną (NRS), werbalną (VAS) oraz behawioralną (w oparciu o zachowanie i fizjologiczne oznaki).

Analizie poddano dokumentację medyczną pięciu pacjentów, u których stosowano leczenie przeciwbólowe (karta monitorowania bólu). Ustalono, że w kartach monitorowania bólu dokonywano systematycznego monitoringu jego natężenia. W kartach monitoringu bólu wpisywano informacje o:

- natężeniu bólu,
- wpływie bólu na oddychanie, poruszanie się, sen czy nastrój,
- podanym leku i jego dawce,
- skuteczności leczenia,
- innych sposobach zwalczania bólu (np. masaż, zmiana pozycji, ogrzewanie, techniki relaksacyjne) wraz z reakcją na zastosowane metody.

Działania personelu Szpitala były zgodne z obowiązującą procedurą oraz art. 20a ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli str. 407-422)

²¹ Dz.U. z 2022 r., poz. 2561.

6. W Szpitalu opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami. Zgodnie z obowiązującymi standardami, pacjenci przy przyjęciu do oddziału szpitalnego byli badani pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyn i zakładano im *Kartę oceny ryzyka rozwoju odleżyn*. W przypadku pacjentów, którzy uzyskali poniżej 15 punktów wg skali Norton zakładano *Kartę profilaktyki i pielęgnowania odleżyn* i wdrażano profilaktykę oraz ewentualne leczenie odleżyn. Pacjentom, którzy uzyskali 15 i więcej punktów nie zakładano takich kart. Pielęgniarka dokonywała oceny stanu fizykalnego, stanu świadomości, zdolności pacjenta do przemieszczania się, stopnia samodzielności przy zmianie pozycji, czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej.

Analizie poddano dokumentację medyczną pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn. Ustalono, że każdy pacjent został poddany ocenie ryzyka rozwoju odleżyn oraz w każdym przypadku sporządzono kartę profilaktyki i pielęgnowania odleżyn. Następnie wdrażano zalecenia oraz dokonywano oceny stosowanych zabiegów.

Szpital prowadził rejestry pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn oraz pacjentów z odleżynami (REAL-1. REAL-2) na każdym oddziale. Zawarto w nich informacje dotyczące numeru choroby pacjenta, dacie przyjęcia i wypisania ze Szpitala, daty założenia kart oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

W Szpitalu w oddziałach gdzie są hospitalizowani pacjenci, powołana została Komisja do spraw Profilaktyki Odleżynowej.

Naczelną Pielęgniarką ZOZ wyjaśniła, że *na spotkaniach Komisji ds. Profilaktyki Odleżynowej dokonywano opiniowania wyników prowadzonej profilaktyki na podstawie prowadzonego rejestru pacjentów zagrożonych oraz pacjentów, u których wystąpiły zmiany odleżynowe, wyposażenia oddziałów w sprzęt oraz środki mające zastosowanie w zapobieganiu odleżynom. Ustalano również potrzeby sprzętowe.*

Spotkania Komisji ds. Profilaktyki Odleżynowej odbywały się co miesiąc. Na bazie rejestrów z poszczególnych oddziałów prowadzono miesięczną oraz roczną ewidencję pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn oraz pacjentów z odleżynami.

Wg prowadzonej w Szpitalu ewidencji:

- w 2019 r. łączna liczba pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn wyniosła - 216, natomiast liczba pacjentów z odleżynami wyniosła – 72,
- w 2020 r. łączna liczba pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn wyniosła - 229, natomiast liczba pacjentów z odleżynami wyniosła – 31,
- w 2021 r. łączna liczba pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn wyniosła - 254, natomiast liczba pacjentów z odleżynami wyniosła – 59,
- w 2022 r. łączna liczba pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn wyniosła - 209, natomiast liczba pacjentów z odleżynami wyniosła – 56,
- w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2023 r. łączna liczba pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn wyniosła - 124, natomiast liczba pacjentów z odleżynami wyniosła – 38.

(akta kontroli str. 423-457)

7. W Szpitalu obowiązywała procedura zgłaszania zdarzenia niepożądanego. Procedura ta określała: zasady zgłaszania zdarzeń niepożądanych, sposób ich ewidencji, kategorie zdarzeń niepożądanych i sposób postępowania po wystąpieniu takiego zdarzenia w celu ochrony personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym.

Dokumentacja zdarzeń niepożądanych miała być dostarczana do Dyrekcji ZOZ, a następnie poddawana analizie przez Zespół do spraw Zdarzeń Niepożądanych w celu wyciągnięcia stosownych wniosków.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu odnotowano łącznie 15 zdarzeń niepożądanych w rozumieniu ww. procedury, w tym w 2019 r. - jedno, w 2020 r. - pięć, w 2021 r. - jedno, w 2022 r. - cztery, w okresie od stycznia do końca września 2023 r. - 9.

Analizy zdarzeń niepożądanych dokonywane były co miesiąc przez Zespół do spraw Zdarzeń Niepożądanych.

Analizie poddano 10 przypadków wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Ustalono, że postępowanie pracowników Szpitala było zgodne z procedurami obowiązującymi w Szpitalu.

(akta kontroli str. 458-498)

8. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpiły przypadki stosowania przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu tzw. „klauzuli sumienia”²².

(akta kontroli str. 499-500)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia zapewnienie przez ZOZ odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zakres świadczeń udzielanych w Szpitalu był zgodny z wpisem w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego.

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

Pracownicy Szpitala podejmowali działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby oczekujących i umożliwienia im wcześniejszego uzyskania 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.

²² Szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

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

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu dokumentacja medyczna była częściowo prowadzona w formie elektronicznej, jednocześnie całość dokumentacji medycznej prowadzono w formie papierowej. W formie elektronicznej prowadzono następującą dokumentację: historię choroby - przyjęcie do Szpitala, kartę statystyczną szpitalną ogólną, kartę informacyjną - pomoc udzielona w Izbie Przyjęć, historię choroby (wywiad i badanie przedmiotowe, obserwacje lekarskie, kartę obserwacji pielęgniarstwa, wypis), proces pielęgnowania, pielęgniarstwa kartę procesu pielęgnowania pacjenta, kartę obserwacji wkluc obwodowych, kartę obserwacji pacjenta z cewnikiem moczowym, kartę obserwacji wklucia centralnego, kartę profilaktyki i pielęgnowania odleżyn, karta obserwacji miejsca operowanego lub ran, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, recepty, skierowania na badania, skierowania do poradni specjalistycznej.

Dyrektor do spraw medycznych Szpitala wyjaśnił, że obecny system informatyczny nie jest w pełni dostosowany do prowadzenia całości dokumentacji w postaci elektronicznej. Po zmianie oprogramowania całość dokumentacji medycznej będzie prowadzona elektronicznie.

Analizie poddano dokumentację medyczną wybranych losowo 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r.:

- dokumentacja zawierała informacje takie jak: oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenia podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, datę ich sporządzenia. Tym samym dokumentacje te spełniały wymogi określone w art. 25 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,

- dokumentacja zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, w tym adres poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna,

- wpisy były dokonywane w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1 ww. rozporządzenia)²³,

- strony dokumentacji w postaci papierowej były numerowane, stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość (§ 6 ust. 1 ww. rozporządzenia), a pierwsze strony dokumentacji zawierały oznaczenie pacjenta zgodnie (§ 10 pkt 2 ww. rozporządzenia),

- zawarte w nich były zgody i oświadczenia pacjentów dotyczące udzielania informacji innym osobom, ewentualne zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko.

(akta kontroli str. 401-506)

2. W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określono m.in. zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, zgodnie z którymi:

- za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej maksymalna wysokość opłat nie mogła przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu jego wysokości przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt w ustawy z dnia 17

²³ W badanej próbie nie wystąpiły przypadki błędnego dokonania wpisu.

grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych²⁴.

- za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej maksymalna wysokość opłat nie mogła przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej,
- za sporządzenie wyciągu odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, maksymalna wysokość opłat nie mogła przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej.

Opłat, o których mowa powyżej nie pobierano w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, gdy zwracano się o jej udostępnienie po raz pierwszy.

Zgodnie z procedurą udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującą w ZOZ była ona udostępniana pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy, za okazaniem dowodu tożsamości, przedstawicielowi ustawowemu za okazaniem odpowiedniego dokumentu oraz osobie upoważnionej przez pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu (podpisanego przez pacjenta w obecności pracownika uprawnionego do udostępniania dokumentacji lub upoważnienia zaopatrzonego w notarialnie lub urzędowo poświadczony podpis upoważniającego).

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna mogła być udostępniana osobie upoważnionej za życia przez pacjenta.

Dokumentacja medyczna była udostępniana w następujących formach: do wglądu, poprzez sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji papierowej oraz wydruku dokumentacji elektronicznej lub kopii wyników badań na nośnikach elektronicznych.

W przypadku wysyłania korespondencji z danymi pacjentów (kopie dokumentacji medycznej, wyniki badań) stosowano szyfrowanie załączników, a hasło dostępowe do plików przekazywano odrębnym kanałem (telefonicznie, odrębnym mailem lub sms-em).

Zgodnie z procedurą udostępniania dokumentacji medycznej, za udostępnianie dokumentacji w formie kopii ZOZ miał pobierać opłatę:

- w wysokości 0,002 wynagrodzenia w poprzednim kwartale za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,
- w wysokości 0,00002 wynagrodzenia w poprzednim kwartale za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej,
- w wysokości 0,0002 wynagrodzenia w poprzednim kwartale za jedną stronę wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Opłaty nie były pobierane od organów rentowych w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych, w przypadku udostępniania dokumentacji w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz od pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, gdy dokumentacja była udostępniana po raz pierwszy.

W okresie objętym kontrolą wystąpiło osiem przypadków udostępniania przez Szpital dokumentacji medycznej pacjentów. Udostępnianie dokumentacji następowało bez zbędnej zwłoki, tj. w terminie do dziewięciu dni od złożenia wniosku. Za sporządzanie odpisów Szpital nie pobierał opłat. Dokumentacja medyczna była wydawana zgodnie z procedurą obowiązującą w Szpitalu.

(akta kontroli str. 192-247, 507-534)

3. W Szpitalu opracowano i stosowano procedury zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania.

System informatyczny do sporządzania dokumentacji medycznej był aktualizowany

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1251.

na bieżąco, tj. niezwłocznie po udostępnieniu nowej wersji od producenta. Kopie zapasowe były wykonywane codziennie i przechowywane na dwóch rodzajach nośników (dyskach i taśmach). Kopie zapasowe były przechowywane w innym budynku niż środowisko produkcyjne.

Teczki aktowe zawierające dokumentację medyczną gromadzone były w archiwum. Dodatkowo umieszczane były w teczkach bezkwasowych i pudłach archiwalnych, wykonanych z tektury litej bezkwasowej. Dokumentacja zgromadzona w składnicy akt była poddawana okresowemu przeglądowi w celu jej odkurzenia oraz wymiany zużytych i zniszczonych teczek czy pudeł na nowe.

W pomieszczeniach magazynowych składnicy akt kontrolowana i regulowana była wilgotność i temperatura pomieszczeń przez urządzenia osuszające, aby zapewnić odpowiednie warunki do przechowywania dokumentacji.

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów w ZOZ odbywało się przez upoważniony personel posiadający stosowne uprawnienia nadane przez administratora. Nadane uprawnienia uwzględniały obszar konieczny do wykonywania obowiązków związanych z pracą w systemie i były oparte na przepisach i regulacjach zawartych w „Instrukcji postępowania z dokumentacją medyczną”.

W styczniu 2019 r. w ZOZ została przeprowadzona analiza ryzyka w ramach Systemu Zarządzania Jakością, która zawierała m.in. oceny ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej. Na podstawie tej analizy, sporządzono zasady ochrony i zabezpieczania dokumentacji medycznej. W okresie objętym kontrolą prowadzono monitoring zagrożeń. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły sytuacje zagrażające bezpieczeństwu dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 501-504, 535-555)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z § 1 ust. 1-3 rozporządzenia *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* placówki medyczne udzielające świadczeń zdrowotnych:

- prowadzą dokumentację medyczną w postaci elektronicznej,
- dokumentacja może być prowadzona również w postaci papierowej, jeżeli przepisy rozporządzenia tego wymagają lub jeśli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej,
- dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Ustalono, że w Szpitalu dokumentacja medyczna była częściowo prowadzona w formie elektronicznej²⁵, jednocześnie całość dokumentacji medycznej prowadzono w formie papierowej.

Dyrektor do spraw medycznych Szpitala wyjaśnił, że *obecny system informatyczny nie jest w pełni dostosowany do prowadzenia całości dokumentacji w postaci elektronicznej. Po zmianie oprogramowania, całość dokumentacji medycznej będzie prowadzona elektronicznie.*

(akta kontroli str. 501-507)

²⁵ W formie elektronicznej prowadzono następującą dokumentację: historię choroby - przyjęcie do Szpitala, kartę statystyczną szpitalną ogólną, kartę informacyjną - pomoc udzielona w Izbie Przyjęć, historię choroby (wywiad i badanie przedmiotowe, obserwacje lekarskie, kartę obserwacji pielęgniarstwa, wypis), proces pielęgnowania, pielęgniarstwa kartę procesu pielęgnowania pacjenta, kartę obserwacji wkluc obwodowych, kartę obserwacji pacjenta z cewnikiem moczowym, kartę obserwacji wklucia centralnego, kartę profilaktyki i pielęgnowania odleżyn, karta obserwacji miejsca operowanego lub ran, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, recepty, skierowania na badania, skierowania do poradni specjalistycznej.

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja medyczna prowadzona przez pracowników Szpitala była kompletna oraz zawierała elementy wymagane przez ustawę o *prawach pacjenta i rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Stwierdzono, że dokumentacja była prowadzona częściowo w systemie elektronicznym oraz całościowo w formie papierowej, co było niezgodne z przepisami regulującymi sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna była prawidłowo zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W ramach systemu zarządzania jakością, według stanu na 30 września 2023 r. w Szpitalu obowiązywał zbiór procedur postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, obejmujący 78 procedur ogólnoszpitalnych i oddziałowych. W procedurach tych zawarto m.in. sposób postępowania podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W 13 z tych procedur wskazano, że czynności powinny być wykonywane z poszanowaniem prawa do intymności i godności pacjenta. Procedury te dotyczyły²⁶:

- a) postępowania z pacjentem w Bloku Operacyjnym,
- b) postępowania przy punkcji jamy opłucnej,
- c) opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w bezpośrednim okresie po zabiegu operacyjnym,
- d) postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów,
- e) pielęgnowania pacjenta unieruchomionego,
- f) pielęgnacji pacjenta z przetoką jelitową,
- g) przygotowania pacjentki do zabiegu wyłyżczkowania jamy macicy,
- h) postępowania z ofiarami przemocy i zaniedbania,
- i) postępowania w przypadku zastosowania środka przymusu i jego dokumentowania,
- j) zadań pielęgniarki/położnej w Pracowni TK,
- k) postępowania z pacjentką z podejrzeniem poronienia lub rozpoznaniem ciąży obumarłej,
- l) przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym,
- m) przygotowania pacjenta do zabiegu w trybie pilnym, nagłym i przyspieszonym.

(akta kontroli str. 144)

Oględziny trzech szpitalnych Oddziałów: Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii oraz Ginekologii, przeprowadzone w trakcie niniejszej kontroli NIK, wykazały co następuje:

- liczba łóżek szpitalnych na Oddziałach wynosiła odpowiednio: 37, 44 i 19;
- liczba sal jednołóżkowych w Oddziałach wynosiła odpowiednio: trzy w tym wszystkie posiadały indywidualne łazienki (wyposażone w natrysk, ubikację i umywalkę), trzy w tym jedna z indywidualną łazienką, jedna sala bez łazienki;
- liczba sal dwułóżkowych w Oddziałach wynosiła odpowiednio: cztery (bez łazienek), 11 (bez łazienek), a na Oddziale Ginekologii nie było takich sal;

²⁶ Procedury wymienione pod lit: a) – e) zatwierdzono w grudniu 2016 r., f) – h) zatwierdzono w grudniu 2017 r. i) zatwierdzono w maju 2021 r., j) zatwierdzono w czerwcu 2022 r., k) – m) zatwierdzono w lutym i maju 2023 r.

- liczba sal trzyłóżkowych w Oddziałach wynosiła odpowiednio: trzy, w tym dwie które posiadały indywidualne łazienki, trzy (bez łazienek) i sześć (bez łazienek);
- pozostałe sale w Oddziałach nie posiadały indywidualnych łazienek i były one: czterolóżkowe w liczbie odpowiednio: trzy i jedna oraz jedna pięciolóżkowa²⁷ i jedna sześciolóżkowa²⁸ – pacjenci przebywający na tych salach korzystali z ogólnodostępnych łazienek zlokalizowanych w Oddziałach²⁹;
- liczba łazienek ogólnodostępnych w poszczególnych Oddziałach wynosiła odpowiednio: trzy (żeńską, męską i przystosowaną do osób niepełnosprawnych), cztery (męską, żeńską i dwie ogólne) i dwie (dwie łazienki żeńskie) – wyposażone były w jeden lub dwa: natryski, ubikacje i umywalki; łazienki wyposażone były w sprawne urządzenia sanitarne i umożliwiały zachowanie intymności osobom korzystającym (posiadały sprawnie działające drzwi do poszczególnych pomieszczeń/kabin lub parawany);
- w każdym Oddziale wyodrębnione były gabinety zabiegowe/pokoje przyjęć pacjenta na Oddział, umożliwiające przeprowadzenie badań, wywiadów z pacjentami oraz przekazanie im informacji o stanie zdrowia – liczba takich pomieszczeń w poszczególnych Oddziałach wynosiła odpowiednio: dwa, dwa i jeden;
- nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych (np. na korytarzach);
- karty gorączkowe wraz z kartami zleceń lekarskich znajdowały się w dyżurkach pielęgniarskich na Oddziałach – przy łóżkach pacjentów nie było dokumentów zawierających ich dane osobowe;
- na korytarzach Oddziałów i Izby Przyjęć, znajdowały się tablice informacyjne zawierające m.in. Kartę Praw i Obowiązków Pacjenta oraz informację o możliwości składania skarg i wniosków.

(akta kontroli str. 145-167)

W Szpitalu nie funkcjonowały przepisy wewnętrzne regulujące sprawy odwiedzin pacjentów (np. ustalenie dni i godzin odwiedzin, określenie liczby osób jednocześnie odwiedzających w salach chorych itp.).

Dyrektor wyjaśnił, że *według informacji zamieszczonych od 1 lipca 2023 r. na tablicach informacyjnych Szpitala, odwiedziny powinny odbywać się w godzinach od 14.00 do 16.00, w których mogła uczestniczyć jedna osoba, a zalecany czas odwiedzin powinien ograniczyć się do 15 minut.*

Dyrektor wyjaśnił, że informacje dotyczące odwiedzin, po wcześniejszych ustaleniach na spotkaniu kierowników komórek organizacyjnych i Pielęgniarki Epidemiologicznej z Dyrektorem, zostały umieszczone na tablicy informacyjnej Szpitala przy Portierni oraz na drzwiach wejściowych do budynku oraz przy wejściach na Oddziały.

Dyrektor wskazał, że podczas pandemii COVID-19 zasady odwiedzin regulowały wytyczne wydane przez Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego. Zarządzeniem nr 14/2020 Dyrektora z dnia 5 marca 2020 r. powołany został Zespół Kryzysowy, który m.in. sprawował nadzór nad prawidłowością przestrzegania ww. wytycznych i zaleceń.

(akta kontroli str. 186-191)

2. W Szpitalu obowiązywało zarządzenie nr 35/2026 Dyrektora ZOZ z dnia 14 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych zasad postępowania w przypadku śmierci pacjenta.

²⁷ W Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii.

²⁸ W Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii wykorzystywana jako sala nadzoru kardiologicznego.

²⁹ W Oddziale Ginekologii nie było sal: czterolóżkowych, pięciolóżkowych i sześciolóżkowych.

Przepisy te regulowały sposób postępowania po śmierci pacjenta, w tym dotyczące: powiadomienia rodziny/bliskich o jego śmierci, zabezpieczenia rzeczy osobistych pozostałych po zmarłym, przeprowadzenia sekcji zwłok, przechowania zwłok, przygotowania zwłok do wydania upragnionym osobom. W przepisach tych zapisano, że powyższe czynności powinny być wykonane z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej. Uregulowania te³⁰ nie określały zasad postępowania z pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym.

(akta kontroli str. 168-174)

Ogłędziny przeprowadzone w trzech Oddziałach³¹ wykazały, że nie posiadały one wyodrębnionych pomieszczeń/sal przeznaczonych dla osób znajdujących się w stanie terminalnym, zapewniających prawo do umierania w spokoju i godności. Naczelną Pielęgniarką ZOZ wyjaśniła, że do takich celów wykorzystywano sale jednolóżkowe znajdujące się w poszczególnych Oddziałach Szpitala.

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

(akta kontroli str. 145-167)

3. W Szpitalu obowiązywał „Regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego w ZOZ” stanowiący załącznik nr 13 do Regulaminu Pracy pracowników ZOZ³². Zgodnie z tymi uregulowaniami monitoringiem wizyjnym powinien być objęty korytarz przy Izbie Przyjęć oraz najbliższy obszar wokół budynku Szpitala. Zgodnie z Regulaminem, wizja (obraz) pochodzący z kamer podlega zapisowi, a zarejestrowany obraz powinien być przechowywany przez okres co najmniej 30 dni, po czym samoczynnie powinien być kasowany. W Regulaminie określono także m.in. osoby uprawnione do podglądu i odtwarzania zapisanego obrazu oraz kwestie dotyczące udostępniania obrazu, sporządzania jego kopii i terminem ich przechowywania.

Ogłędziny przeprowadzone w Szpitalu i teren wokół jego budynku wykazały, że:

- wejście główne oraz teren wokół budynku Szpitala było monitorowane za pomocą 13 kamer,
- wewnątrz budynku za pomocą kamery, było monitorowane wejście oraz korytarz Izby Przyjęć, zlokalizowanej na paterze budynku,
- na drzwiach wejściowych do Szpitala zamontowane były tablice informujące o monitorowaniu terenu i obiektu,
- w Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii, w trzyłóżkowej sali nadzoru pooperacyjnego zamontowana była kamera monitoringu, która przekazywała obraz z sali łóżkowej do stanowiska pielęgniarskiego znajdującego się w tej sali, bez jego zapisu (monitoring pacjentów bez rejestracji obrazu),
- pozostałe pomieszczenia Oddziałów: Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii oraz Ginekologii, nie były monitorowane za pomocą kamer.

Według wyjaśnień Dyrektora, czas archiwizacji zapisu monitoringu był uzależniony od generowanego ruchu w polu widzenia kamery i wynosił około 30 dni, po czym samoczynnie był kasowany poprzez nadpisanie kolejnego obrazu.

(akta kontroli str. 145-167, 175-183)

³⁰ Oraz inne przepisy wewnętrzne obowiązujące w okresie objętym kontrolą.

³¹ Oddziały Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii, Oddziały Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii i Oddziały Ginekologii.

³² Wprowadzony aneksem nr 6 z dnia 4 października 2018 r.

W sprawie kamery zainstalowanej w sali chorych Oddziału Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii Dyrektor wyjaśnił, że *przedmiotowe urządzenie nie wiąże się z przetwarzaniem danych osobowych, a służy do monitorowania funkcji życiowych pacjenta w ramach nadzoru pooperacyjnego w czasie rzeczywistym i nie posiada zapisu obrazu oraz nie jest podłączona do systemu monitoringu Szpitala. Kamera miała zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów i ułatwić doraźny nadzór chorych.* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE³³ oraz art 23a ustawy o działalności leczniczej, stosuje się do monitoringu, jeśli jest on wykorzystywany w celu przetwarzania danych osobowych. Dyrektor stwierdził, że ww. kamera w sali chorych nie stanowiła elementu monitoringu Szpitala, w świetle przywołanych przepisów.

(akta kontroli str. 184-185)

Stwierdzone
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 wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych i czynności zapisano w wewnętrznych procedurach opracowanych w ramach systemu zarządzania jakością.

W Szpitalu zapewniono odpowiednie warunki techniczne chroniące prywatność pacjentów. Łazienki poszczególnych oddziałów szpitalnych były wyposażone w sprawne urządzenia sanitarne, a rozwiązania techniczne umożliwiały zachowanie intymności. Hospitalizacja pacjentów prowadzona była w salach łóżkowych w sposób zapewniający godność pacjenta – nie stwierdzono przypadków hospitalizacji poza takimi salami np. na korytarzach. W oddziałach szpitalnych wyodrębniono gabinety zabiegowe zapewniające respektowanie prawa do poszanowania intymności i godności podczas przeprowadzania badań, wywiadów z pacjentami oraz przekazywania im informacji o stanie zdrowia. Szpital przestrzegał również prawa do umierania w spokoju i godności, poprzez umieszczanie pacjentów w stanie terminalnym w salach jednołóżkowych.

W celu zapobiegania udostępnienia osobom postronnym danych wrażliwych pacjentów, ich karty gorączkowe przechowywane były w dyżurkach pielęgniarskich poszczególnych Oddziałów, a przy łóżkach pacjentów nie zamieszczano informacji zawierających ich dane osobowe.

Monitoring wizyjny Szpitala prowadzony był zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi obowiązującymi w ZOZ, a przy drzwiach wejściowych zamieszczono informację o monitorowaniu obiektu.

³³ Dz. U. L 119 z 4 maja 2016 r.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań zmierzających do spersonalizowania zgód pacjenta na wykonanie zabiegu dla poszczególnych zabiegów wykonywanych na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym.
2. Podjęcie działań zmierzających do ujednoczenia prowadzonej dokumentacji medycznej w formie papierowej lub 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.

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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Rzeszów, 16 listopada 2023 r.

Kontroler
Maciej Pilecki
Specjalista kontroli państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/