



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.31.1.2023

**Pani  
Agnieszka Cholewińska  
Dyrektor  
Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy**

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy  
ul. Armii Krajowej 1  
56-400 Oleśnica

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Jednostka kontrolowana              | Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica <sup>1</sup> .   |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Agnieszka Cholewińska, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 17 października 2023 r. (od 17 kwietnia 2023 r. do 16 października 2023 r. - p.o. Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy) <sup>2</sup> .<br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: <ul style="list-style-type: none"><li>– Przemysław Magiera, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 1 stycznia 2021 r. do 17 kwietnia 2023 r.,</li><li>– Gizela Jagielska, p.o. Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 16 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.,</li><li>– Krzysztof Wywrot, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 1 lipca 2019 r. do 16 listopada 2020 r.,</li><li>– Tomasz Uher, p.o. Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 21 marca 2019 r. do 30 czerwca 2019 r.,</li><li>– Kamil Dybizbański, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 15 września 2016 r. do 20 marca 2019 r.</li></ul> |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.</li><li>2. Przestrzeganie prawa do informacji.</li><li>3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.</li><li>4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.</li><li>5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.</li></ol>  |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych <sup>3</sup> .   |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Artykuł 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup> .   |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura we Wrocławiu   |
| Kontroler                           | Radosław Chodziński, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/141/2023 z 5 września 2023 r.  |

(akta kontroli: tom I, str. 1-4)

<sup>1</sup> Dalej także: PZS lub Szpital.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> 17 listopada 2023 r.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy w okresie objętym kontrolą podejmował szereg działań celem zapewnienia przestrzegania praw pacjenta, respektując prawo do dostępu do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych, jak również do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Szpital ustalał i na bieżąco analizował stan faktyczny i tematykę kierowanych do niego skarg, wprowadzono również rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do istotnych informacji dla pacjenta, pozwalających ocenić skuteczność, jakość i bezpieczeństwo leczenia prowadzonego przez Szpital.

PZS podejmował działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie i umożliwienia pacjentom wcześniejsze uzyskanie świadczenia. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu oraz prowadzono stały monitoring pacjentów z odleżynami lub zagrożonych odleżynami. W PZS stworzono system zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a ocenę gromadzonych danych wykorzystywano w celu poprawy funkcjonowania Szpitala i zapewnienia przestrzegania praw pacjenta.

Dokumentacja medyczna pacjentów w Szpitalu, co do zasady, spełniała wymogi określone w przepisach prawa oraz zawierała wymagane elementy. Udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami.

Szpital dysponował wyodrębnionymi pomieszczeniami do prowadzenia badań, wywiadów z pacjentami, co sprzyjało poszanowaniu prawa pacjenta do intymności i godności. Nie było przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych. Szpital zapewnił także właściwe warunki dla pacjentów w stanach terminalnych do odchodzenia w spokoju i godności.

Stwierdzone natomiast w PZS nieprawidłowości dotyczyły w szczególności: **[1]** użycia niewłaściwego formularza zgody na zabieg (w jednym przypadku) oraz niewypełnienia w formularzu rubryki zgody na zabieg (w siedmiu przypadkach); **[2]** nieudostępnienia części informacji określonych w § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>6</sup>; **[3]** braku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia; **[4]** braku numeracji stron dokumentacji medycznej w formie papierowej; **[5]** nieopracowania udokumentowanych procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania; **[6]** niestosowania systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej; **[7]** nieopracowania „Regulaminu Monitoringu Wizyjnego”.

---

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie OWU.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>7</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

1.1. W latach 2019-2023<sup>8</sup> do PZS wpłynęło łącznie 107 skarg<sup>9</sup>. Z tej liczby 83 skargi<sup>10</sup> (77,57%) dotyczyły nieprzestrzegania praw pacjenta.

W kontrolowanym okresie najczęściej naruszonym prawem pacjenta było prawo do świadczeń zdrowotnych podnoszone w 56 skargach (67,48%), oraz prawo do poszanowania intymności i godności – 14 skarg (16,87%). 11 skarg dotyczyło naruszenia prawa do informacji (13,25%). Jedna skarga dotyczyła naruszenia prawa do uzyskania dokumentacji medycznej (1,20%). Również jedna skarga dotyczyła naruszenia prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (1,20%).

W 2019 r. skargi na nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczyły:

- prawa do świadczeń zdrowotnych (dziewięć skarg, 56,25%);
- prawa do informacji (cztery skargi, 25,00%);
- prawa do poszanowania intymności i godności (trzy skargi, 18,75%).

W 2020 r. skargi na nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczyły:

- prawa do świadczeń zdrowotnych (pięć skarg, 38,46%);
- prawa do informacji (trzy skargi, 23,08%);
- prawa do poszanowania intymności i godności (trzy skargi, 23,08%);
- prawa do dokumentacji medycznej (jedna skarga, 7,69%);
- prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (jedna skarga, 7,69%).

W 2021 r. skargi na nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczyły:

- prawa do świadczeń zdrowotnych (13 skarg, 61,91%);
- prawa do informacji (dwie skargi, 9,52%);
- prawa do poszanowania intymności i godności (sześć skarg, 28,57%).

W 2022 r. skargi na nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczyły:

- prawa do świadczeń zdrowotnych (10 skarg, 76,92%);
- prawa do informacji (dwie skargi, 15,38%);
- prawa do poszanowania intymności i godności (jedna skarga, 7,70%).

W 2023 r. skargi na nieprzestrzeganie praw pacjentów dotyczyły:

- prawa do świadczeń zdrowotnych (19 skarg, 95,00%);
- prawa do poszanowania intymności i godności (jedna skarga, 5,00%).

(akta kontroli: tom I, str. 13-28, 30-31)

W latach 2019-2023<sup>11</sup> do PZS wpłynęło 20 skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (w tym dwie w 2019 r.; sześć w 2020 r.; pięć w 2021 r.; trzy w 2022 r.; cztery w 2023 r.). Skargi te dotyczyły nieprzestrzegania prawa do poszanowania intymności i godności (10 skarg), prawa do świadczeń zdrowotnych (osiem skarg) oraz prawa do uzyskania informacji o leczeniu (dwie skargi).

Dyrektor wyjaśniła, że *kadra zarządzająca Szpitalem analizowała przyczyny skarg w powyższym zakresie. W efekcie podejmowała działania zaradcze, które polegały na rozmowach indywidualnych z pracownikami Oddziału Ginekologiczno-*

<sup>7</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>8</sup> Do dnia zakończenia kontroli.

<sup>9</sup> W tym 18 w 2019 r.; 19 w 2020 r.; 29 w 2021 r.; 19 w 2022 r.; 22 w 2023 r.

<sup>10</sup> W tym 16 w 2019 r.; 13 w 2020 r.; 21 w 2021 r.; 13 w 2022 r.; 20 w 2023 r.

<sup>11</sup> Do dnia zakończenia kontroli.

Położniczego. Organizowano spotkania w celu usprawnienia komunikacji interpersonalnej na tym Oddziale oraz respektowania praw pacjenta, w tym prawa do poszanowania intymności i godności.

(akta kontroli: tom I, str. 11, 29, 31, 499)

Dyrektor wyjaśniła również, że problematyka składanych skarg poddawana była bieżącej analizie w celu poprawy zarządzania placówką i lepszego przestrzegania praw pacjenta. Analizy odbywały się podczas cyklicznych spotkań kadry zarządzającej PZS. Zebrania te nie były protokołowane. Wnioski z dokonanych analiz były wdrażane. Dotyczyły one m.in. konieczności poprawy komunikacji interpersonalnej w PZS w kontekście ochrony praw pacjenta. Celem ich realizacji organizowano stosowne szkolenia, dotyczące komunikacji w zespole terapeutycznym i praw pacjenta. W szkoleniach tych wzięło udział łącznie 131 pracowników PZS.

(akta kontroli: tom I, str. 11, 29, 31, 48, 407, 499; tom II, str. 80-94, 95, 123)

W okresie objętym kontrolą, proces rozpatrywania skarg i wniosków w PZS był uregulowany:

- do 31 marca 2023 r. w:
  - § 70 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora nr 34/2016 z 6 kwietnia 2016 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego ze zm.<sup>12</sup>,
  - zarządzeniu nr 3/2017 z 2 stycznia 2017 r. w sprawie przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków<sup>13</sup>;
- od 1 kwietnia 2023 r. w:
  - § 62 Regulaminu Organizacyjnego PZS, ustalonego zarządzeniem nr 34/2023 Dyrektora z 28 marca 2023 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego, ze zm.<sup>14</sup>.

(akta kontroli: tom I, str. 178, 224, 230-231, 279-283)

Szczegółowemu badaniu poddano próbę 20 skarg wybranych<sup>15</sup> z prowadzonej ewidencji stwierdzając, że:

- w każdym przypadku podejmowano działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie problematyki objętej skargą;
- każdorazowo udzielano odpowiedzi wnoszącemu skargę;
- w trzech przypadkach (15%) zawiadomienie wnoszącego skargę o jej rozpatrzeniu, nastąpiło powyżej 30 dni od dnia jej złożenia lub wpłynięcia, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w czterech przypadkach (20%), jako odpowiedź na skargę załączano wyjaśnienia, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w trzech przypadkach (15%) do odpowiedzi na skargi przesłane e-mailem nie załączono stosownego pisma (zawiadomienia zawierającego informację o sposobie załatwienia skargi) podpisanego przez Dyrektora lub przez inną osobę upoważnioną do załatwienia skargi (z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego), co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 410-492)

<sup>12</sup> Zmiany wprowadzono zarządzeniem nr 1/2019 Dyrektora z 3 stycznia 2019 r.

<sup>13</sup> Dalej: zarządzenie nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg.

<sup>14</sup> Zmian dokonano zarządzeniem Dyrektora nr 71/2023 z 11 sierpnia 2023 r. Dalej: Regulamin Organizacyjny PZS.

<sup>15</sup> Wybrano na podstawie osądu kontrolera. Były to sprawy nr: PZS.O/00411/2019; PZS.O/00412/2019; PZS.O/00964/2019; PZS.O/00167/2020; PZS.O/00190/2020; PZS.O/00335/2020; PZS.O/00444/2020; PZS.O/00695/2020; PZS.O/00188/2021; PZS.O/00433/2021; PZS.O/00485/2021; PZS.O/IV/00488/2021; PZS.O/00872/2021; dwa e-maile z 9 lipca 2021 r.; jeden e-mail z 10 lipca 2021 r.; PZS.O/00680/2022; PZS.O/00204/2023; PZS.O/00388/2023; PZS.O/00724/2023.

**1.2.** W PZS nie opracowano regulacji wewnętrznych dotyczących prowadzenia badań satysfakcji pacjenta. Dyrektor wyjaśniła, że *Szpital dopiero przygotowuje się do wdrożenia takich procedur. Termin wdrożenia ustalono na: II kwartał 2024 r.*

(akta kontroli: tom I, str. 408)

W okresie objętym kontrolą w PZS przeprowadzono jedno badanie satysfakcji pacjentów<sup>16</sup> w ramach programu "Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i okresie poporodowym - Dieta Mamy". Z badania tego wynikało m.in., że 37,8% ankietowanych nie miało wglądu do planu żywieniowego na dany dzień; 3,1% pacjentek miało zastrzeżenia do posiłków szpitalnych; 99,2% ankietowanych oceniało podawanie posiłków jako sprawne; 12,6% uznało posiłki za niewystarczająco urozmaicone; 26,8% osób uznało ilość warzyw i owoców w posiłkach za nieodpowiednią; jakość posiłków (smak, zapach, wygląd) źle oceniło 0,8% badanych, a 18,9% neutralnie; 7,9% pacjentek stwierdziło, że temperatura posiłków nie jest właściwa.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że *wskutek prowadzonych analiz wyników tego badania, poprawiła się jakość posiłków i ich urozmaicenie na odcinku położniczym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.*

(akta kontroli: tom I, str. 32-48, 407-408)

**1.3.** W latach 2019-2023<sup>17</sup> w PZS przeprowadzono 103 kontrole<sup>18</sup> (w tym 20<sup>19</sup> w 2019 r.; 13<sup>20</sup> w 2020 r.; 23<sup>21</sup> w 2021 r.; 27<sup>22</sup> w 2022 r.; 20<sup>23</sup> w 2023 r.). Podmiotami kontrolującymi były m.in. Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu<sup>24</sup>; Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu<sup>25</sup>; Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Oleśnicy<sup>26</sup>; Państwowa Inspekcja Pracy – Okręgowy Inspektorat Pracy we Wrocławiu<sup>27</sup>; Starostwo Powiatowe w Oleśnicy<sup>28</sup>; Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział we Wrocławiu<sup>29</sup>; Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu<sup>30</sup>; Medyczni Konsultanci Wojewódzcy<sup>31</sup>; Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu<sup>32</sup>. Kontrole wewnętrzne dotyczyły m.in. zakresu sanitarno-epidemiologicznego, oceny bezpieczeństwa pracowników, szkoleń personelu dotyczących zakażeń i zostały przeprowadzone przez zatrudnionego w Szpitalu specjalistę ds. epidemiologii<sup>33</sup>.

(akta kontroli: tom I, str. 48, 50-112, 113)

<sup>16</sup> Na odcinku położniczym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

<sup>17</sup> Do dnia zakończenia kontroli.

<sup>18</sup> 87 zewnętrznych i 16 wewnętrznych.

<sup>19</sup> 16 zewnętrznych i cztery wewnętrzne.

<sup>20</sup> Dziewięć zewnętrznych i cztery wewnętrzne.

<sup>21</sup> 21 zewnętrznych i dwie wewnętrzne.

<sup>22</sup> 23 zewnętrzne i cztery wewnętrzne.

<sup>23</sup> 18 zewnętrznych i dwie wewnętrzne.

<sup>24</sup> Dalej: DOW NFZ. Przeprowadzał kontrole m.in. w zakresie zasadności stosowania procedur medycznych; realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>25</sup> Przeprowadzała kontrole m.in. stanu sanitarnego pomieszczeń Szpitala.

<sup>26</sup> Przeprowadzała kontrole m.in. epidemiologiczne, sanitarne.

<sup>27</sup> Przeprowadzał kontrole m.in. w zakresie zatrudniania i wynagradzania pracowników Szpitala.

<sup>28</sup> Przeprowadzało kontrole w zakresie spraw kadrowych i zamówień publicznych.

<sup>29</sup> Przeprowadzał kontrole m.in. w zakresie prawidłowości i rzetelności obliczenia składek na ubezpieczenia społeczne.

<sup>30</sup> Przeprowadzało kontrole w zakresie krwiolecznictwa, immunologii transfuzjologicznej.

<sup>31</sup> Przeprowadzali kontrole w swoim zakresie specjalności, m.in. w zakresie transfuzjologii klinicznej; chirurgii ogólnej.

<sup>32</sup> Przeprowadziła kontrolę nr P/22/048, pt. Funkcjonowanie szpitali powiatowych.

<sup>33</sup> Pielęgniarkę epidemiologiczną.

Z przeprowadzonych w latach 2019-2023<sup>34</sup> kontroli, dwie kontrole dotyczyły praw pacjenta<sup>35</sup>:

- kontrola przeprowadzona w Szpitalu przez DOW NFZ w 2019 r. w temacie: *Realizacja umowy<sup>36</sup> w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie odmowy przyjęcia pacjentów do Szpitala przez Świadczeniodawcę: PZS*. W wyniku tej kontroli DOW NFZ ocenił działalność Szpitala pozytywnie, podkreślając, że odmowa przyjęcia pacjentów do PZS była uzasadniona. W związku z powyższym DOW NFZ nie wydał PZS zaleceń pokontrolnych;
- kontrola przeprowadzona w Szpitalu przez DOW NFZ w 2020 r. w temacie: *Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście odmowy przyjęcia pacjenta przez PZS 12 października 2020 r.* W wyniku tej kontroli działania PZS zostały ocenione negatywnie z uwagi na fakt nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi przywiezionemu do Izby Przyjęć Szpitala przez zespół ratownictwa medycznego. W efekcie kontroli PSZ został zobowiązany do zwiększenia nadzoru nad realizacją zadań wynikających z działalności Izby Przyjęć w Szpitalu oraz do bezwzględnego przestrzegania zapisów umowy z DOW NFZ<sup>37</sup>, w tym stosowania się do wymagań płatnika dotyczących sfery działalności Świadczeniodawcy objętej kontrolą oraz obowiązujących norm prawnych. W związku z wynikami kontroli Szpital poinformował DOW NFZ o zwiększeniu nadzoru nad realizacją zadań wynikających z działań Izby Przyjęć, m.in. poprzez przeprowadzenie spotkań z personelem i jego szkoleń w zakresie poprawności realizacji świadczeń w Izbie Przyjęć oraz zobowiązaniu personelu medycznego udzielającego świadczeń w Izbie Przyjęć do przestrzegania zapisów umowy z DOW NFZ i obowiązujących norm prawnych w zakresie realizacji zadań w Izbie Przyjęć.

(akta kontroli: tom I, str. 68-103, 113-114)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W trzech przypadkach<sup>38</sup> (15%) zawiadomienie wnoszącego skargę o jej rozpatrzeniu, nastąpiło powyżej 30 dni od dnia jej złożenia lub wpłynięcia. Dotyczyło to sprawy: PZS.O/II/00412/2019 (22 dni opóźnienia); PZS.O/II/00695/2020 (32 dni opóźnienia); PZS.O/II/00680/2022 (12 dni opóźnienia). Zgodnie z obowiązującym wówczas § 4 ust. 7 zarządzenia Dyrektora nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg, skargi powinny być załatwione bez zbędnej zwłoki nie później niż w ciągu 30 dni od dnia złożenia lub wpłynięcia skargi. W sprawie PZS.O/II/00695/2020 i PZS.O/II/00680/2022 nie poinformowano też skarżącego (zgodnie z § 4 ust. 8 zarządzenia nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg) o przyczynach niezakończenia sprawy w terminie i ustaleniu nowego terminu załatwienia sprawy. W sprawie PZS.O/II/00412/2019, przed upływem ww. 30 dni, poinformowano skarżącą, że skarga zostanie rozpatrzona po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, a następnie zostanie przekazana niezwłocznie odpowiedź w tej sprawie. W piśmie informującym nie ustalono jednak nowego terminu załatwienia sprawy.

Dyrektor wyjaśniła, że przyczynami powyższych opóźnień były m.in.: *złożoność wniesionej skargi, absencja chorobowa ówczesnego Dyrektora Szpitala. Brak poinformowania o nowym terminie załatwienia sprawy wynikał m.in. z trwającej*

<sup>34</sup> Do dnia zakończenia kontroli.

<sup>35</sup> A dokładniej: prawa do świadczeń zdrowotnych.

<sup>36</sup> Nr 03/8/3101021/01/2019/01.

<sup>37</sup> Nr 03/8/3101021/01/2020/01.

<sup>38</sup> Na 20 badanych.

*epidemii COVID-19 i wiążącej się z nią zwiększoną ilością obowiązków pracowników Szpitala.*

NIK wskazuje, iż w przypadku sprawy PZS.O/II/00412/2019, wystosowanie do skarżącej pisma informującego o rozpatrzeniu skargi po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, nie usprawiedliwia niedotrzymania 30-dniowego terminu, wynikającego z obowiązującego wówczas § 4 ust. 7 zarządzenia Dyrektora nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg. Z pisma tego nie wynikają bowiem racjonalne przyczyny, uzasadniające niemożność przeprowadzenia w wymaganym terminie postępowania wyjaśniającego i rozstrzygnięcia sprawy.

(akta kontroli: tom I, str. 279-280, 410-426, 492, 500)

2. W czterech przypadkach<sup>39</sup> (20%), jako odpowiedź na skargę załączano wyjaśnienia pracowników Szpitala w przedmiocie skargi, a nie informację o sposobie załatwienia skargi. Dotyczyło to spraw: PZS.O/II/00964/2019; PZS.O/II/00190/2020; PZS.O/II/00695/2020; PZS.O/II/00444/2020. Zgodnie z obowiązującym wówczas zarządzeniem Dyrektora nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg (§ 4 ust. 10), zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi powinno zawierać wskazanie w jaki sposób skarga została załatwiona, nie zaś załączone wyjaśnienia pracowników w przedmiocie skargi. Zgodnie z § 4 ust. 6 ww. zarządzenia, rozpoznanie skargi polega m.in. na przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego i przygotowaniu projektu zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi, zaś powyższe wyjaśnienia były jedynie elementem mającym posłużyć temu rozstrzygnięciu, a nie je zastępować.

Dyrektor wyjaśniła, iż w wymienionych przypadkach odpowiedzi pracowników na skargę zostały załączone zgodnie z decyzjami ówczesnej dyrekcji Szpitala. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa wyjaśniła ponadto, że przyczyną powyższego – w przypadku spraw z 2020 r. – była sytuacja epidemiologiczna spowodowana COVID-19. Rozpatrywanie skarg zeszło wówczas na plan drugorzędny.

NIK wskazuje, że zawiadomienia kierowane do skarżących powinny zawierać informacje o sposobie załatwienia skarg.

(akta kontroli: tom I, str. 279-280, 413-416, 427-445, 500-501; tom II, str. 2)

3. W trzech przypadkach<sup>40</sup> (15%) do odpowiedzi na skargi przesłane e-mailem nie załączono stosownego pisma (zawiadomienia zawierającego informację o sposobie załatwienia skargi) podpisanego przez Dyrektora lub przez inną osobę upoważnioną do załatwienia skargi (z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego), o czym stanowił § 4 ust. 10 obowiązującego wówczas zarządzenia Dyrektora nr 3/2017 w sprawie rozpatrywania skarg. Pod treścią e-maila był podpis: „Sekretariat Dyrekcji”. Dotyczyło to dwóch e-maili z 9 lipca 2021 r.<sup>41</sup> i jednego e-maila z 10 lipca 2021 r.<sup>42</sup>.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że przyczyną powyższego było powielanie się przedmiotu sprawy w tych skargach oraz przesłanie skarg drogą mailową.

(akta kontroli: tom I, str. 279-280, 446-453, 501, 505)

#### OCENA CZĄSTKOWA

PZS podejmował działania celem zapewnienia nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta. Stwierdzone nieprawidłowości w obszarze nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta dotyczyły: [1] nieterminowego zawiadomienia wnoszącego skargę o jej rozpatrzeniu (w trzech przypadkach na 20 badanych); [2] załączania wyjaśnień w odpowiedzi na skargę, a nie informacji o sposobie jej załatwienia (w czterech przypadkach na 20 badanych); [3] niezałączania do odpowiedzi na skargi przesłane

<sup>39</sup> Na 20 badanych.

<sup>40</sup> Na 20 badanych.

<sup>41</sup> Data wpływu. E-maile zarejestrowano pod numerami: KP/03135/2021 i KP/03132/2021.

<sup>42</sup> Data wpływu. E-mail zarejestrowano pod numerem: KP/03098/2021.



e-mailem stosownego pisma (zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi) podpisanego przez upoważnioną osobę (w trzech przypadkach na 20 badanych).

## OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Prawo do informacji

**2.1.** PZS udostępnił informację o prawach pacjenta, w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w miejscach ogólnodostępnych (m.in. na tablicach ogłoszeń na parterze, przy wejściu do budynków) w Szpitalu w Oleśnicy i w Szpitalu w Sycowie. Szpital informował pacjentów o ich prawach także poprzez zamieszczanie pisemnych informacji na ten temat w miejscach udzielania świadczeń. Informacja ta była dostępna dla pacjentów nieporuszających się samodzielnie.

(akta kontroli: tom I, str. 356-364)

Prawa pacjenta ujęto w § 51 ust. 1 Regulaminu Organizacyjnego PZS. Zgodnie z tym przepisem pacjent ma prawo do: świadczeń zdrowotnych; wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych; informacji; zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych; tajemnicy informacji z nim związanych; poszanowania intymności i godności; dokumentacji medycznej; poszanowania życia prywatnego i rodzinnego; opieki duszpasterskiej; przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie; leczenia bólu; wglądu do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>43</sup>, za pośrednictwem personelu. W przepisie tym nie wymieniono prawa pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 219)

Ponadto na stronie internetowej Szpitala<sup>44</sup>, w sekcji „Strefa Pacjenta”, zamieszczono zakładkę „Prawa Pacjenta”. Po jej otwarciu następowało przekierowanie na stronę internetową Rzecznika Praw Pacjenta<sup>45</sup>. Na stronie tej zamieszczono opisy praw pacjenta, m.in. prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do informacji, prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, prawo do tajemnicy informacji, prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych; prawo do poszanowania intymności i godności, prawo do opieki duszpasterskiej. W „Strefie Pacjenta” zamieszczono też informacje na temat ochrony danych osobowych RODO, wzór wniosku o wydanie wyciągu dokumentacji medycznej<sup>46</sup>, a także szereg innych informacji, co szerzej przedstawiono w punkcie 2.3 wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: tom I, str. 284-302)

**2.2.** Regulamin Organizacyjny PZS zawierał elementy określone w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>47</sup>, z wyjątkiem wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny (art. 24 ust. 1 pkt 11 ustawy o działalności leczniczej), oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej), co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 178-228)

**2.3.** Na stronie internetowej Szpitala<sup>48</sup>, zamieszczono szereg informacji dla pacjenta, w tym takich które pozwalały pacjentowi ocenić skuteczność, jakość i bezpieczeństwo leczenia prowadzonego przez Szpital, oraz przeprowadzić porównanie, w tym zakresie z innymi placówkami. Na stronie głównej zamieszczono m.in. informacje dotyczące:

<sup>43</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm. Dalej: ustawa o prawach pacjenta.

<sup>44</sup> Pod adresem: <https://www.pzsolesnica.pl>.

<sup>45</sup> Pod adresem: <https://www.gov.pl/web/rpp/>.

<sup>46</sup> W sekcji „Udostępnianie dokumentacji medycznej”.

<sup>47</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

<sup>48</sup> Pod adresem: <https://www.pzsolesnica.pl>. Stan na 8 września 2023 r.

- misji Szpitala, która brzmiała „Zdrowie pacjenta najwyższym celem”;
- uzyskania przez PZS certyfikatu „Wzorowa Placówka Medyczna”. Certyfikat ten (ważny od 4 marca 2022 r. do 31 grudnia 2025 r.) potwierdzał, że PZS został oceniony przez niezależnych specjalistów z Forum Ekspertów i należy do grona najlepszych w Polsce;
- powołania przy PZS „Fundacji PZS Oleśnica”<sup>49</sup>, której celem jest działalność w zakresie ochrony zdrowia, polegająca na ratowaniu życia dorosłych i dzieci, finansowanie zakupów specjalistycznego sprzętu, aparatury medycznej, wydatków na modernizację infrastruktury, pomieszczeń i urządzeń Szpitala;
- Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sycowie<sup>50</sup>, powołanego do kompleksowej rehabilitacji i opieki nad osobami zależnymi. Został stworzony w ramach PZS z myślą o pacjentach, którzy chcą wrócić do samodzielności, a z różnych przyczyn nie mają możliwości szybkiej i efektywnej rehabilitacji, stymulacji procesów poznawczych, aktywizacji psychofizycznej oraz mają ograniczony dostęp do badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich;
- jednostek organizacyjnych PZS (tzn. Szpitala w Oleśnicy i Szpitala w Sycowie);
- pacjenta (w tzw. „Strefie Pacjenta”), takie jak m.in. prawa pacjenta; zasady przyjęcia do Szpitala, wykonywania operacji, okresu pooperacyjnego, pobytu na oddziale szpitalnym; zasady udostępniania dokumentacji medycznej; zarządzenia Dyrektora dotyczące odpłatnych usług; zasady składania skarg i wniosków; udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami;
- dostępności do diagnostyki (Pracowni Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego oraz Laboratorium Diagnostycznego);
- danych kontaktowych do Dyrekcji Szpitala;
- podziękowania od pacjentów za opiekę medyczną.

(akta kontroli: tom I, str. 284-302, 306, 330-331)

**2.4.** PZS nie posiadał opracowanych wewnętrznych procedur dotyczących uzyskiwania zgód na wykonywanie procedur medycznych. Dyrektor wyjaśniła, że *wzory zgód pacjenta na zabieg przygotowywane są na poszczególnych oddziałach, w oparciu o aktualne wytyczne z danej dziedziny medycyny oraz aktualizowane na bieżąco.*

Analiza 10 wypełnionych formularzy zgód na zabieg podwyższonego ryzyka – na operację (pięć z Oddziału Chirurgii Ogólnej<sup>51</sup> i pięć z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego<sup>52</sup>) wykazała, że zasadniczo zawierały one szczegółowe informacje o oczekiwanych korzyściach i najczęściej występujących ryzykach (powikłaniach). W każdym przypadku, przed zabiegiem, udzielono pisemnej zgody na jego przeprowadzenie. W jednym przypadku użyto niewłaściwego formularza zgody na zabieg, a w dwóch przypadkach nie wypełniono w formularzu pola „Dające się przewidzieć następstwa operacji”. Ponadto w pięciu przypadkach formularzy zgód na zabieg nie wypełniono punktu VII dotyczącego opisu zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta. Powyższe szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli: tom I, str. 306, 369-404)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

<sup>49</sup> Fundacja Pożytku Publicznego. Nr KRS: 0000952824.

<sup>50</sup> Jednostki organizacyjnej Szpitala.

<sup>51</sup> Nr historii choroby: 13 498/2023; 13 763/2023; 13 764/2023; 13 926/2023; 14 205/2023.

<sup>52</sup> Nr historii choroby: 13 795/2023; 13 761/2023; 13 989/2023; 14 270/2023; 12 751/2023.

1. Regulamin Organizacyjny PZS, określający prawa pacjenta, nie zawierał opisu prawa pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, o którym mowa w rozdziale 8 ustawy o prawach pacjenta.

Dyrektor wyjaśniła, iż *nie zamieszczono tego prawa w Regulaminie Organizacyjnym PZS, ponieważ jest ono zapisane w przepisach powszechnie obowiązujących. Tym nie mniej Regulamin Organizacyjny Szpitala zostanie uzupełniony w tym zakresie.*

NIK zauważa, że pozostałe prawa wynikające z ustawy o prawach pacjenta, ujęto jednak w Regulaminie Organizacyjnym PZS.

(akta kontroli: tom I, str. 219, 408, 501)

2. Regulamin Organizacyjny PZS nie zawierał wymaganych elementów określonych w art. 24 ust. 1 pkt 11 i 12 ustawy o działalności leczniczej, tj. dotyczących wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że *powyższe zostało określone w odrębnych zarządzeniach, przedstawiając na potwierdzenie wyjaśnień m.in. zarządzenie Dyrektora nr 12/2020 z 5 lutego 2020 r. w sprawie opłat za przechowywanie zwłok i zarządzenie Dyrektora nr 19/2023 z 16 lutego 2023 r. w sprawie określenia stawek i zasad odpłatności za świadczenia zdrowotne udzielane w PZS.*

NIK zauważa, że wspomniane przepisy ustawy o działalności leczniczej w sposób jednoznaczny stanowią o obligatoryjnych elementach regulaminu organizacyjnego, do których należą ww. kwestie.

(akta kontroli: tom I, str. 178-228, 305, 314-329)

3. W jednym przypadku<sup>53</sup> do wyrażenia przez pacjentkę zgody na operację<sup>54</sup> użyto niewłaściwego formularza zgody na zabieg, a w dwóch przypadkach<sup>55</sup> nie wypełniono w formularzu pola „Dajęce się przewidzieć następstwa operacji”. Przypadki te dotyczyły zabiegów wykonywanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala. Natomiast w pięciu przypadkach<sup>56</sup> formularzy zgód na zabieg na Oddziale Chirurgii Ogólnej nie wypełniono punktu VII dotyczącego opisu zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta.

Dyrektor wyjaśniła, że *przyczyną powyższego na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym była pomyłka pracownika, a pacjentki zostały poinformowane ustnie w rozmowie z lekarzem o zakresie i możliwych konsekwencjach wykonania jak i odstąpienia od operacji. Dodatkowo zespół Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oświadczył, że dołoży wszelkich starań, aby formularze świadomych zgód na leczenie operacyjne były wypełniane z najwyższą starannością. W przypadku Oddziału Chirurgii Ogólnej, Dyrektor wyjaśniła, że ww. punkt VII (w formularzach zgód) wypełnia się jeżeli aktualny stan zdrowia pacjenta budzi uzasadnione podejrzenia, że pomimo prawidłowo przeprowadzonego zabiegu, mogą wystąpić nieokreślone bliżej (i nie do przewidzenia) powikłania. Stan pacjentów w podanych przykładach nie budził wątpliwości.*

(akta kontroli: tom I, str. 369-372, 381-404, 408-409)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu wprowadzono rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom właściwy dostęp do informacji o prawach pacjenta. Ponadto na stronie internetowej Szpitala, zamieszczono szereg istotnych informacji dla pacjenta, w tym takich, które pozwalały pacjentowi ocenić skuteczność, jakość i bezpieczeństwo leczenia prowadzonego przez Szpital oraz przeprowadzić porównanie w tym zakresie z innymi

<sup>53</sup> Nr historii choroby: 13 795/2023.

<sup>54</sup> Ogółem badano 10 zgód na operację.

<sup>55</sup> Nr historii choroby: 13 795/2023; 13 761/2023.

<sup>56</sup> Nr historii choroby: 13 498/2023; 13 763/2023; 13 764/2023; 13 926/2023; 14 205/2023.

placówkami. Stwierdzone nieprawidłowości w kontrolowanym obszarze dotyczyły: [1] niezamieszczenia w Regulaminie Organizacyjnym PZS prawa pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością; [2] użycia niewłaściwego formularza zgody na zabieg (w jednym przypadku) oraz niewypełniania pól formularzy zgód na zabieg (w siedmiu przypadkach).

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

**3.1.** PZS był podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim był Powiat Oleśnicki. Szpital posiadał aktualny wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>57</sup>. Podmiot wpisano jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej 9 października 2003 r. Niemniej faktyczną działalność rozpoczął 1 stycznia 2004 r. W strukturze organizacyjnej wydzielono: Szpital w Oleśnicy, Szpital w Sycowie, Świadczenia zdrowotne długoterminowe i rehabilitacyjne, Przychodnię Rejonowo-Specjalistyczną w Sycowie, Przychodnię Specjalistyczną w Oleśnicy oraz Pogotowie Ratunkowe.

W latach 2019-2023<sup>58</sup>, zmiany danych objętych rejestrem (w liczbie 13)<sup>59</sup> zgłoszone zostały Wojewodzie Dolnośląskiemu, zgodnie z art. 107 ustawy o działalności leczniczej i z zachowaniem wymaganego 14-dniowego terminu<sup>60</sup>. Organizacja Szpitala ujęta w Regulaminie Organizacyjnym zgodna była z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

(akta kontroli: tom I, str. 178-228, 356-364; tom II, str. 3-79)

**3.2.** Na podstawie przeprowadzonych oględzin<sup>61</sup> stwierdzono, że PZS, co do zasady, dochował wymogów informacyjnych określonych w § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, w tym informował o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń. Wyjątki od powyższej zasady opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 356-364)

**3.3.** Największą liczbę oczekujących pacjentów w PZS w latach 2019-2022, stwierdzono (według stanu na 31 grudnia każdego roku) na: Oddziale Rehabilitacyjnym (807)<sup>62</sup>; Oddziale Chirurgii Ogólnej (241)<sup>63</sup>; Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (158)<sup>64</sup>.

W latach 2019-2022 na ww. oddziałach stwierdzono 1 229 przypadków niezgłoszenia się pacjentów na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie, z tego na: Oddziale Rehabilitacyjnym – 521, w tym w: 2019 r. – 124 (36,69%); 2020 r. – 121 (46,72%); 2021 r. – 118 (42,29%); 2022 r. – 158 (47,73%); Oddziale Chirurgii Ogólnej – 259, w tym w: 2019 r. – 48 (6,64%); 2020 r. – 70

<sup>57</sup> Księga rejestrowa nr: 000000002093.

<sup>58</sup> Do dnia zakończenia kontroli.

<sup>59</sup> Dotyczyły one m.in.: utworzenia nowych komórek organizacyjnych, a mianowicie: Szkoły rodzenia (w Oleśnicy i Sycowie); Ośrodka Opieki Medycznej Dziennego w Sycowie; Poradni Neonatologicznej; Poradni Preluksacyjnej; Punktu Szczepień; Sterylizatorni; zakończenia działalności Poradni Onkologicznej; kodów resortowych odnoszących się m.in. do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

<sup>60</sup> Wyjątek stanowiło niezgłoszenie przez Szpital organowi prowadzącemu Rejestr, że nie rozpoczęła działalność Poradnia Onkologiczna w Oleśnicy, co zostało stwierdzone w wyniku kontroli NIK P/22/048 – „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”, którą przeprowadzono w PZS w 2022 r. Ostatecznie Szpital zgłosił tą zmianę organowi prowadzącemu Rejestr 12 września 2022 r.

<sup>61</sup> Oględzinom poddano: [1] w Szpitalu w Oleśnicy: wejście do budynku Szpitala; Oddział Chirurgii Ogólnej; Oddział Chorób Wewnętrznych; Oddział Ginekologiczno-Położniczy; Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną; Poradnię Kardiologiczną; [2] w Szpitalu w Sycowie: wejście do budynku Szpitala; Oddział Rehabilitacyjny Neurologiczny; Oddział Rehabilitacyjny; Oddział Medycyny Paliatywnej; Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną.

<sup>62</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (203); 2020 r. (203); 2021 r. (201); 2022 (200).

<sup>63</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (80); 2020 r. (9); 2021 r. (48); 2022 (104).

<sup>64</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (52); 2020 r. (10); 2021 r. (14); 2022 (82).

(13,21%); 2021 r. – 67 (19,65%); 2022 r. – 74 (13,63%); Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – 449, w tym w: 2019 r. – 112 (7,74%); 2020 r. – 103 (7,18%); 2021 r. – 85 (4,63%); 2022 r. – 149 (4,58%).

Do badania w zakresie niezgłaszania się pacjentów na ustalone terminy wizyt wybrano też trzy poradnie z największą liczbą oczekujących w PZS w latach 2019-2022 (według stanu na 31 grudnia każdego roku), tj.: Poradnię Kardiologiczną (1 156 oczekujących)<sup>65</sup>; Poradnię Diabetologiczną (439 oczekujących)<sup>66</sup>; Poradnię Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (254 oczekujących)<sup>67</sup>.

W latach 2019-2022 w ww. poradniach stwierdzono 1 059 przypadków niezgłoszenia się pacjentów na wizytę w wyznaczonym terminie, z tego w: Poradni Kardiologicznej – 235, w tym w: 2019 r. – 55 (2,02%); 2020 r. – 46 (1,72%); 2021 r. – 69 (2,75%); 2022 r. – 65 (2,83%); Poradni Diabetologicznej – 296, w tym w: 2019 r. – 48 (0,91%); 2020 r. – 40 (0,87%); 2021 r. – 69 (1,57%); 2022 r. – 139 (3,34%); Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 528, w tym w: 2019 r. – 155 (2,50%); 2020 r. – 170 (6,28%); 2021 r. – 114 (5,42%); 2022 r. – 89 (4,08%).

(akta kontroli: tom I, str. 514-516)

W PZS:

- podejmowano działania w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie. Stosowano bieżącą weryfikację prowadzonych list osób oczekujących na przyjęcie na Oddział i do Poradni, niezwłocznie informując pacjentów telefonicznie o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia<sup>68</sup>. Pacjenci byli o powyższym informowani według kolejności terminu rejestracji z uwzględnieniem skierowań w trybie pilnym;
- świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej były udzielane<sup>69</sup> zgodnie z kolejnością zgłoszenia<sup>70</sup> w dniach i godzinach ich udzielania;
- w razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia i poinformowaniu o tym przez pacjenta, jeżeli wynikało to z kryteriów medycznych, korygowano odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informowano niezwłocznie pacjenta (telefonicznie) o nowym terminie;
- w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiały zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, informowano pacjenta (telefonicznie) o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie;
- w przypadku gdy pacjent nie wyrażał zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, informowano o możliwości zmiany terminu następnego pacjenta z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia;
- przypomniano pacjentom o zaplanowanych zabiegach w formie telefonicznej<sup>71</sup>.

(akta kontroli: tom I, str. 510; tom II, str. 100-120)

<sup>65</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (319); 2020 r. (184); 2021 r. (260); 2022 (393).

<sup>66</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (57); 2020 r. (8); 2021 r. (109); 2022 (265).

<sup>67</sup> W tym według stanu na 31 grudnia: 2019 r. (116); 2020 r. (9); 2021 r. (27); 2022 (102).

<sup>68</sup> Poinformowania dokonywały rejestratorki „Rejestracji Centralnej” lub sekretarki medyczne danego Oddziału.

<sup>69</sup> Według terminarza prowadzonego w programie Optimed NXT.

<sup>70</sup> Z wyjątkiem przyjmowania poza kolejnością m.in. kobiet w ciąży, inwalidów wojennych i wojskowych, kombatantów, zgodnie z art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.). Dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

<sup>71</sup> Przypomnienia telefonicznego dokonywały sekretarki medyczne na Oddziałach. Postępowanie to praktykowano na Oddziale Chirurgii Ogólnej; Oddziale Rehabilitacyjnym; Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej; Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

**3.4.** PZS nie umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 510-511)

**3.5.** PZS dysponował procedurą (schematem) leczenia bólu na odcinku położniczym Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, opracowaną o skalę VAS<sup>72</sup>. Procedura ta, zawierała czytelny opis postępowania w przypadku leczenia bólu. NIK jako tzw. dobrą praktykę proponuje wprowadzenie podobnych procedur (schematów) na pozostałych Oddziałach Szpitala, na których prowadzone jest leczenie bólu.

Dokumentacji medycznej pięciu pacjentów PSZ<sup>73</sup>, u których stosowano leczenie przeciwbólowe, zawierała karty monitorowania bólu. W kartach tych były wpisy potwierdzające systematyczny monitoring natężenia bólu i wdrażanie jego leczenia.

(akta kontroli: tom I, str. 519-524, 527)

**3.6.** Dyrektor PSZ wydał zarządzenie nr 54/2017 z 13 października 2017 r. w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn oraz zakresu jej działania<sup>74</sup>. Zgodnie z ww. zarządzeniem w PZS m.in.: powołano Komisję (Zespół) ds. profilaktyki i leczenia odleżyn u pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Szpitala i określono jej zadania; uregulowano prowadzenie rejestru pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn oraz pacjentów z powstałymi odleżynami; opisano zasady oceny pacjenta pod kątem zagrożenia powstania odleżyn i zasady stosowania środków w ramach profilaktyki odleżyn. Zarządzenie to nie było w pełni aktualne, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 167-168)

Od 2017 r. w PZS prowadzony był rejestr pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyn oraz pacjentów z powstałymi odleżynami. Raz w roku dokonywane były analizy ilościowe pacjentów zagrożonych odleżynami oraz pacjentów z odleżynami. Wyniki analizy wskazywały, że liczba pacjentów:

- narażonych na wystąpienie odleżyn wynosiła w: 2019 r. – 1 111 (15,06%); 2020 r. – 956 (21,89%); 2021 r. – 280 (9,04%); 2022 r. – 1 198 (20,94%);
- przyjętych na Oddziały z odleżynami wynosiła w: 2019 r. – 439 (5,95%); 2020 r. – 357 (8,17%); 2021 r. – 153 (4,94%); 2022 r. – 415 (7,25%);
- u których odleżyna powstała w trakcie pobytu na Oddziałach wynosiła w: 2019 r. – 47 (0,64%); 2020 r. – 28 (0,66%); 2021 r. – 42 (1,36%); 2022 r. – 51 (0,89%).

Wnioski wynikające z tych analiz były omawiane podczas zebrań pielęgniarek koordynujących (oddziałowych) i służyły ocenie skuteczności opieki pielęgniarskiej w tym zakresie. W 2021 r. PZS zorganizowało kurs specjalistyczny leczenia ran (w tym odleżyn) dla 63 pielęgniarek.

(akta kontroli: tom II, str. 153-166)

Dyrektor wyjaśniła, że *działania zapobiegawcze oraz leczenie przewlekłych ran są na stałe wpisane w postępowania pielęgnacyjno-lecznicze Szpitali w Oleśnicy i Sycowie. Ponadto Oddziały systematycznie wyposażane są w sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn. W PZS stosuje się nowoczesne metody leczenia ran przewlekłych (metoda TIME), z zastosowaniem nowoczesnych opatrunków leczniczych, dostępnych w szpitalnym receptariuszu.*

<sup>72</sup> VAS (Visual Analogue Scale), czyli Wizualna Skala Analogowa; umożliwia pacjentowi sprecyzowanie poziomu bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 maksymalny, możliwy do wyobrażenia. Badanie powtarzane cyklicznie umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego.

<sup>73</sup> Nr historii choroby: 63/2019; 353/2019; 13 859/2023; 14 637/2023; 15 669/2023.

<sup>74</sup> Dalej: zarządzenie w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn.

(akta kontroli: tom I, str. 525)

Na podstawie wybranej próby dokumentacji medycznej pięciu pacjentów<sup>75</sup>, u których prowadzono pielęgnowanie odleżyn ustalono, że stosowano (w zakresie niezdezaktualizowanym) postanowienia zarządzenia w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn, dotyczące m.in. oceny pacjenta pod kątem zagrożenia powstania odleżyn, stosowania środków w ramach profilaktyki odleżyn, czy realizowanego procesu pielęgnacji.

(akta kontroli: tom II, str. 124-152)

3.7. W Szpitalu obowiązywała Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych w podmiocie leczniczym – PZS<sup>76</sup>. Jej celem było zapobieganie występowaniu zdarzeń niepożądanych poprzez analizę źródłową wybranych zdarzeń niepożądanych, wprowadzenie działań naprawczych, w szczególności edukowania personelu, modyfikacji obowiązujących procedur, eliminacji czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych. Przedmiotem ww. procedury były wytyczne postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, w szczególności: tryb zgłaszania; metodyka analizy źródłowej; systematyka gromadzenia danych, ich przetwarzania i przekazywanie informacji zwrotnych dla personelu. Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych obowiązywała we wszystkich jednostkach PZS, dotyczyła wszystkich jego pracowników, pacjentów i przebywających na terenie podmiotu leczniczego. Zgodnie z tą procedurą katalog rejestrowanych działań niepożądanych zawierał m.in.: ciało obce pozostawione w polu operacyjnym; uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego; sepsa po zabiegu operacyjnym; samobójstwo w Szpitalu; niewłaściwe podanie leku; upadki w Szpitalu; samowolne oddalenie się pacjenta ze Szpitala. W procedurze tej wprowadzono i zdefiniowano kategorie zdarzeń niepożądanych, tj. zdarzenie katastrofalne; zdarzenie istotne; zdarzenie umiarkowane. Dokonano podziału zdarzeń niepożądanych według prawdopodobieństwa ich wystąpienia, na: częste; sporadyczne; niezwykle; nieprawdopodobne. Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych określała zasady poufności i zapewniała ochronę personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym.

(akta kontroli: tom I, str. 528-541)

W latach 2019-2023<sup>77</sup> w Szpitalu odnotowano łącznie 30 zdarzeń niepożądanych, w tym w: 2019 r. – dwa; 2020 r. – jedno; 2021 r. – 11; 2022 r. – osiem; 2023 r. – osiem. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa wyjaśniła, że *wzrost zdarzeń niepożądanych w 2021 r. był spowodowany m.in. wzrostem hospitalizacji w tym czasie, wielochorobowością pacjentów i ich cięższym stanem psychofizycznym z uwagi na panującą epidemię COVID-19.*

Spośród 30 zdarzeń niepożądanych, 27 (90%) dotyczyło upadków pacjentów w Szpitalu. Dyrektorka wyjaśniła, że *częste upadki jako zdarzenia niepożądane wynikają ze stanu zdrowia pacjentów (osłabienie, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, zasłabnięcie, splątanie), a także z niestosowania się pacjentów do zaleceń personelu, braku ostrożności przy gwałtownej zmianie pozycji ciała, niskiego poziomu sprawności fizycznej, noszenia niestabilnego obuwia.*

W PZS przygotowywano okresowe raporty dotyczące zdarzeń niepożądanych (za lata 2020-2022), które opracowywał zespół ds. monitorowania zdarzeń niepożądanych

<sup>75</sup> Nr historii choroby: 6 442/2019; 52/2020; 5 993/2021; 14 091/2022; 12 463/2023.

<sup>76</sup> Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora nr 83/2018 z 16 listopada 2018 r. w sprawie wprowadzenia procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych w podmiocie leczniczym – PZS. Dalej: Procedura monitorowania zdarzeń niepożądanych.

<sup>77</sup> Do 29 września 2023 r.

raz w roku. Zespół ten był powołany zarządzeniami Dyrektora<sup>78</sup>. W skład tego zespołu wchodziły pracownicy PZS zatrudnieni na stanowisku: Zastępcy Dyrektora ds. leczenia; Naczelnej Pielęgniarki; Pielęgniarki Epidemiologicznej. Nie dysponowano jednak takim raportem za 2019 r., co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 525-526, 542-544; tom II, str. 192-197, 200)

W oparciu o wyniki analizy raportów podejmowano działania naprawcze (związane z przeciwdziałaniem upadkom), takie jak m.in.: zwiększenie liczby zatrudnionych opiekunów medycznych (z 16 osób w 2019 r. do 32 osób w 2023 r.); zakupienie oraz pozyskanie z Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy łóżek z regulowaną (obniżaną) wysokością leża (łącznie 65 sztuk); wprowadzenie częstszego instruowania pacjentów o możliwości upadku podczas gwałtownego pionizowania się oraz o korzystaniu z pomocy personelu podczas przemieszczania się, czy sięgania po nisko położone przedmioty. Dyrektor wyjaśniła, iż w II kwartale 2024 r. planowane jest wdrożenie w Szpitalu programu zapobiegania upadkom pacjentów w trakcie hospitalizacji.

(akta kontroli: tom II, str. 200-203)

Badanie próby 10 przypadków wystąpienia zdarzeń niepożądanych<sup>79</sup> z lat 2019-2023<sup>80</sup> wykazało, że postępowania Szpitala w sprawie tych zdarzeń były, co do zasady, zgodne z obowiązującą Procedurą monitorowania zdarzeń niepożądanych. Stwierdzono jednak pięć przypadków błędnej kwalifikacji zdarzeń niepożądanych (upadków w Szpitalu) jako przypadków „sporadycznych”, zamiast „częstych”, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 171-191)

**3.8.** W Szpitalu (w latach 2019-2023), nie stwierdzono przypadków korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym PZS, w okresie objętym kontrolą, wykonano łącznie 265 terminacji ciąży ze wskazań medycznych, w tym w: 2019 r. – 30; 2020 r. – 31; 2021 r. – 11; 2022 r. – 77; 2023 r.<sup>81</sup> – 116.

(akta kontroli: tom II, str. 97, 319)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**1.** W PZS nie udostępniono pacjentom części informacji określonych w § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Dotyczyło to w szczególności:

- informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami. Brak takich informacji stwierdzono na: Oddziale Rehabilitacyjnym Neurologicznym; Oddziale Rehabilitacyjnym; Oddziale Medycyny Paliatywnej [Szpital w Sycowie]. Było to niezgodne z § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU;
- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej. Brak informacji w tym zakresie stwierdzono na: Oddziale Rehabilitacyjnym Neurologicznym; Oddziale Rehabilitacyjnym [Szpital w Sycowie]. Było to niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU;
- adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w której świadczeniobiorca uzyska informację

<sup>78</sup> Nr 84/2018 z 16 listopada 2018 r.; 48/2020 z 17 czerwca 2020 r.; 52/2023 z 26 czerwca 2023 r.

<sup>79</sup> Zdarzenie nr: (brak numeru) z 4 maja 2019 r.; 1/2020 z 8 kwietnia 2020 r.; 6/2021 z 23 lipca 2021 r.; 7/2021 z 13 sierpnia 2021 r.; 8/2021 z 6 października 2021 r.; 10/2021 z 24 października 2021 r.; 1/2022 z 1 lutego 2022 r.; 5/2022 z 7 grudnia 2022 r.; 6/2023 z 4 sierpnia 2023 r.; 8/2023 z 4 września 2023 r.

<sup>80</sup> Do 29 września.

<sup>81</sup> Do 31 października 2023 r.



o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ. Brak tych informacji stwierdzono: przy wejściu do budynku Szpitala w Oleśnicy i Szpitala w Sycowie. Było to niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 10a załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU;

- zasad potwierdzania prawa do świadczeń. Brak informacji stwierdzono: przy wejściu do budynku Szpitala w Oleśnicy. Było to niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

Dyrektor wyjaśniła, że *przyczyną nieudostępnienia ww. informacji we wskazanych miejscach było przeoczenie*. Dodała ponadto, że *informacje te zostaną udostępnione w tych miejscach w najbliższym czasie*.

(akta kontroli: tom I, str. 356-364, 368)

2. PZS nie umożliwił pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Tym samym Szpital nie zrealizował wniosku po kontroli NIK P/22/048 – „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”, którą przeprowadzono w PZS w 2022 r. Zgodnie z wnioskiem nr 14 z tej kontroli, Szpital miał doprowadzić do wdrożenia rozwiązań umożliwiających pacjentom m.in. na umawianie się drogą elektroniczną na wizyty.

Dyrektor wyjaśniła, iż *Szpital jest w chwili obecnej w trakcie poszukiwań środków finansowych, które zostaną przekazane na wdrożenie rozwiązań umożliwiających pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia*.

(akta kontroli: tom I, str. 332, 347, 510-511)

3. W PZS obowiązywało niezaktualizowane zarządzenie w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn. Aktualizacji wymagał m.in. skład Komisji (dotyczący trzech osób spośród ośmiu członków), oraz zapis (§ 4 ust. 3 zarządzenia) odnośnie do prowadzenia dokumentacji zgodnie z nieobowiązującą już instrukcją ogólnoszpitalną QI-016/O.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że *do powyższej aktualizacji nie doszło dotychczas z powodu oczekiwania na wejście w życie ustawy z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta<sup>82</sup>*.

NIK zauważa, że ww. ustawa, która określa zasady funkcjonowania systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, weszła w życie 8 września 2023 r. Dniem złożenia wyjaśnień w tym zakresie był natomiast 9 października 2023 r.

(akta kontroli: tom II, str. 167-168, 170)

4. Szpital nie dysponował Raportem zdarzeń niepożądanych za 2019 r. i nie został on przedłożony kontrolerowi NIK na jego żądanie. Wymóg sporządzenia Raportu zdarzeń niepożądanych wynikał z opracowanej w Szpitalu Procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych (pkt 5d).

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach wskazała, że *ww. raport nie został przekazany przez ustępujący zespół ds. zdarzeń niepożądanych obecnie powołanemu nowemu zespołowi i nie jest w stanie określić, gdzie się on znajduje*.

(akta kontroli: tom I, str. 528-541; tom II, str. 206)

5. Stwierdzono pięć przypadków błędnej kwalifikacji zdarzeń niepożądanych (upadków pacjentów w Szpitalu) jako przypadków „sporadycznych” (dotyczy

<sup>82</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1692.

zgłoszenia zdarzenia niepożądanego nr: 8/2021; 10/2021; 1/2022; 5/2022; 6/2023). W zgłoszeniach tych, kwalifikacja upadków w Szpitalu, z uwagi na ich częstotliwość (dziewięć w 2021 r.; osiem w 2022 r.; osiem w 2023 r.), powinna być określona jako zdarzenie „częste”. Zgodnie bowiem z obowiązującą w PZS, Procedurą monitorowania zdarzeń niepożądanych, prawdopodobieństwo zdarzenia częstego występuje kilka razy w ciągu jednego roku, natomiast sporadycznego jeden – dwa razy w roku. Błąd ten nie wpłynął jednak na konieczność przeprowadzenia przewidzianej Procedurą monitorowania zdarzeń niepożądanych, tzw. analizy przyczyn źródłowych (RCA)<sup>83</sup>.

Dyrektor wyjaśniła m.in., iż *przyczyną powyższego, jest określanie częstości występowania zdarzeń niepożądanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych w poszczególnych oddziałach, a co za tym idzie odmienności grup pacjentów obejmowanych opieką, występują różnice w działaniach zapobiegawczych, które są jednym z celów monitorowania zdarzeń niepożądanych w placówkach medycznych.*

NIK wskazuje, że powyższa interpretacja częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych w odniesieniu do komórek organizacyjnych nie znajduje uzasadnienia w Procedurze monitorowania zdarzeń niepożądanych. Procedura ta odnosi się bowiem do całego PZS, nie zaś oddzielnie do jego poszczególnych komórek organizacyjnych.

(akta kontroli: tom I, str. 528-541; tom II, str. 180-189, 206)

#### OCENA CZĄSTKOWA

PZS, co do zasady, zapewnił pacjentom dostępność do świadczeń. Podejmował prawidłowe działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia. W Szpitalu respektowano i stosowano prawo pacjenta do leczenia bólu, a personel medyczny prowadził systematyczny monitoring natężenia bólu, znajdujący odzwierciedlenie w prowadzonej dokumentacji medycznej. Stosowano w praktyce postanowienia zarządzenia w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn. W PZS opracowano system zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a ocenę gromadzonych danych wykorzystywano w celu poprawy funkcjonowania Szpitala i zapewnienia przestrzegania praw pacjenta. W Szpitalu, nie stwierdzono przypadków korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

Stwierdzone w kontrolowanym obszarze nieprawidłowości dotyczyły: [1] niedostępności części informacji określonych w § 11 ust. 1 i 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU; [2] braku umożliwienia pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia; [3] niezaktualizowania zarządzenia w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn; [4] niedysponowania Raportem zdarzeń niepożądanych za rok 2019; [5] błędnej kwalifikacji częstotliwości (prawdopodobieństwa) wystąpienia zdarzeń niepożądanych (upadków w Szpitalu).

#### OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. Dokumentację medyczną (wchodzącą w skład historii choroby)<sup>84</sup> w PZS prowadzono w formie:

- elektronicznej<sup>85</sup>, w zakresie takich dokumentów jak m.in.: karta obserwacji, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej / fizjoterapeutycznej, protokół operacyjny, wyniki

<sup>83</sup> Root Cause Analysis.

<sup>84</sup> Według stanu na 30 października 2023 r.

<sup>85</sup> 70% z całości dokumentacji medycznej.

badania i konsultacji, skierowania, karta statystyczna, karta obserwacji miejsc wklucia, bilans płynów, natężenie bólu po operacji, badanie lekarskie przy przyjęciu do Szpitala, ocena ryzyka nabycia zakażenia przy przyjęciu do Szpitala, karta urodzenia, recepty, informacje o zgonie;

- papierowej<sup>86</sup>, w zakresie takich dokumentów jak m.in.: zgoda na udzielane świadczenia, karta zleceń lekarskich, karta znieczulenia, protokół pielęgniarki operacyjnej, karta kontroli okołoperacyjnej, ankiety anestezyjologiczne.

Dyrektor wyjaśniła, że w PZS dokumentacja medyczna nie jest prowadzona w pełni w formie elektronicznej, ze względu na sytuację finansowo-ekonomiczną placówki i warunki organizacyjno-techniczne, które uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w pełni w postaci elektronicznej.

(akta kontroli: tom II, str. 210, 254-259, 289, 316-317)

Badanie próby dokumentacji 20 pacjentów hospitalizowanych w PZS w 2022 r., w tym: pięciu na Oddziale Chirurgii Ogólnej<sup>87</sup>, pięciu na Oddziale Chorób Wewnętrznych<sup>88</sup>, trzech na Oddziale Pediatrycznym<sup>89</sup>, dwóch na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym<sup>90</sup>, jednego na Oddziale / Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym<sup>91</sup>, jednego na Oddziale Rehabilitacyjnym<sup>92</sup>, jednego na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej<sup>93</sup>, dwóch na Oddziale Medycyny Paliatywnej<sup>94</sup>, wykazało, że:

- dokumentacja spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta, tj. zawierała m.in. 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;
- dokumentacja zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>95</sup>, m.in. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, informacje dotyczące stanu zdrowia;
- wpisy w dokumentacji były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego z oznaczeniem osoby, która ich dokonała;
- system teleinformatyczny (Optimed NXT<sup>96</sup>), w którym była prowadzona dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej, wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych, a także zapewniał informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany;
- wpisy w przypadku dokumentacji w postaci papierowej były dokonywane w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. W przypadku jednego błędnego wpisu skreślano go i umieszczano oznaczenie osoby tego dokonującej, jednakże nie zamieszczono przy nim adnotacji o przyczynie błędu i daty, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- dokumentacja była kompletna, stanowiła chronologicznie uporządkowaną całość, natomiast strony dokumentacji w postaci papierowej nie były ponumerowane

<sup>86</sup> 30% z całości dokumentacji medycznej.

<sup>87</sup> Nr historii choroby: 1 110/2022; 8 111/2022; 15 850/2022; 15 864/2022; 16 993/2022.

<sup>88</sup> Nr historii choroby: 1 127/2022; 4 650/2022; 16 969/2022; 17 671/2022; 17 674/2022.

<sup>89</sup> Nr historii choroby: 15 231/2022; 16 284/2022; 17 650/2022.

<sup>90</sup> Nr historii choroby: 1 157/2022; 4 656/2022.

<sup>91</sup> Nr historii choroby: 5 078/2022.

<sup>92</sup> Nr historii choroby: 319/2022.

<sup>93</sup> Nr historii choroby: 305/2022.

<sup>94</sup> Nr historii choroby: 247/2022; 504/2022.

<sup>95</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

<sup>96</sup> Wdrożony w PZS 3 października 2018 r.

we wszystkich badanych dokumentacjach, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej i pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierały oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta;
- w dokumentacji zawarte były wymagane przepisami zgody i oświadczenia pacjenta, tj. o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji innej osobie ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko.

(akta kontroli: tom II, str. 210, 230-231, 254-261)

**4.2.** Warunki udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu określono w § 55-57 Regulaminu Organizacyjnego PZS. Zgodnie z postanowieniami § 55 ust. 2 tego Regulaminu, Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o prawach pacjenta oraz w rozporządzeniu 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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)<sup>97</sup>.

W myśl § 55 ust. 4 ww. Regulaminu, za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii (w tym w formie odwzorowania cyfrowego /skanu/), wydruku lub na informatycznym nośniku danych, Szpital pobiera opłatę z wyłączeniem m.in.: opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej, opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi po raz pierwszy, udostępnienia dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Stosownie do § 56 ust. 2 Regulaminu, maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie przekraczała wymaganego poziomu procentowego przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale bieżącego roku.

(akta kontroli: tom I, str. 221-222)

Dyrektor zarządzeniem nr 29/2021 z 11 lutego 2021 r. w sprawie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, ze zm.<sup>98</sup>, określił wysokość opłaty za udostępnienie m.in. wyciągu i kopii dokumentacji medycznej. Postanowienia powyższego zarządzenia były zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami<sup>99</sup>.

(akta kontroli: tom II, str. 214-226)

W PZS pacjenci, opiekunowie prawni oraz osoby wskazane przez pacjenta byli informowani o prawie dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta ustnie m.in. przez sekretarki na Oddziałach oraz poprzez zamieszczenie stosownych w tym zakresie informacji na stronie internetowej Szpitala w „Strefie Pacjenta”<sup>100</sup>. Wnioski o wydanie kopii dokumentacji medycznej kierowano do Działu

<sup>97</sup> Dz. Urz. UE. L Nr 119 z 4 maja 2016 r., str. 1.

<sup>98</sup> Zmiany wprowadzono w pięcioma aneksami do zarządzenia, tj. z 1 maja 2021 r.; 1 marca 2022 r.; 1 stycznia 2023 r.; 1 marca 2023 r.; 1 sierpnia 2023 r. Przed niniejszym zarządzeniem obowiązywały w tym zakresie (w okresie objętym kontrolą) zarządzenia Dyrektora nr: 25/2019 z 28 marca 2019 r.; 35/2019 r. z 23 maja 2019 r.; 62/2019 z 27 sierpnia 2019 r.; 7/2020 r. z 17 stycznia 2020 r.; 26/2020 z 19 marca 2020 r.; 38/2020 z 19 maja 2020 r.; 76/2020 r. z 21 października 2020 r.

<sup>99</sup> M.in. z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

<sup>100</sup> W „Strefie Pacjenta” informowano m.in., że dokumentacja medyczna udostępniania jest na podstawie wniosku pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego pisemnie upoważnionej. Wniosek należy pobrać osobiście z PZS lub ze strony [www.pzsolesnica.pl](http://www.pzsolesnica.pl) i złożyć w Dziale Statystyki, Sprzedaży

Statystyki, Sprzedaży i Dokumentacji Medycznej, gdzie były weryfikowane pod kątem poprawności wypełnienia oraz możliwości udostępnienia wnioskowanej dokumentacji osobie składającej wnioski.

(akta kontroli: tom I, str. 292; tom II, str. 211, 229)

PZS udostępniał dokumentację medyczną pacjentom, ich opiekunom prawnym oraz osobom wskazanym przez pacjenta w: 2019 r. – w 271 przypadkach; 2020 r. – w 256 przypadkach; 2021 r. – w 151 przypadkach; 2022 r. – w 167 przypadkach; 2023 r.<sup>101</sup> – w 119 przypadkach.

(akta kontroli: tom II, str. 252)

Badanie próby udostępniania dokumentacji 20 pacjentów hospitalizowanych w PZS w 2022 r.<sup>102</sup> wykazało, że:

- udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami;
- w przypadku wysyłania korespondencji z danymi pacjentów e-mailowo (kopie dokumentacji medycznej, wyniki badań) stosowano szyfrowanie załączników, a hasło dostępowe do plików przekazywano odrębnym kanałem;
- wnioski o udostępnienie dokumentacji składano w formie pisemnej.

(akta kontroli: tom II, str. 211-212, 214-228, 232-236, 290)

**4.3.** W PZS nie opracowano udokumentowanych procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, o których stanowi § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 212, 247)

Aktualizacji oprogramowania Optimed NXT<sup>103</sup>, dokonywano po jej otrzymaniu od producenta (Firmy Comarch). Kopie zapasowe tego systemu były tworzone raz dziennie i przechowywane w chmurze (zaszyfrowany serwer poza Szpitalem).

(akta kontroli: tom II, str. 210, 264-266, 268-269, 289)

Przeprowadzone oględziny przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej wykazały, że dokumentacja ta sporządzona przed 2022 r. w Szpitalu w Oleśnicy oraz przed 2019 r. w Szpitalu w Sycowie, znajdowała się w pomieszczeniach piwnicznych budynków ww. Szpitali, natomiast dokumentacja w formie papierowej sporządzona od 2022 r. przechowywana była w pomieszczeniach na wyższych kondygnacjach budynków Szpitali.

Dyrektor wyjaśniła, iż w związku z trudną sytuacją ekonomiczno-finansową, PZS nie stać na wynajmowanie pomieszczeń do przechowywania dokumentacji medycznej. Równocześnie Dyrektor zadeklarowała przeniesienie dokumentacji przechowywanej w pomieszczeniach znajdujących się w piwnicach do pomieszczeń usytuowanych na parterze Szpitala w Sycowie.

(akta kontroli: tom II, str. 237-243, 247)

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się w PZS przez personel Szpitala, posiadający wymagane upoważnienia nadane przez administratora.

(akta kontroli: tom II, str. 265, 315)

---

i Dokumentacji Medycznej, w rejestracji szpitalnej, przesać na adres e-mail: sekretariat@pzsolesnica.pl, bądź przesać pocztą na adres PZS.

<sup>101</sup> Do 18 października 2023 r.

<sup>102</sup> Nr historii choroby: 215/2022; 366/2022; 934/2022; 2 762/2022; 2 985/2022; 3 774/2022; 5 359/2022; 6 364/2022; 7 090/2022; 9 453/2022; 10 793/2022; 11 540/2022; 11 638/2022; 12 260/2022; 12 983/2022; 13 482/2022; 13 772/2022; 15 745/2022; 16 939/2022; 17 503/2022.

<sup>103</sup> Wykorzystwanego do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

W Szpitalu nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej, o czym stanowi § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 212-213, 247)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W jednym przypadku<sup>104</sup> (na 20 badanych) przy dokonaniu skreślenia na dokumentacji medycznej w formie papierowej, w części „Wstępne rozpoznanie ustalone przez lekarza przy przyjęciu”, nie było adnotacji o przyczynie błędu i daty, co było niezgodne z § 4 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w myśl którego wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Dyrektor wyjaśniła, że *przyczyną powyższej nieprawidłowości było przeoczenie, przez osobę dokonującą korekty.*

(akta kontroli: tom II, str. 230, 246)

2. We wszystkich 20 badanych dokumentacjach<sup>105</sup> w formie papierowej, strony dokumentacji nie były ponumerowane, co było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w myśl którego m.in. strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

Dyrektor wyjaśniła, iż *w PZS nie praktykuje się numeracji stron w dokumentacji medycznej w formie papierowej. Wytworzone dokumenty znajdujące się w historii choroby obejmują okres od przyjęcia do wypisu/zgonu pacjenta. Dodała także: Deklarujemy zmianę w tej kwestii. Personel tworzący dokumentację zostanie przeszkolony celem postępowania zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentacji.*

(akta kontroli: tom II, str. 246-247, 260-261)

3. W PZS nie opracowano udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania, o których stanowi § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Dyrektor wyjaśniła, że *w związku z rozpoczęciem prac nad wdrożeniem systemu jakości, w PZS nastąpi opracowanie procedur, które zawierać będą treści dostępu oraz sposobu przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.*

(akta kontroli: tom II, str. 212, 247)

4. W Szpitalu nie stosowano systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej, o czym stanowi § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Dyrektor wyjaśniła, że *w związku z rozpoczęciem prac nad wdrożeniem systemu jakości, w PZS zostanie wprowadzone szacowanie ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej przeprowadzane jeden raz w roku.*

(akta kontroli: tom II, str. 213, 247)

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w PZS, udostępniania zawartych w niej danych oraz jej zabezpieczenia był, co do zasady zgodny, z obowiązującymi

<sup>104</sup> Nr historii choroby: 8 111/2022.

<sup>105</sup> Nr historii choroby: 1 110/2022; 8 111/2022; 15 850/2022; 15 864/2022; 16 993/2022; 1 127/2022; 4 650/2022; 16 969/2022; 17 671/2022; 17 674/2022; 15 231/2022; 16 284/2022; 17 650/2022; 1 157/2022; 4 656/2022; 5 078/2022; 319/2022; 305/2022; 247/2022; 504/2022.

w tym zakresie przepisami. Udostępnianie dokumentacji odbywało się bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się w PZS przez upoważniony do tego celu personel. Przeprowadzono również wymagane aktualizacje systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Stwierdzone nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły: [1] braku adnotacji o przyczynie błędu i daty przy dokonanych skreśleniach na dokumentacji medycznej w postaci papierowej; [2] braku numeracji stron dokumentacji medycznej w postaci papierowej; [3] nieopracowania udokumentowanych procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania; [4] niestosowania systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej.

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

Opis stanu faktycznego

**5.1.** Oględziny Oddziału Medycyny Paliatywnej, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Chirurgii Ogólnej wykazały, że warunki pobytu pacjentów, co do zasady, zapewniały poszanowanie prawa pacjenta do intymności i godności, poprzez m.in.: wyodrębnienie pomieszczeń do prowadzenia badań, wywiadów z pacjentami, przekazywania im informacji o wynikach badań, niezamieszczenie kart gorączkowych przy łóżkach (prowadzone były elektronicznie), odpowiedni stan techniczny i sanitarny pomieszczeń szpitalnych. Nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych stwierdzono dwie sale sześciuosobowe<sup>106</sup> i na Oddziale Chirurgii Ogólnej dwie sale sześciuosobowe<sup>107</sup>.

Dyrektor w odniesieniu do funkcjonowania w Szpitalu sal wieloosobowych wyjaśniła m.in., że z teoretycznego punktu widzenia istnieje możliwość zmniejszenia liczby chorych przebywających na salach poprzez zmniejszenie liczby zakontraktowanych z NFZ łóżek, natomiast biorąc pod uwagę wielkość Powiatu Oleśnickiego, zbyt małą liczbę oddziałów o podobnym profilu w województwie w porównaniu z potrzebami, można z kolei uznać takie działanie, za naruszanie prawa do świadczeń zdrowotnych. Dyrektor wskazała ponadto, iż aby zapewnić prawo do intymności w salach wieloosobowych PZS wykorzystuje się m.in. mobilne parawany w trakcie czynności pielęgnacyjnych, podczas wykonywania zabiegów, oddzielne pomieszczenia do przeprowadzania badań, zbierania wywiadów z pacjentami, przekazywania informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym i rokowaniach. Przy braku możliwości przejścia pacjenta do takiego oddzielnego pomieszczenia, ze względu na jego stan zdrowia, powyższe odbywa się przy łóżku chorego, w atmosferze spokoju i szacunku.

(akta kontroli: tom II, str. 295-307, 310)

Ponadto w ww. salach sześciuosobowych (dwóch na Oddziale Chorób Wewnętrznych i dwóch na Oddziale Chirurgii Ogólnej) stwierdzono, że dostęp do łącznie ośmiu łóżek (w tym do dwóch na każdej z tych sal) był ograniczony do dwóch stron, w tym jednej dłuższej (dostęp ten powinien być z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych), co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 311-312)

W zakresie zapewnienia warunków pobytu pacjentów w Szpitalu, z wyjątkiem powyższych uwag, nie stwierdzono odstępstw od postanowień § 51 Regulaminu Organizacyjnego PZS, dotyczącego m.in. praw pacjenta.

<sup>106</sup> Nr 102 i 105.

<sup>107</sup> Nr 206 i 220.

(akta kontroli: tom I, str. 219)

Zasady odwiedzin uregulowano w § 58 Regulaminu Organizacyjnego PZS. Zgodnie z tym przepisem odwiedziny pacjentów przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się codziennie w godzinach wyznaczonych przez Kierowników Oddziałów. Dyrektor wyjaśniła, że *w praktyce PZS pacjenci mogą być odwiedzani o każdej porze, a celem powyższego przepisu jest zapewnienie Kierownikom Oddziałów możliwości wprowadzenia ograniczeń w tym zakresie, jeśli wymaga tego sytuacja*, np. ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych.

Zgodnie z powyższym przepisem m.in.: odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób niezakłócający normalnej pracy oddziału oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju; odwiedzający jest obowiązany zachować ciszę i spokój w Szpitalu; odwiedzających obowiązuje zakaz wnoszenia na teren Szpitala i spożywania napojów alkoholowych, odwiedzin w stanie nietrzeźwym; osoba odwiedzająca ma obowiązek podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Szpitala w trakcie odwiedzin; miejscem przeznaczonym do odwiedzin są sale pacjentów oraz sale pobytu dziennego.

(akta kontroli: tom I, str. 222)

**5.2.** W Szpitalu nie opracowano wewnętrznej procedury dotyczącej zapewnienia prawa do umierania w spokoju i godności. Zastępca Dyrektor ds. Lecznictwa wyjaśniła, że *na oddziałach szpitalnych stosuje się zasadę umieszczania pacjentów w stanie terminalnym, w miarę możliwości, w salach jednoosobowych, umożliwiając kontakt z bliskimi, tworząc atmosferę spokoju, szacunku i wyciszenia i w związku z powyższym nie ma potrzeby tworzenia takiego dokumentu.*

(akta kontroli: tom II, str. 250)

Ogłędziny Oddziału Medycyny Paliatywnej, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Chirurgii Ogólnej, wykazały dysponowanie na ww. Oddziałach salami (jedno osobowymi i dwuosobowymi), na których zgodnie z wyjaśnieniami – uczestniczącej w ogłędzinach – Naczelnej Pielęgniarki Szpitala, *umieszcza się pacjentów umierających.*

(akta kontroli: tom II, str. 296, 300-301)

Kwestia nierespektowania prawa do umierania w spokoju i godności w latach 2019-2023<sup>108</sup>, nie była przedmiotem skarg zgłaszanych do PZS przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli: tom II, str. 308)

**5.3.** W § 63 ust. 1-2 Regulaminu Organizacyjnego PZS określono, że infrastruktura Szpitala jest objęta monitoringiem wizyjnym, a szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego określa „Regulamin Monitoringu Wizyjnego”. PZS nie opracował jednak „Regulaminu Monitoringu Wizyjnego”, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli: tom I, str. 225; tom II, str. 251)

Rejestracja obrazu w Szpitalu w Oleśnicy była prowadzona w miejscach ogólnodostępnych, tj. na klatkach schodowych, korytarzach, w holu / poczekalni Izby Przyjęć, przy wejściu do poradni oraz przy tylnym wejściu do Szpitala. W Szpitalu w Sycowie monitorowany był korytarz na parterze oraz obszar wokół Szpitala (miejscza ogólnodostępne). Rejestrację tą prowadzono przez 24 godziny na dobę. Nagrania były przechowywane od trzech do czterech tygodni (w zależności od pojemności dysku zamontowanego w rejestratorze), a następnie były nadpisywane.

(akta kontroli: tom II, str. 251, 296-297, 301, 303)

---

<sup>108</sup> Do 24 października 2023 r.



Niezależnie od powyższego kamery były zainstalowane w salach pacjentów w pomieszczeniach Oddziału Pediatrycznego, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Chirurgii Ogólnej<sup>109</sup>. Zostały one zamontowane (w latach 2020-2021)<sup>110</sup>, w trakcie trwania epidemii COVID-19, na podstawie § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>111</sup>. W Oddziałach tych nagrań dokonywano do 16 maja 2022 r.<sup>112</sup>. Celem ich zamontowania i rejestracji obrazu było m.in. zapewnienie bezpieczeństwa chorym na COVID-19, leczonych w pomieszczeniach tych Oddziałów. Obecnie kamery na ww. Oddziałach zostały wyłączone. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że *przyczyną wyłączenia kamer jest brak określenia potrzeby stosowania monitoringu pacjentów w trakcie pobytu w salach chorych*.

Pacjenci PZS byli informowani o stosowaniu monitoringu wizyjnego w Szpitalu, za pomocą specjalnych piktogramów umieszczonych w ogólnodostępnych miejscach monitorowania.

(akta kontroli: tom II, str. 251, 293-294, 296, 300-301)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W czterech salach sześciuosobowych (w tym dwóch na Oddziale Chorób Wewnętrznych<sup>113</sup> i dwóch na Oddziale Chirurgii Ogólnej<sup>114</sup>) dostęp do łącznie ośmiu łóżek (w tym do dwóch łóżek na każdej z tych sal) był ograniczony do dwóch stron, w tym jednej dłuższej. Było to niezgodne z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, w myśl którego łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Dyrektor wyjaśniła, iż *nie przewiduje modernizacji Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej w najbliższym czasie, ze względu na trudną sytuację finansową PZS. W chwili obecnej wszystkie łóżka w salach chorych posiadają kółka i wygodne w obsłudze hamulce, które umożliwiają natychmiastowy dostęp do łóżka z trzech stron. Wydaje się, iż przepis § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, powinien zostać poddany analizie i mieć zastosowanie do nowo powstających oddziałów*.

NIK wskazuje, że powyższy przepis stanowi o dostępności do łóżka z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a nie jedynie o możliwości natychmiastowego (w razie potrzeby) takiego zapewnienia.

(akta kontroli: tom II, str. 311-312, 314)

2. PZS nie opracował „Regulaminu Monitoringu Wizyjnego”, o którym stanowi § 63 ust. 2 Regulaminu Organizacyjnego PZS.

Dyrektor wyjaśniła, że *powodem powyższego jest brak decyzji odnośnie miejsc, w których monitoring jest niezbędny*.

(akta kontroli: tom I, str. 225; tom II str. 251, 293)

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, co do zasady, respektowały prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności.

<sup>109</sup> Kamery zainstalowano w sali 219 i na korytarzu Oddziału.

<sup>110</sup> Kiedy pomieszczenia tych Oddziałów były przeznaczane na leczenie chorych z COVID-19. Od momentu zamontowania kamer dokonywano rejestracji obrazu.

<sup>111</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402. Dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

<sup>112</sup> Do momentu zniesienia stanu epidemii.

<sup>113</sup> Nr 102 i 105.

<sup>114</sup> Nr 206 i 220.

PZS dysponował wyodrębnionymi pomieszczeniami do prowadzenia badań, wywiadów z pacjentami, czy przekazywania im informacji o wynikach badań. Stwierdzono odpowiedni stan techniczny i sanitarny pomieszczeń szpitalnych. Nie było przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych. Zasady odwiedzin uregulowano odpowiednio w Regulaminie Organizacyjnym PZS. W Szpitalu istniały warunki zapewniające umiowanie w spokoju i godności. Wprowadzony w PZS system obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.

Stwierdzone nieprawidłowości w kontrolowanym zakresie dotyczyły: [1] ograniczenia dostępu w przypadku ośmiu łóżek (w łącznie czterech salach chorych) do dwóch stron w tym jednej dłuższej; [2] nieopracowania „Regulaminu Monitoringu Wizyjnego”.

## 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:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Zapewnienie terminowego rozpatrywania skarg wpływających do PZS.
2. Przekazywanie skarżącym zawiadomień zawierających informacje o sposobie załatwienia skarg, podpisanych przez uprawnione osoby.
3. Ujęcie w § 51 ust. 1 Regulaminu Organizacyjnego PZS informacji o wszystkich prawach pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
4. Uzupełnienie postanowień Regulaminu Organizacyjnego PZS o elementy określone w art. 24 ust. 1 pkt 11 i 12 ustawy o działalności leczniczej.
5. Zapewnienie prawidłowego wypełniania zgód na zabieg / operację.
6. Zapewnienie w budynkach PZS udostępnienia kompletnych informacji wynikających z § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.
7. Podjęcie działań celem doprowadzenia do wdrożenia rozwiązań umożliwiających pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.
8. Zaktualizowanie zarządzenia w sprawie powołania Komisji ds. profilaktyki i leczenia odleżyn.
9. Podjęcie działań organizacyjnych celem zapewnienia dysponowania przez Szpital kompletem raportów w zakresie zdarzeń niepożądanych.
10. Kwalifikowanie częstotliwości (prawdopodobieństwa) wystąpienia zdarzeń niepożądanych w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych.
11. Korygowanie błędnych zapisów w dokumentacji medycznej w formie papierowej zgodnie z przyjętymi zasadami, tj. poprzez oznaczenie osoby dokonującej adnotacji oraz zamieszczanie adnotacji o przyczynie błędu i dacie korekty.
12. Numerowanie stron dokumentacji medycznej w formie papierowej.
13. Podjęcie skutecznych działań celem opracowania i stosowania udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania.
14. Dokonywanie systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej.

15. Podjęcie działań w zakresie zapewnienia w salach chorych stałego dostępu do łóżka pacjenta z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

16. Opracowanie „Regulaminu Monitoringu Wizyjnego”.

## 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 we Wrocławiu. 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 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.

Wrocław, 15 grudnia 2023 r.

Kontroler  
Radosław Chodziński  
Starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu  
Dyrektor

z up. Krzysztof Calka  
Wicedyrektor

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*