



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.31.2.2023

Pani

Agnieszka Chrobak

Dyrektor

Szpitala Specjalistycznego

im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

Szpital Specjalistyczny

im. A. Falkiewicza

ul. Warszawska 2

52-114 Wrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15-17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Chrobak – Dyrektor Szpitala, od 14 marca 2023 r. ² , uprzednio, tj. od 1 października 2022 r., pełniąca obowiązki Dyrektora Szpitala. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Janusz Wróbel, od 16 listopada 2006 r. do 31 marca 2020 r.; Mariusz Sidor – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala, na podstawie upoważnienia Dyrektora Szpitala od 1 kwietnia 2020 r. do 26 lipca 2020 r. i Paweł Błasiak od 27 lipca 2020 r. do 30 września 2022 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem prawa pacjenta.2. Przestrzeganie prawa do informacji.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w nich danych.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia czynności kontrolnych ³ z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	Jerzy Skowroński – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/171/2023 z 10 października 2023 r.; Angelika Gagon – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli LWR/180/2023 z 30 października 2023 r.

(akta kontroli: tom I, str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor Szpitala.

³ Tj. do 15 grudnia 2023 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu właściwie sprawowano nadzór nad przestrzeganiem 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. Informacje na temat praw pacjenta oraz organizacji pracy Szpitala umieszczone były w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej Szpitala. Przed wyrażeniem zgody na wykonanie procedur medycznych, pacjenci uzyskiwali informację na temat planowanych zabiegów i możliwych powikłań. Podejmowano systematyczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń, rzetelnie odnotowywano i dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu. W Szpitalu, pomimo trudnych warunków lokalowych, podejmowano działania mające na celu zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z poszanowaniem ich prawa do intymności i godności. Dokumentacja medyczna pacjentów Szpitala, co do zasady, spełniała wymagania określone w stosownych przepisach.

Szpital nie w pełni zrealizował obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w postaci elektronicznej, mimo że dysponował dostosowaną do tego infrastrukturą teleinformatyczną. W wyniku kontroli stwierdzono także brak rzetelności w sporządzaniu kart informacyjnych z pobytu w Szpitalu.

W Szpitalu w niedostatecznym stopniu zapewniano ochronę dokumentacji medycznej pacjentów. Kontrola wykazała bowiem: **[1]** brak systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji oraz zarządzania tym ryzykiem, **[2]** dopuszczenie do przetwarzania danych osobowych pacjentów przez osoby, które nie posiadały upoważnienia Administratora Danych Osobowych, **[3]** niezapewnienie bezpiecznych warunków przechowywania tej dokumentacji w archiwum zakładowym Szpitala.

W obszarze przestrzegania prawa do świadczeń zdrowotnych stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz o osobach kierujących danym oddziałem Szpitalnym.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem prawa pacjenta

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło łącznie 59 skarg pacjentów/opiekunów prawnych, z których wszystkie dotyczyły praw pacjenta, w tym 11 skarg w 2019 r., cztery skargi w 2020 r., 10 skarg w 2021 r., 20 skarg w 2022 r. i 14 skarg w 2023 r. (do 30 września). Liczba złożonych skarg z lat 2020-2022 wykazywała tendencję wzrostową.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wzrost liczby złożonych skarg może wynikać z poniższych przyczyn, cyt. „*[1] świadomość pacjentów dotycząca ich praw jest coraz większa, co może przyczyniać się do większej liczby skarg; [2] lata 2020 – 2021, to okres trwania pandemii Covid, w którym pacjenci świadomi wprowadzonych ograniczeń, rzadziej zgłaszali skargi dotyczące swoich praw; [3] od 2022 r. Dyrekcja Szpitala prowadzi działania przyczyniające się do podnoszenia jakości udzielanych*

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

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

świadczeń medycznych. Swoje dążenia przedstawia pacjentom w mediach społecznościowych oraz na stronie internetowej Szpitala. Zachęcamy pacjentów do zgłaszania zauważonych nieprawidłowości. Każde nieodpowiednie postępowanie jest analizowane i poddawane działaniom naprawczym.”.

Spośród złożonych w badanym okresie skarg pacjentów/opiekunów prawnych Szpital, stosując obowiązujące w badanym okresie procedury⁷ dotyczące postępowania w przypadku skarg i wniosków uznał 17 skarg za zasadne i 34 skargi jako niezasadne. Jedną skargę złożono anonimowo i siedem skarg podlegało procedowaniu prowadzonemu przez radcę prawnego Szpitala.

Z analizy 17 skarg uznanych za zasadne, wynikało, że Szpital, w skargach tych potwierdził 24 przypadki⁸ naruszenia sześciu przepisów ustawy o prawach pacjenta, z czego:

- art. 8 [Należyta staranność; przestrzeganie zasad etyki zawodowej], dziesięciokrotnie, co stanowiło 41,67% łącznej liczby naruszeń przepisów;
- art. 9 [Prawo pacjenta do informacji], jednokrotnie, co stanowiło 4,17% łącznej liczby naruszeń przepisów;
- art.20 [Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta], ośmiokrotnie, co stanowiło 33,33% łącznej liczby naruszeń przepisów;
- art. 20a [Prawo do leczenia bólu], jednokrotnie, co stanowiło 4,17% łącznej liczby naruszeń przepisów;
- art. 22 [Obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie godności pacjenta], trzykrotnie, co stanowiło 12,50% łącznej liczby naruszeń przepisów;
- art. 24 [Obowiązek przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej łącznej], jednokrotnie, co stanowiło 4,17% łącznej liczby naruszeń przepisów.

Z 24 naruszeń przepisów ustawy o prawach pacjenta – 13 przypadków dotyczyło Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

(akta kontroli: tom I, str. 81-98, 509)

Z analizy próby 20 skarg⁹ wynikało, że Szpital w każdym z przypadków podejmował działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego oraz informował wnoszącego skargę o sposobie jej załatwienia. Wszystkie analizowane skargi, Szpital rozpatrywał w terminie do 30 dni od daty ich wpływu.

(akta kontroli: tom I, str. 84-98)

1.2. W badanym okresie w Szpitalu, stosownie do postanowień Regulaminu organizacyjnego, zarządzeniami¹⁰ Dyrektora Szpitala wprowadzono wzory ankiet do badania satysfakcji pacjenta. Adresatami ankiet byli pacjenci wszystkich¹¹ oddziałów Szpitala. Badania ankietowe prowadzone były w sposób ciągły i kończyły się sporządzeniem stosownej analizy. Pytania ankietowe obejmowały obszary: [1] organizację przyjęcia do Szpitala, [2] ocenę pobytu w oddziałach, w tym m.in. warunki pobytu, opiekę lekarską, opiekę pielęgniarską, opiekę fizjoterapeutyczną, ocenę poziomu obsługi.

⁷ Tj.: [1] Zasady postępowania w przypadku skarg i wniosków, obowiązujące od 28 listopada 2016 r. i [2] Postępowanie w przypadku skarg i wniosków, obowiązujące od 12 kwietnia 2021 r.

⁸ W jednej skardze wskazano na trzy naruszone przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.); dalej: ustawa o prawach pacjenta.

⁹ 17 zasadnych i trzech niezasadnych.

¹⁰ Zarządzenie nr 61/2013 i zarządzenie nr 78/2021.

¹¹ Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Oddziału Pediatryczno-Reumatologicznego i Oddziału Neonatologicznego.

Wyniki ankiet wskazały, że pacjenci na ogół pozytywnie oceniali pobyt w Szpitalu, jednakże krytyczne oceny dotyczyły obszarów obejmujących prawa pacjenta¹². Wyniki prowadzonych badań satysfakcji pacjentów były przedmiotem okresowych analiz kierownictwa Szpitala. Wnioski wynikające z tych badań zmierzały do poprawy jakości świadczonych usług i lepszego przestrzegania praw pacjenta.

(akta kontroli: tom I, str. 190-209)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono jedną kontrolę zewnętrzną, tj. przegląd akredytacyjny, która obejmowała swym zakresem również sprawy przestrzegania praw pacjenta. Przegląd akredytacyjny przeprowadziło Centrum Monitorowania Jakości w Opiece Zdrowotnej w okresie od 24 listopada do 26 listopada 2021 r. W zaleceniach z ww. przeglądu zagadnienia dotyczące praw pacjenta nie były wymienione wśród zagadnień skierowanych do poprawy w celu spełnienia standardów akredytacyjnych.

Ponadto w latach 2019-2023¹³ Szpital samodzielnie przeprowadził 12 przeglądów siedmiu¹⁴ komórek organizacyjnych, których zakres obejmował wszystkie standardy akredytacyjne. Przeglądy wewnątrz potwierdziły zaznajomienie personelu objętego przeglądem z procedurami związanymi z przestrzeganiem praw pacjenta.

(akta kontroli: tom I, str. 210-305)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem prawa pacjenta.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szpital, wykonując dyspozycję art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, udostępniał informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej poprzez umieszczenie jej na tablicach informacyjnych usytuowanych w miejscach ogólnodostępnych (na oddziałach, przy izbie przyjęć) oraz w przygotowanych na oddziałach informacjach dla pacjentów¹⁵. Informacje o prawa pacjenta Szpital umieścił również na swojej stronie internetowej¹⁶.

(akta kontroli: tom II, str. 332-346)

2.2. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala, obowiązującym w czasie kontroli NIK, przyjętym zarządzeniem nr 7/2023 r. z dnia 13 stycznia 2023 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza w Wrocławiu – wydanie V, określono m.in.: [1] nazwę podmiotu; [2] cele i zadania; [3] strukturę organizacyjną zakładu leczniczego; [4] rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; [5] miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; [6] przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; [7] organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu

¹² Krytyczne oceny pacjentów wynikające z ankiet dotyczyły odpowiedzi na pytanie z zakresu: Informowanie pacjentów podczas pobytu w Oddziałach: informowanie pacjentów o prawach pacjenta - oceny negatywnie: 14% w 2020 r., 11% w 2021 r., 7% w 2022 r.

¹³ Do dnia zakończenia kontroli.

¹⁴ Pododdziału Ginekologii Operacyjnej i Patologii Ciąży – trzy przeglądy; Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii – dwa przeglądy; Oddziału Pediatriczno-Reumatologicznego – trzy przeglądy; Pododdziału Ginekologiczno-Położniczego – jeden przegląd; Centralnej Izby Przyjęć Pediatriczno-Reumatologicznej – jeden przegląd; Centralnej Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej – jeden przegląd; Pododdziału Patologii Noworodka – jeden przegląd.

¹⁵ Szczegółowy opis w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹⁶ <https://falkiewicza.pl/>.

lecniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; [8] warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; [9] wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta; [10] organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat; [11] wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych¹⁷ oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym; [12] wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami prawa, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością; [13] sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

(akta kontroli: tom I, str. 22-77)

2.3. Szpital zamieszczając na stronie internetowej informację o posiadaniu Certyfikatu Akredytacyjnego, potwierdzającego spełnienie najwyższych standardów w zakresie organizacji, bezpieczeństwa i jakości świadczeń, umożliwił pacjentom dokonanie oceny jakości udzielanych przez Szpital świadczeń.

(akta kontroli: tom I, str. 210-231)

2.4. Zasady uzyskiwania zgody pacjenta na wykonanie świadczeń zdrowotnych określono w procedurze AP/PP/2 „Uzyskanie zgody pacjenta na hospitalizację, przeprowadzenie procedur medycznych o podwyższonym ryzyku i eksperyment medyczny”.

Szczegółowa analiza dokumentacji związanej z wyrażeniem zgody na zabieg podwyższonego ryzyka na próbie 10 pacjentów¹⁸ wykazała, iż wszystkie zgody zostały wyrażone na piśmie. Powyższe było zgodne z art. 17 ust. 1 i 2 oraz art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. W każdym z badanych przypadków, zgoda odnosiła się do rodzaju zabiegu, jakim miał być objęty pacjent¹⁹, zawierała informację na czym polegał zabieg oraz jakie były jego ryzyka i możliwe powikłania. Zgody udzielane były na wzorach formularzy określonych w procedurze w sprawie zgody i dostosowanych do rodzaju wykonywanego zabiegu.

(akta kontroli: tom I, str. 317-367)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie dokumentowania dostępu pacjenta do informacji.

OBSZAR

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą Szpital złożył siedem²⁰ wniosków o dokonanie zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wnioski złożono, zgodnie

¹⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 887, ze zm.

¹⁸ Wybranej spośród 199 pacjentów operowanych w sierpniu 2023 r. na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

¹⁹ W dwóch przypadkach, gdy zabieg obejmował dwie różne procedury medyczne, pacjenci wyrażali osobne zgody na każdą procedurę w ramach zabiegu.

²⁰ W następujących dniach: 18 stycznia 2019 r., 7maja 2019 r., 20 listopada 2019 r., 24 stycznia 2020 r., 8 kwietnia 2022 r., 20 grudnia 2022 r., 19 października 2023 r.

z dyspozycją art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹, w terminie 14 dni od dnia powstania zmian.

W toku kontroli, do czasu zakończenia czynności kontrolnych stwierdzono, że oferta świadczeń Szpitala pokrywała się z informacjami zawartymi w Regulaminie organizacyjnym²².

(akta kontroli: tom I, str. 22-77, 368, 370-431)

3.2. Szpital udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz pozostałe informacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²³. Informacje wymagane ww. przepisami umieszczono na tablicach informacyjnych zamieszczonych w ogólnie dostępnych miejscach zlokalizowanych przy wejściach na oddziały Szpitalne. Wskazywano również imię i nazwisko osoby kierującej komórką organizacyjną. Powyższe nie miało jednak miejsca w każdym przypadku, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 22-77; tom II, str. 332-346)

3.3. Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej, według stanu na 31 grudnia lat 2019 -2022 wynosiła odpowiednio: 53 pacjentów, 173 pacjentów, 349 pacjentów i 398 pacjentów.

Najwięcej pacjentów oczekiwało na przyjęcie na Oddział Ginekologiczno-Położniczy²⁴, w dalszej kolejności na Oddział Pediatryczno-Reumatologiczny²⁵ i Oddział Chorób Wewnętrznych²⁶.

Z analizy list oczekujących wynikało, że Szpital, wykorzystując aplikację Kolejki Centralne (AP-Kolce), weryfikował je na bieżąco, eliminując tzw. „wolne terminy” powstałe m.in. z powodu rezygnacji pacjenta.

(akta kontroli: tom I, str. 432-450)

3.4. Szpital umożliwiał świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczeń oraz powiadomienia o terminie udzielania świadczeń zamieszczone na stronie internetowej Szpitala, w zakładce Kontakt, adres poczty elektronicznej. Powyższe działania korespondowały z treścią art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷.

Liczba pacjentów Szpitala wpisanych do kolejki oczekujących wynosiła: w 2019 r. – 883 pacjentów, w 2020 r. – 1877 pacjentów, w 2021 r. – 2382 pacjentów oraz 2632 pacjentów w 2022 r. Jedynie w 2021 r. trzech pacjentów skorzystało z elektronicznej formy rejestracji.

(akta kontroli: tom I, str. 22-77)

3.5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zarządzeniem Dyrektora Szpitala²⁸ wprowadzono do stosowania zasady oceny i skutecznego leczenia bólu. Z analizy próby dokumentacji pięciu pacjentów wynikało, że Szpital w każdym z tych

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

²² Zarządzenie nr 7 z 13 stycznia 2023 r. – data wprowadzenia w życie Regulaminu organizacyjnego.

²³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁴ 354 pacjentów, w tym w: 2019 r. – 23 pacjentów, 2020 r. – 42 pacjentów, 2021 r. – 157 pacjentów i 2022 r. – 132 pacjentów.

²⁵ 99 pacjentów, w tym w: 2019 r. – 22 pacjentów, 2020 r. – siedmiu pacjentów, 2021 r. – 31 pacjentów i 2022 r. – 39 pacjentów.

²⁶ Dotyczyło 15 pacjentów, w tym w: 2019 r. – pięciu pacjentów, 2020 r. – trzech pacjentów, 2021 r. – pięciu pacjentów i 2022 r. – dwóch pacjentów.

²⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

²⁸ Zarządzenie nr 48.2020 z 15 czerwca 2020 r., zastępujące zarządzenie 145/2019 z 26 września 2019 r.

przypadków realizował ww. procedurę i tym samym dyspozycje art. 20a ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli: tom I, str. 451-470)

3.6. W Szpitalu zarządzeniem Dyrektora Szpitala²⁹ uregulowano postępowanie w zakresie zapobiegania i leczenia odleżyn, na podstawie którego przeprowadzono analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Wnioski wynikające z tych analiz były omawiane podczas zebrań pielęgniarek koordynujących i przekazywane pozostałemu personelowi medycznemu. Na podstawie dokumentacji medycznej ustalono, że problem pacjentów z odleżynami występował na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz na Oddziale Geriatrii. Liczba pacjentów z odleżynami na tych oddziałach, w kontrolowanych latach wynosiła: w 2019 r. – 84 pacjentów, w 2020 r. – 78 pacjentów, w 2021 r. – 107 pacjentów, w 2022 r. – 96 pacjentów oraz w 2023 r. (stan na 30 czerwca) – 53 pacjentów.

Szczegółowemu badaniu poddano próbę dokumentacji 10 pacjentów leczonych w Szpitalu w okresie objętym kontrolą³⁰ w zakresie stosowania przez personel szpitala ww. wewnętrznych procedur. W każdym analizowanym przypadku wywiązywano się z obowiązków wynikających z ww. procedury.

(akta kontroli: tom I, str. 498-506)

3.7. W Szpitalu opracowano procedurę³¹, której przedmiotem było określenie sposobu prawidłowego zgłaszania i analizy zdarzenia niepożądanego oraz wdrożenie dalszego postępowania mającego na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu. W latach 2019-2022 stosowanie procedury było poddane, okresowym kontrolom (raz do roku), z których wynikało, że w tym okresie w Szpitalu zgłoszono ogółem 187³² zdarzeń niepożądanych, w tym 106³³ dotyczących upadku pacjenta.

W wyniku analizy próby dokumentacji 10 przypadków zdarzeń niepożądanych stwierdzono, że w każdym z nich postępowano zgodnie z ww. procedurą.

(akta kontroli: tom I, str. 471-497)

3.8. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki zastosowania przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu klauzuli sumienia.

(akta kontroli: tom I, str. 508)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Szpital nie informował w pełnym zakresie pacjentów i bliskich im osób o terminie udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, co było niezgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Szpitala. W § 35 ust. 3 tego dokumentu wskazano, że terminy udzielania informacji o stanie zdrowia pacjentów, ustala ordynator oddziału /lekarz kierujący oddziałem i podaje do wiadomości pacjentom w postaci pisemnej informacji w oddziale, w miejscu dostępnym dla ogółu pacjentów i ich rodzin (godziny udzielenia informacji powinny pokrywać się z godzinami odwiedzin). Powyższe dotyczyło Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (pierwsze piętro) oraz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (trzecie i piąte piętro).

Nie informowano również rzetelnie o tym, kto jest kierownikiem danego oddziału, do czego zobowiązywał § 11 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

²⁹ Zarządzenie nr 53 z dnia 30 kwietnia 2021 r. w sprawie „Postępowania w zakresie zapobiegania i leczenia odleżyn”.

³⁰ W Oddziale Chorób Wewnętrznych – pięciu pacjentów oraz w Oddziale Geriatrycznym – pięciu pacjentów.

³¹ Procedura AP/ND/7 wprowadzona zarządzeniem nr 189/2019 z dnia 3 grudnia 2019 r.

³² W 2019 r. cztery zdarzenia niepożądane, 118 zdarzeń niepożądanych w 2020 r., 46 zdarzeń niepożądanych w 2021 r. i 19 zdarzeń niepożądanych w 2022 r.

³³ W 2020 r. 62 upadki, 30 upadków w 2021 r. i 14 upadków w 2022 r.

8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczyło to Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (trzecie i piąte piętro), Bloku Porodowego oraz Oddziału Pediatryczno-Reumatologicznego, przy czym w tym przypadku informację uzupełniono jeszcze w toku przeprowadzonych oględzin.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wyżej stwierdzone braki wynikały przede wszystkim z prac remontowanych, które odbywają się w Szpitalu. Dodała, że Szpital jest w trakcie organizowania nowego systemu identyfikacji wizualnej, w związku z czym planuje się wyznaczyć nowe miejsca, gdzie informacje będą bardziej transparentne i widoczne. Zobowiązała się również do uzupełnienia ww. informacji.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że nawet w sytuacji prowadzenia prac remontowych Szpital jest zobowiązany do przestrzegania zasad określonych tak w przepisach wewnętrznych, jak i powszechnie obowiązujących.

(akta kontroli: tom II, str. 332-346; tom III, str. 236-237, 241-242; tom IV, str. 166-169)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentom dostępność do świadczeń oraz udostępnił informację o godzinach i miejscach ich udzielania. W Szpitalu odnotowywano i dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu. Szpital umożliwiał świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liści oczekujących na udzielenie świadczeń oraz powiadomienia o terminie udzielania świadczeń. W Szpitalu nie stwierdzono przypadków korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

Stwierdzona nieprawidłowość w obszarze przestrzegania prawa do świadczeń zdrowotnych dotyczyła niepełnej informacji dla pacjentów o terminie udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz o osobach kierujących danym oddziałem szpitalnym.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W wyniku badania przeprowadzonego na próbie 20 hospitalizowanych w 2022 r. w Szpitalu pacjentów³⁴ ustalono, że ich dokumentacja medyczna prowadzona była częściowo w postaci elektronicznej³⁵, a częściowo w postaci papierowej³⁶. Użytkowany przez Szpital system pozwalał jednak, by dokumentacja wytwarzana w Szpitalu, prowadzona była w postaci elektronicznej³⁷. Niektóre elementy tej dokumentacji prowadzono również podwójnie – zarówno w postaci elektronicznej, jak i papierowej. Powyższe szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Zbadana dokumentacja co do zasady spełniała wymagania określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁸. Ustalono również, że:

- wpisy w dokumentacji były dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i zawierały oznaczenie osoby, która ich dokonała. Przy czym

³⁴ Próba dobrana w sposób losowy, z zachowaniem założenia dotyczącego zbadania pięciu pacjentów z każdego oddziału Szpitala.

³⁵ Np. karta informacyjna (tzw. wypis ze szpitala), obserwacje lekarskie, karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej, karta gorączkowa (w przypadku Oddziału Pediatryczno-Reumatologicznego i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego).

³⁶ Np. pierwsza strona historii choroby wraz z podpisami pacjentów pod oświadczeniami, karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa (Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii), rozpoznanie i epikryza, indywidualna karta zleceń doraźnych, indywidualna karta pomiaru glukozy we krwi (Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii).

³⁷ Z wyjątkiem zbierania podpisów pod oświadczenia pacjentów, co wymagało ich własnoręcznego podpisu.

³⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

stwierdzono przypadki, gdzie oznaczenie to nie spełniało wymagania określonego w § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;

- system teleinformatyczny wymagał identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub zmiany, a także zapewniał informację o czasie jej sporządzenia i dokonania wpisu lub zmiany;
- wpisy w dokumentacji w postaci papierowej były dokonywane w porządku chronologicznym, lecz nie w każdym przypadku w sposób czytelny;
- strony dokumentacji w postaci papierowej były numerowane i stanowiły uporządkowaną całość;
- w dokumentacji zawarto wymagane przepisami prawa zgody i oświadczenia pacjenta, o których mowa w § 8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, a w przypadku niemożności pozyskania zgody lub oświadczenia (np. ze względu na stan pacjenta), w dokumentacji medycznej czyniono w tym przedmiocie adnotację.

Zidentyfikowane w powyższym zakresie stany nieprawidłowe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W siedmiu przypadkach stwierdzono również, że karta informacyjna zawierała nierzetelne informacje, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom III, str. 3-166; tom IV, str. 1-165)

4.2. Informacja dotycząca udostępniania przez Szpital dokumentacji medycznej pacjentów została zamieszczona na stronie internetowej Szpitala³⁹, na tablicach ogłoszeń w ciągach komunikacyjnych Szpitala oraz w udostępnionych na oddziałach informacjach dla pacjenta. W Szpitalu przyjmowano wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, złożone osobiście, telefonicznie, za pomocą faxu czy środków komunikacji elektronicznej. Szpital opracował także wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji, przy czym realizował także wnioski, które przybierały inną postać (np. odręcznie napisane pismo czy e-mail). Zarówno informacja zamieszczona na stronie internetowej, jak i opracowany wzór wniosku, nie wskazywały jednoznacznie na możliwość skorzystania z udostępnienia dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej czy na informatycznym nośniku danych, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Szpital udostępniał jednak dokumentację za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosując przy tym metodę szyfrowania załączników hasłem.

Przeprowadzone w toku kontroli badanie na próbie 20 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, złożonych w 2022 r., wykazało, że Szpital w sposób prawidłowy realizował obowiązek wynikający z art. 26 ustawy o prawach pacjenta. W 18 przypadkach udostępnił dokumentację w terminie przewidzianym w przyjętej wewnętrznie regulacji, tj. w terminie 14 dni od daty wpływu wniosku. W pozostałych dwóch przypadkach dokumentacja została odebrana osobiście po upływie 16 i 21 dni, przy czym Szpital nie dysponował potwierdzeniem wskazującym na dzień poinformowania wnioskodawcy o zrealizowaniu jego prośby. Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki Szpitala wyjaśniła, że wnioskujący zostali poinformowani telefonicznie o przygotowaniu dokumentacji w przeciągu siedmiu dni, a odebrali ją w dogodnym dla siebie terminie. W dwóch z ww. 20 przypadków Szpital pobrał opłatę za dokumentację z uwagi na jej ponowne udostępnienie (łącznie kwota nie przekroczyła 0,1 tys. zł). Wysokość opłaty została ustalona z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa.

³⁹ Pod adresem: <https://falkiewicza.pl/dla-pacjenta/dokumentacja-medyczna> (data dostępu: 29 listopada 2023 r.).

Prowadzony w 2022 r. rejestr udostępnień nie zawierał wszystkich elementów wskazanych w art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjentach, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 128-137, 332-346; tom III, str. 167-186, 265-272)

4.3. W Szpitalu wprowadzono udokumentowane procedury dotyczące zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania, zgodnie z § 1 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Określono w nich m.in. rodzaj i zakres gromadzonych danych, sposób przechowywania danych oraz formę zabezpieczenia, w tym zasady dostępu do poszczególnych dokumentów i danych⁴⁰. Dodatkowo uszczegółowiono kwestie zabezpieczenia papierowej dokumentacji medycznej⁴¹ oraz zarządzania systemem informatycznym, w którym przetwarzano dane pacjentów⁴². W toku kontroli ustalono, że procedury te były przestrzegane. W szczególności: dostęp do danych zawartych w systemie nadawany był przez Administratora Systemów Informatycznych indywidualnie, na wniosek kierownika komórki organizacyjnej Szpitala; logowanie do systemu wymagało wprowadzenia zindywidualizowanego identyfikatora i hasła użytkownika; zapewniono aktualizację oprogramowania; systematycznie tworzono kopie zapasowe i co najmniej jedną z nich przechowywano w pomieszczeniu odrębnym od tego, w którym dane te eksploatowane były na bieżąco; papierowa dokumentacja przechowywana była w składnicy akt, poza dokumentującą z roku bieżącego, która znajdowała się pokoju Działu Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki. Przy czym dokumentacja ta nie była w całości przechowywana w zamkniętych szafach. Kierownik ww. Działu oświadczyła w toku oględzin, że dokumentacji jest tak dużo, że nie mieści się ona w zamykanych szafach. Dodała, że dostęp do pokoju jest zabezpieczony (mają go wyłącznie pracownicy Działu), sprzątanie pomieszczenia odbywa się w obecności co najmniej jednego pracownika.

Dokumentacja w formie papierowej (inna niż z roku bieżącego) przechowywana była w trzech miejscach – w budynku E (stara kotłownia), w pomieszczeniu przyziemia w budynku B oraz w pomieszczeniu pod podjazdem karettek. Dokumentację tę ułożono na metalowych regałach, opisano – zarówno w zakresie dotyczącym komórki organizacyjnej, rocznika i numerów pacjentów. Warunki jej przechowywania nie zabezpieczały jej w pełni przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie szacowano w sposób systematyczny ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej i nie zarządzono tym ryzykiem, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego celu personel Szpitala, lecz nie w każdym przypadku, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom II, str. 41-127, 147, 347-348; tom III, str. 2, 232, 238)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu dokumentacja medyczna pacjentów nie była prowadzona (w każdym oddziale) w pełni w postaci elektronicznej⁴³, pomimo że użytkowany przez jednostkę

⁴⁰ Zarządzenie nr 116/2021 z 28 października 2021 r. Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia procedury „Gromadzenie danych i przetwarzanie informacji”.

⁴¹ Zarządzenie nr 62 z 14 maja 2021 r. Dyrektora Szpitala w sprawie zabezpieczenia papierowej dokumentacji medycznej oraz komunikacji z pacjentem w przypadku uzyskania wyniku badań po wypisie.

⁴² Zarządzenie nr 44 z 1 czerwca 2021 r. Dyrektora Szpitala w sprawie instrukcji zarządzania systemem informatycznym.

⁴³ Dotyczyło dokumentacji wytwarzanej przez personel Szpitala, z wyłączeniem tej dokumentacji, która wymagała podpisu pacjenta (np. zgody czy oświadczenia).

system umożliwiał prowadzenie jej w ten sposób. Dotyczyło to w szczególności indywidualnych kart zleceń lekarskich, indywidualnych kart zleceń doraźnych, indywidualnych kart pomiaru glukozy we krwi, kart gorączkowych, wyników badań USG czy RTG, epikryzy i rozpoznania⁴⁴. Część dokumentów prowadzono także w podwójnej formie – zarówno elektronicznie, jak i papierowo (np. karty gorączkowe, opisy badań czy historie choroby). Powyższe naruszało § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej oraz § 1 ust. 3 tego rozporządzenia, w którym wskazano, że dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że jednostka systematycznie wdraża do systemu poszczególne dokumenty medyczne w komórkach organizacyjnych i dąży do wyeliminowania dokumentacji w postaci papierowej. Z powodu epidemii proces ten został zahamowany. Dodała, że obecnie trwa proces ujednoczenia elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów – prowadzona jest analiza sytuacji bieżącej, której wnioski będą stanowić modyfikację do planu wdrożenia. Prowadzone są również szkolenia personelu medycznego oraz planowany jest zakup szybkich skanerów do digitalizacji dokumentacji.

(akta kontroli: tom III, str. 3-166; tom IV, str. 1-165, 187-196)

2. Dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2022 r. nie zawierała wszystkich elementów określonych w art. 25 ustawy o prawach pacjenta i § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, bądź nie spełniała wymogów, o których mowa w § 4 tego rozporządzenia. Powyższe dotyczyło:

- braku opatrzenia kodem resortowym podmiotu udzielającego świadczeń oraz jego komórki organizacyjnej wybranej dokumentacji medycznej pacjentów prowadzonej w postaci papierowej⁴⁵, co było niezgodne z § 10 pkt 1 lit. b i d rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- braku wskazania płci pacjenta w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej⁴⁶, co było niezgodne z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy o prawach pacjenta w związku z § 10 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- nieoznaczania w każdym przypadku tytułem zawodowym osób udzielających świadczenia zdrowotnego bądź kierujących na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, do czego zobowiązywał § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Brak takiego wskazania dotyczył również osób dokonujących wpisów w obserwacjach lekarskich, z wyjątkiem tego personelu, który posługiwał się skrótem tytułu „lek. med.”;
- niezamieszczania w kartach informacyjnych danych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w toku hospitalizacji w zakresie dotyczącym np. konsultacji specjalistycznych czy wyników wykonanych badań diagnostycznych, do czego zobowiązywał art. 25 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta, w związku z § 21 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;

⁴⁴ Ustalono na podstawie badania przeprowadzonego na próbie 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w 2022 r.

⁴⁵ Tj. dokumentacja, która nie była generowana na podstawie danych wprowadzonych do systemu (np. pierwsza strona historii choroby, karty zleceń lekarskich, karty gorączkowe, karty z upoważnieniami w Oddziale Neonatologicznym).

⁴⁶ Z wyjątkiem karty zleceń lekarskich na Oddziale Neonatologicznym oraz historii choroby na Oddziale Pediatryczno-Reumatologicznym.

- niepotwierdzania podpisem dokonywanych wpisów w papierowych kartach gorączkowych⁴⁷ i zamieszczania nieczytelnych wpisów⁴⁸, czym naruszono § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- braku adresu poczty elektronicznej pacjentów bądź adnotacji o odmowie jego przekazania w sytuacji przewidzianej w regulacjach wewnętrznych⁴⁹ udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, czego wymagał § 10 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Dodatkowo w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów wpisy w indywidualnej karcie zleceń lekarskich nie były kompletne (brakowało oznaczenia osoby wykonującej zlecenie i/lub godziny wykonania tego zlecenia), a w kolejnych dwóch przypadkach w obserwacjach lekarskich nie zamieszczono wpisu potwierdzającego, że obchód miał miejsce bądź informacji, że go nie wykonano.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że jednostka dąży do wyeliminowania dokumentacji w postaci papierowej deklarując jednocześnie, że dokumenty, w odniesieniu do których stwierdzono nieprawidłowości, zostaną poprawione do końca pierwszego kwartału 2024 r. W przypadku nieczytelnych i niekompletnych wpisów bądź ich braku, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wynikało to z niedopatrzenia personelu pielęgniarskiego (karty gorączkowe) bądź błędu ludzkiego (brak wpisu w obserwacjach lekarskich⁵⁰).

(akta kontroli: tom III, str. 3-166; tom IV, str. 1-165, 187-196)

3. Spośród zbadanych 20 kart informacyjnych (tzw. wypisów ze Szpitala) pacjentów w siedmiu przypadkach nie zostały one sporządzone w sposób rzetelny, bowiem informacje zamieszczone w tych kartach nie były spójne z wewnętrzną dokumentacją medyczną pacjenta (nie znajdowały w nich potwierdzenia) bądź nie były one precyzyjne. Dotyczyło to:

- w trzech przypadkach niezamieszczenia informacji bądź pełnych informacji o zastosowanym leczeniu (podanych lekach) i/lub wykonanych badaniach;
- w dwóch przypadkach umieszczenia informacji o zastosowanym leczeniu (podanych lekach), które faktycznie nie miało miejsca;
- w dwóch przypadkach posłużenia się nieprecyzyjnym opisem zastosowanego leczenia (np. w jednym miejscu podano nazwę handlową, a w innym nazwę substancji czynnej; zastosowano ogólne określenie „wlewy kroplowe”, „leczenie przeciwświerzbowe”);
- w dwóch przypadkach zamieszczenia niepełnych bądź nieprecyzyjnych informacji o wykonanych pomiarach stężenia glukozy we krwi⁵¹.

Dyrektor Szpitala wyjaśniając powyższe wskazywała głównie na błąd ludzki i pomyłki lekarzy. W kwestii wskazywania leków, które nie były podane, wyjaśniła, że do kart zleceń lekarskich były wpisywane z warunkowością bądź intencyjnością ich podania. Z kolei w zakresie dotyczącym pomiarów glikemii wyjaśniła, że dane zamieszczone w karcie stanowią reprezentatywny wycinek pomiaru (w jednym przypadku) oraz, że są zamieszczone w systemie (w drugim przypadku).

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że karta informacyjna to istotny dokument, który pacjent otrzymuje opuszczając szpital. W ocenie Izby informacje w niej zawarte powinny odzwierciedlać precyzyjnie i w pełni faktyczny przebieg hospitalizacji.

⁴⁷ Dotyczyło Oddziału Chorób Wewnętrznych.

⁴⁸ W dwóch przypadkach pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

⁴⁹ W tym w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.

⁵⁰ Dotyczyło Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

⁵¹ O których mowa także w poprzednich tiret.

(akta kontroli: tom III, str. 3-166; tom IV, str. 1-165, 187-196)

4. Szpital nie w pełni rzetelnie informował o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej przy użyciu środków komunikacji elektronicznej bądź na elektronicznym nośniku danych. Opracowany i stosowany przez Szpital wniosek nie przewidywał takiej formy udostępnienia, a możliwość określenia formy odbioru dokumentacji ograniczono do: „*odbiór osobisty*” oraz „*odbiór przesłanie na adres*”. Także na stronie internetowej Szpitala wskazano: „*Wnioskodawca wskazuje sposób odbioru dokumentacji medycznej (odbiór osobisty, za pośrednictwem poczty)*”. Tymczasem zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o prawach pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej i na informatycznym nośniku danych, a prowadzona w postaci papierowej – w tych formach, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 3 ww. ustawy). Zarówno Regulamin organizacyjny Szpitala, jak i przyjęta wewnętrznie zarządzeniem Dyrektora Szpitala procedura AP/ND/1 „Gromadzenie danych i przetwarzanie informacji”, przewidywały udostępnienie dokumentacji medycznej w jednej z tych form.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala niedokładnych informacji mogło wynikać z faktu, że strona ta jest w trakcie reorganizacji (została zmieniona szata graficzna, a informacje są sukcesywnie aktualizowane). Dodała, że informacje dotyczące dostępności do dokumentacji medycznej oraz wzór zostaną zmienione.

(akta kontroli: tom II, str. 42-60; tom III, str. 187-196, 265-272)

5. Prowadzony w 2022 r. rejestr udostępnień nie zawierał wszystkich elementów wskazanych w art. 27 ust. 4 ustawy o prawach pacjentów, tj. brak w nim było wskazania zakresu udostępnionej dokumentacji medycznej oraz imienia i nazwiska wraz z podpisem osoby, która dokumentację udostępniła. Do czasu kontroli NIK Szpital uzupełnił rejestr prowadzony dla 2023 r. w wersji elektronicznej o pierwszy z ww. elementów. Imię i nazwisko osoby udostępniającej dokumentację zostało wprowadzone w toku kontroli NIK.

Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki Szpitala wyjaśniła m.in., że zakres udostępnionej dokumentacji był zawsze zgodny z wnioskiem, a podpis osoby odbierającej był nadrzędną informacją od podpisu osoby wydającej dokumentację. Dodała, że wydawaniem dokumentacji zajmowały się wyłącznie dwie osoby.

(akta kontroli: tom III, str. 167-171, 182-186)

6. W Szpitalu nie zapewniono, by osoby nie wykonujące zawodów medycznych, a przetwarzające dane osobowe pacjentów, posiadały stosowne upoważnienie Administratora Danych Osobowych, dostosowane do zakresu obowiązków i rodzaju pracy, którą wykonują. Z przeprowadzonego w toku kontroli badania wydanych przez Administratora Danych Osobowych upoważnień do przetwarzania danych osobowych dla wybranych 15 osób zatrudnionych na dzień kontroli w Szpitalu⁵² wynikało, że upoważnienia tego nie posiadały trzy osoby (20% badanej próby). Dodatkowo, w przypadku dwóch osób (13% badanej próby) upoważnienia nie obejmowały możliwości przetwarzania danych osobowych pacjentów w postaci elektronicznej, mimo że osoby te pracowały także na elektronicznych zbiorach tworzących dokumentację medyczną pacjentów. W jednym przypadku zakres przetwarzania danych osobowych nie został z kolei w ogóle określony.

Powyższe naruszało art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia,

⁵² Według stanu na 10 listopada 2023 r.

udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione: 1) osoby wykonujące zawód medyczny; 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że ww. osoby przetwarzały dane osobowe w oparciu o zawarte ze Szpitalem umowy, a zauważone braki wynikały z błędów ludzkich i mnogości elementów, na podstawie których takie upoważnienie należy wystawić (np. dokładny zakres obowiązków, nadzór na kończącymi się umowami, zmiany stanowiska pracy). Dodała, że wszystkie elementy wskazane jako nieprawidłowe, zostały już skorygowane.

(akta kontroli: tom III, str. 2, 232-242; tom IV, str. 175-220)

7. W Szpitalu nie przeprowadzono w sposób systematyczny szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz nie zarządzano tym ryzykiem, czym naruszono § 1 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Analiza ryzyka została sporządzona przez byłego Inspektora Ochrony Danych raz (w grudniu 2021 r.), przy czym zidentyfikowane w niej działania naprawcze nie zostały wdrożone. Analiza została zaakceptowana przez byłego Dyrektora Szpitala dopiero we wrześniu 2022 r. Jej założenia nie były monitorowane.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że założenia dotyczące działań naprawczych nie były monitorowane w związku z brakiem dokumentacji w tym zakresie. Dodała, że podjęto decyzję, iż szacowanie ryzyka odbywać się będzie raz w roku, a najbliższe zaplanowano na kwiecień 2024 r.

(akta kontroli: tom II, str. 138-147, 237-277; tom III, str. 233-242)

8. Warunki przechowywania papierowej dokumentacji medycznej pacjentów w archiwum zakładowym nie zapewniały, że jest ona właściwie i dostatecznie zabezpieczona przed uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą⁵³. Dotyczyło to w szczególności:

- panujących warunków wilgotności i temperatury w pomieszczeniach składnicy akt (budynek E, pomieszczenie w przyziemiu budynku B oraz pod podjazdem karetek), w których w 2023 r. temperatura wahała się w skrajnych przypadkach od 6 stopni Celsjusza w pomieszczeniu pod podjazdem karetek do 29 stopni Celsjusza w budynku E. Z kolei wilgotność sięgała nawet 78% w przyziemiu budynku B, a w każdym z trzech pomieszczeń wilgotność przekraczała – w wybrane dni – 30-50%)⁵⁴. W pomieszczeniach w przyziemiu budynku B i pod podjazdem karetek nie zapewniono również wentylacji, ani nie zamontowano innych mechanizmów/urządzeń, które warunki przechowywania dokumentacji by poprawiły (także w budynku E);
- braku zastosowania w oknach pomieszczeń budynku E i pod podjazdem karetek elementów ochronnych przed szkodliwym działaniem promieni UV (np. żaluzji, rolet, szyb bądź folii);

⁵³ Ustalono na podstawie przeprowadzonych 17 listopada 2023 r. oględzin archiwum zakładowego Szpitala.

⁵⁴ Porównawczo, według rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67), właściwa temperatura powietrza dla przechowywania dokumentacji papierowej to 14-18 stopni Celsjusza, a wilgotność względna 30%-50%.

- braku sprawnej instalacji elektrycznej w jednym z pomieszczeń (mniejszym) pod podjazdem karetek; braku zabezpieczenia w sposób właściwy instalacji prądowej w tym pomieszczeniu (zabezpieczono jeszcze w toku kontroli); nieoznaczenia urządzenia elektrycznego znakiem ostrzegawczym (wykonano jeszcze w toku kontroli) i ustawienia w bliskim sąsiedztwie od niego regałów z dokumentacją medyczną pacjentów.

Dodatkowo w ocenie NIK, umiejscowienie największej części archiwum zakładowego w budynku po starej kotłowni (budynek E), w którym nie wykonano w całości demontażu instalacji centralnego ogrzewania i ciepłej wody, zasilanej mazutem, znajdującym się nadal w zbiornikach i samej instalacji, stwarza potencjalne ryzyko wystąpienia zdarzeń mogących mieć negatywny wpływ na stan archiwizowanej dokumentacji medycznej pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że z uwagi na braki lokalowe, Szpital nie dysponuje przestrzenią, w której warunki temperatury i wilgotności powietrza spełniłyby wymagania. Dodała, że pomieszczenia te miały stanowić archiwum tymczasowe, z uwagi na zapewnienie o możliwości korzystania z części archiwum Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego wybudowanego dla potrzeb jednostek zlikwidowanych na przekazanej przez Szpital działce. Z uwagi na zmianę ustaleń w tym zakresie, Szpital nie otrzymał prawa do dysponowania archiwum na własne cele. Z racji tymczasowości tych pomieszczeń oraz wysokich kosztów, przewyższających możliwości Szpitala, nie montowano w nich także żadnych urządzeń, które mogłyby poprawić warunki przechowywania dokumentacji. Wyjaśniła także, że Dyrekcja Szpitala podjęła kroki mające na celu likwidację instalacji i zbiorników z mazutem w budynku E, jednakże szacunkowy koszt robót (500,0 tys. zł) przewyższył możliwości Szpitala. Stąd złożono wniosek o przyznanie dotacji celowej z budżetu Województwa Dolnośląskiego na opracowanie dokumentacji projektowej i wykonanie archiwum w budynku E.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że w ramach obowiązku ochrony danych, Szpital winien zapewnić zabezpieczenie dokumentacji medycznej pacjentów w sposób, który gwarantowałby jej nienaruszalność przez okres wymagany przepisami prawa. W ocenie Izby należy dążyć do stworzenia warunków, zabezpieczających w jak największym zakresie dokumentację przed jej uszkodzeniem, zniszczeniem bądź utratą.

(akta kontroli: tom II, str. 347-349; tom III, str. 233-249; tom IV, str. 221-229)

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja medyczna pacjentów Szpitala, co do zasady, spełniała wymagania określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej i była prowadzona w sposób wskazany w § 4 tego rozporządzenia. Stwierdzone w tym zakresie stany nieprawidłowe nie były kluczowe dla potrzeb identyfikacji pacjenta i udzielonych mu świadczeń. Niemniej jednak zdaniem NIK brak rzetelności w sporządzaniu kart informacyjnych z pobytu w Szpitalu wpływał negatywnie na ocenę prawidłowości realizacji przez Szpital prawa pacjenta do dokumentacji i wymagał zastosowania wzmożonego nadzoru. Szpital nie w pełni realizował także obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w postaci elektronicznej, mimo że dysponował dostosowaną do tego infrastrukturą teleinformatyczną (z wyjątkiem dokumentacji wymagającej podpisu pacjenta). W Szpitalu w niedostateczny sposób zapewniono również właściwą ochronę dokumentacji medycznej pacjentów, poprzez: (1) brak systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji oraz zarządzania tym ryzykiem, (2) dopuszczenie do przetwarzania danych osobowych pacjentów przez osoby, które nie posiadały upoważnienia Administratora Danych Osobowych, w tym dostosowanego do rodzaju pracy, którą wykonywały i zakresu powierzonych

obowiązków, (3) niezapewnienie bezpiecznych warunków przechowywania tej dokumentacji w archiwum zakładowym Szpitala. Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości w procesie udostępniania dokumentacji medycznej.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

5.1. W Szpitalu przyjęto wewnętrzną procedurę określającą zasady sprawowania opieki nad pacjentem z zachowaniem zasad prywatności⁵⁵. Zgodnie z jej założeniami m.in.: (1) w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych obecne mogły być tylko te osoby z personelu medycznego, które były niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia; (2) na salach wieloosobowych podczas wykonywania zabiegów medycznych przy pacjencie, należało oddzielić go od pozostałych pacjentów parawanem; (3) pacjenci chodzący oraz osoby postronne, w trakcie wykonywania zabiegów medycznych, powinny być proszone o wyjście z pokoju; (4) wykonywanie procedur medycznych (jak badanie, zbieranie wywiadu, uzyskiwanie zgód) odbywać winno się, w miarę możliwości lokalowych oddziału i z uwzględnieniem stanu pacjenta, w pokoju badań/gabiniecie zabiegowym lub w sali chorych; (5) w czasie wykonywania procedur medycznych w pokoju badań, gabinecie zabiegowym, pokoju pacjenta przebywać powinny tylko osoby wykonujące procedurę, a drzwi pomieszczenia należało zamknąć; (6) przed wejściem do zamkniętego pokoju pacjenta czy toalety personel winien zapukać do drzwi i oczekiwać odpowiedzi (poza sytuacjami wymagającymi bezzwłocznej reakcji personelu); (7) nie umieszcza się kart gorączkowych przy łóżku pacjenta w sposób, który umożliwia odczytanie wrażliwych danych przez osoby postronne.

W toku przeprowadzonych w dniach 13-15 listopada 2023 r. oględzin Oddziału Ginekologiczno-Położniczego⁵⁶, Pediatriczno-Reumatologicznego oraz Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala⁵⁷, nie stwierdzono odstępstw od przestrzegania ww. zasad, przy czym:

- w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego obchody lekarskie odbywały się albo na sali chorych (na odcinku ginekologicznym i u noworodków – przy dziecku) albo w gabinecie zabiegowym (na odcinku patologii ciąży). Na salach wykonywało się tylko oględziny (badanie fizykalne), a małe zabiegi czy pobór krwi w gabinetach zabiegowych;
- w przypadku Oddziału Pediatriczno-Reumatologicznego obchody lekarskie przeprowadzano albo na salach chorych (na odcinku pediatrycznym w przypadku małych dzieci) albo w pokoju badań (na odcinku pediatrycznym i reumatologicznym). Analogicznie, jak w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego na salach wykonywało się oględziny, a pozostałe czynności w gabinetach zabiegowych bądź izolatkach (w sytuacji wystąpienia ryzyka zakażeń);
- w przypadku Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii wszystkie czynności związane z obserwacją, badaniem, drobnymi zabiegami czy pielęgnacją odbywały się w salach chorych – z uwagi, jak oświadczyła pielęgniarka oddziałowa, na typ pacjenta obsługiwanego w Oddziale (tj. z reguły pacjent leżący i w zaawansowanym wieku, mający problemy z mobilnością). Przy czym Oddział dysponował na pierwszym piętrze także dwoma dodatkowymi pomieszczeniami –

⁵⁵ Procedura AP/PP/10 „Sprawowanie opieki nad pacjentem z zachowaniem zasad prywatności”, wprowadzona zarządzeniem nr 7/2020 z 15 stycznia 2020 r. Dyrektora Szpitala (wersja obowiązująca od 15 stycznia 2020 r.).

⁵⁶ Oraz Pododdziału Intensywnej Terapii Noworodka Oddziału Neonatologicznego.

⁵⁷ Dotyczy piętra pierwszego.

do badań USG i drobnych zabiegów z możliwością wprowadzenia pacjenta leżącego;

- karty gorączkowe znajdowały się przy łóżkach jedynie w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii z tym, że każdorazowo wkładano je do dwustronnie osłoniętych i zamkniętych tabliczek zawieszonych na ramie łóżka.

W wyniku oględzin ustalono również, że:

- każdy z pacjentów na izbie przyjęć zaopatrywany był w opaskę identyfikującą na nadgarstek z numerem księgi głównej Szpitala, pod którym został wpisany (awers) oraz imieniem i nazwiskiem wraz z datą urodzenia (rewers)⁵⁸; przy boksach noworodków wpisywano imię dziecka;
- pacjenci hospitalizowani byli w salach wieloosobowych (poza izolatkami), w tym w cztero-, pięcio- oraz nawet sześciuosobowych; sale wieloosobowe (poza izolatkami) nie były wyposażone w węzły sanitarne (toalety i natrysk);
- w przypadku Oddziału Pediatriczno-Reumatologicznego w salach o powierzchni ok. 15-18 m² (pierwsze piętro) i ok. 21 m² (drugie piętro) umieszczano trzech-czterech pacjentów, którym towarzyszyli i całodobowo ich opiekunowie (szczególnie w przypadku pediatrii na pierwszym piętrze). Z kolei na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w sali sześciuosobowej przestrzenie pomiędzy łóżkami nie były większe niż 1 m;
- gabinety zabiegowe i pokoje badań zabezpieczono przed wejściem osób niepożądanych (wejście na elektroniczną kartę dostępu bądź zamknięcie drzwi od środka);
- na żadnym oddziale nie hospitalizowano pacjentów na korytarzach;
- bliskim pacjentów umożliwiono odwiedziny w godzinach 8:00 – 20:00⁵⁹ (z wyjątkiem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, gdzie odwiedziny ograniczono do godzin 12:00 – 20:00 wbrew postanowieniom obowiązujących na dzień oględzin regulacji wewnętrznych Szpitala⁶⁰), a po poinformowaniu ordynatora oddziału – także poza tymi godzinami. Zalecano, by jednego pacjenta odwiedzały jednocześnie najwyżej dwie osoby (poza salami operacyjnymi, gdzie po uzyskaniu zgody ordynatora oddziału, odwiedzić pacjenta mogła jednorazowo jedna osoba). Z uwagi na sytuację epidemiczną i wystąpienie ogniska zakażeń SARS-Cov-2 w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii od 14 listopada 2023 r. do odwołania wprowadzono zakaz odwiedzin pacjentów⁶¹. Przy czym zakaz nie dotyczył opiekunów osób niepełnosprawnych oraz sytuacji wyjątkowych, w których po uzyskaniu zgody kierownika Oddziału lub lekarza dyżurnego, odwiedziny mogły być realizowane pojedynczo z ograniczeniem czasowym do 30 minut.

Jednocześnie ustalono, że ogólnodostępne sanitariaty na korytarzach oddziałów nie były każdorazowo zamykane, ani w inny sposób nie zapewniono sygnalizacji ich zajęcia. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w męskiej toalecie na pierwszym piętrze nie zapewniono również w pełni intymnych warunków. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

⁵⁸ W przypadku noworodka na opasce zamieszcza się imię i nazwisko matki, płeć dziecka, datę urodzenia oraz nr księgi głównej i PESEL matki.

⁵⁹ W Oddziale Neonatologicznym odwiedziny były możliwe od 9:00.

⁶⁰ Co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

⁶¹ Zakaz odwiedzin został zniesiony 24 listopada 2023 r., wprowadzono natomiast ograniczenie odwiedzin, w tym zawężono godziny odwiedzin do 12:00-18:00. Ograniczenia wprowadzono także na pozostałych oddziałach. Podstawę prawną stanowił Regulamin organizacyjny Szpitala oraz art. 5 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ww. ustawy, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

W kwestii warunków hospitalizacji pacjentów w wieloosobowych salach chorych Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że podejmowane są niezbędne kroki w celu ograniczenia takiej hospitalizacji. Opracowano dokumentację projektową obejmującą przebudowę sal sześciolóżkowych na moduły z dwiema salami dwuosobowymi ze wspólną łazienką oraz modulem z salą jedno- i dwuosobową oraz łazienką dla osób z niepełnosprawnościami. Prace dotyczyć mają Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (trzeciego i czwartego piętra), a planowany termin ich wykonania to 2024 r.

NIK zwraca uwagę, że występowanie w Szpitalu sal wieloosobowych oraz niewielki ich metraż (w stosunku do liczby hospitalizowanych w nich pacjentów) nie sprzyja zapewnieniu pacjentom intymności zarówno podczas samej hospitalizacji (przebywania) w Szpitalu, czy to w trakcie wykonywania badań bądź drobnych zabiegów przy łóżku pacjenta, przeprowadzania rozmów personelu medycznego z pacjentami na salach chorych, czy również w trakcie realizacji prawa do odwiedzin (szczególnie w sytuacji, gdy na oddziałach nie wyodrębniono przestrzeni dedykowanej wyłącznie spotkaniom pacjentów z bliskimi).

(akta kontroli: tom II, str. 1-4, 25-30, 156-236, 332-346; tom III, str. 233-242)

5.2. W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne regulacje odnoszące się do sprawowania opieki nad pacjentami w stanie terminalnym⁶². Zgodnie z nimi pacjentowi przysługiwało m.in. prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień oraz poszanowania godności i umierania w spokoju. Przewidziano, że czynności pielęgnacyjne winny być wykonywane bez pośpiechu, z zapewnieniem intymności i szacunku. W miarę możliwości lokalowych Szpital zapewniać miał także osobną salę dla pacjenta w stanie terminalnym, a w przypadku braku takich możliwości – wydzielić miejsce na sali, odizolowując je parawanem, by umożliwić stały kontakt z bliskimi. Szpital oferował również opiekę psychologiczną oraz opiekę duszpasterską. W Szpitalu nie wydzielono specjalnego miejsca, w którym przebywaliby pacjenci w stanach terminalnych. Przy czym każdy z oddziałów posiadał tzw. izolatki (tj. pomieszczenia jedno- bądź dwuosobowe) oraz parawany, mogące posłużyć do oddzielenia pacjenta od innych chorych w sali wieloosobowej. Rozmieszczenie sal na Bloku Porodowym umożliwiała zapewnienie intymnej przestrzeni dla rodziców w przypadku porodu martwego dziecka. Z kolei towarzyszenie noworodkowi w stanie terminalnym w Oddziale Neonatologicznym odbywało się w jednoosobowym boksie noworodkowym na szóstym piętrze.

Zapewnienie warunków do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg zgłaszanych w okresie objętym kontrolą przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli: tom II, str. 1-10, 138-147, 332-346)

5.3. Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Szpitala na jego terenie prowadzony był monitoring wizyjny, obejmujący budynki Szpitala oraz tereny wokół nich. Funkcjonowanie tego monitoringu uzasadniano potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa, w szczególności pracowników i pacjentów, dozoru nad mieniem, zapobiegania incydentom oraz wspomaganie kontroli dostępu do Szpitala, jak również zwiększenia bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu. Wprowadzony do stosowania regulamin monitoringu wizyjnego⁶³ doprecyzowywał, że monitoring wizyjny bez zapisu obrazu obejmował pokoje łóżkowe, jeżeli byłoby to konieczne w procesie leczenia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów (np. w salach pacjentów izolowanych oraz w przypadku

⁶² Procedura AP/PP/9 „Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych”, wprowadzona zarządzeniem nr 26/2021 z 29 marca 2021 r. Dyrektora Szpitala (wersja obowiązująca od 31 marca 2021 r.).

⁶³ Obowiązujące na dzień kontroli wydanie nr 2, wprowadzone zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 40/2022 z 19 maja 2022 r.

pacjentów wymagających wzmożonego nadzoru). Nie stosowano go natomiast w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych, socjalnych, szatniach, pokojach zakładowych organizacji związkowych oraz w miejscach udzielania świadczeń medycznych. Okres przechowywania nagrań z monitoringu wizyjnego określono w tym regulaminie na 21 dni. W wyjątkowych sytuacjach, gdy nagranie obrazu stanowiło dowód w postępowaniu bądź gdy Szpital powziął informację, iż nagranie może stanowić dowód w postępowaniu, termin ten mógł ulec przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Z ustaleń kontroli wynikało, że monitoring obejmował m.in. ciągi komunikacyjne i teren wokół Szpitala. Zarówno przy wejściach do Szpitala jak i przy bramie wjazdowej zamieszczono piktogramy oraz informację o monitoringu całodobowym. Ostatni zapisany na rejestratorze obraz pochodził sprzed 28 dni. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zapis zobrazowania odbywa się na zasadzie nadpisywania, tj. po wypełnieniu całego dysku twardego bieżąca sytuacja nadpisywana jest na najstarszym nagraniu. Czas przechowywania tego obrazu (możliwości jego odtworzenia) uzależniony jest z kolei od wielu czynników (np. liczby podłączonych i pracujących kamer czy jakości nagrywanego obrazu). Stąd zapis regulaminu mówiący o 21 dniach należy rozumieć, jako czas orientacyjny, nie mniejszy niż 21 dni.

W toku kontroli nie stwierdzono zastosowania kamer w pomieszczeniach niedozwolonych na mocy postanowień regulaminu monitoringu. Niemniej jednak w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w salach chorych zamontowano kamery, które pozostawały nieaktywne. Jak oświadczyła pielęgniarka oddziałowa, kamery pojawiły się w związku z uruchomieniem „oddziału covidowego” w Szpitalu w trakcie trwania pandemii (w 2020 r.). W salach tych nie zamieszczono informacji o wyłączeniu monitoringu. NIK wskazuje, że zamontowane kamery w salach chorych mogą przyczyniać się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa u pacjentów, co w sytuacji ich niedziałania, jest odczuciem fałszywym. Stąd zasadnym wydaje się poinformowanie pacjentów o wyłączeniu monitoringu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że w przypadku pytań, pacjenci byli werbalnie informowani o niestosowaniu monitoringu. Zapewniła przy tym, że oznaczenia o niestosowaniu monitoringu zostaną niezwłocznie uzupełnione.

Osoby obsługujące monitoring (portierzy) posiadały stosowne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, wydane przez Administratora Danych Osobowych.

(akta kontroli: tom II, str. 31-40, 138-147, 296-301, 332-335; tom III, str. 231, 233-242)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Poprzez niewłaściwe warunki techniczne, w Szpitalu nie w pełni respektowano wynikające z art. 20 ustawy o prawach pacjenta prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Powyższe dotyczyło: [1] niezapewnienia zamknięcia ogólnodostępnych sanitariatów (drzwi do toalet/pisuarów) w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (pierwsze piętro) oraz w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym⁶⁴, bądź niewprowadzenia jakiegokolwiek innej sygnalizacji o zajęciu pomieszczenia (np. w przypadku hospitalizacji osoby wymagającej wzmożonego nadzoru z uwagi na chorobę psychiczną); [2] braku zastosowania mlecznej osłony na szybę w toalecie męskiej na pierwszym piętrze w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, gdzie pisuary ustawiono prostopadle do okna, w bliskiej odległości do okna (osłonę uzupełniono jeszcze w toku oględzin).

⁶⁴ Na piętrze trzecim – w przypadku dwóch z pięciu toalet; na piętrze piątym – w przypadku jednej toalety dzielona dla potrzeb dwóch izolatek, połączonych korytarzem.

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach odniosła się do przyczyn niezastosowania osłony na szybę w toalecie męskiej Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii wskazując, że jej brak spowodowany był jej zniszczeniem. Dodała również, że w ramach prowadzonych prac remontowych w Szpitalu, których termin zakończenia ustalono do 31 grudnia 2023 r., zostaną uzupełnione takie elementy jak zamki i rozety w drzwiach, sygnalizacja przywoławcza czy osłony na okna.

(akta kontroli: tom II, str. 332-347; tom III, str. 233-243)

2. W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym ustalone⁶⁵ godziny odwiedzin nie były zgodne z tymi, które wynikały z obowiązującej w tym zakresie wewnętrznej regulacji, tj. z zarządzenia nr 1/2020 z 2 stycznia 2020 r. Dyrektora Szpitala w sprawie zasad odwiedzin pacjentów hospitalizowanych. Pacjentów i ich bliskich informowano, że odwiedziny są możliwe w godzinach 12:00-20:00, podczas gdy w ww. dokumencie przedział czasowy odwiedzin ustalono na 8:00-20:00. Ograniczenie to nie zostało w żaden sposób formalnie wprowadzone.

W Oddziale tym, jak również w Oddziale Neonatologicznym, w udostępnianych pacjentom w formie pisemnej informacjach o zasadach odwiedzin obecne były także nieaktualne zarządzenia Dyrektora Szpitala (z poprzednich miesięcy i lat), ograniczające – z uwagi na sytuację epidemiologiczną – prawo do odwiedzin. Mogło to wprowadzać w błąd zainteresowane osoby, co do faktycznych możliwości odwiedzin, co było działaniem nierzetelnym.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną ww. zmiany godzin był wzrost zachorowań u pacjentów na choroby wirusowe oraz trwający remont w Szpitalu. Dodała, że personel mając na uwadze dobre pacjentów, respektował postanowienia ww. zarządzenia umożliwiając kontakt pacjentów z bliską osobą. W odniesieniu do nieaktualnych zarządzeń wyjaśniając powołała argument remontu i zmian organizacyjnych dodając przy tym, iż udostępnione zasady zostały zaktualizowane.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że obowiązkiem Szpitala jest rzetelne informowanie o prawach pacjentów, w tym o przyjętych w Szpitalu zasadach urzeczywistniających ich realizację. Zamieszczone na Oddziale informacje, które nie były zgodne z aktem wewnętrznie obowiązującym w Szpitalu, wprowadzały w błąd osoby zainteresowane możliwością skorzystania z prawa, określonego w art. 33 ustawy o prawach pacjenta. Jednocześnie NIK wskazuje, że w art. 5 tej ustawy, jednoznacznie wskazano kto i w jakich warunkach może wprowadzić ograniczenie do korzystania z praw pacjenta. Na dzień oględzin formalnie takiego ograniczenia nie wprowadzono.

(akta kontroli: tom II, str. 342-346; tom III, str. 233-242)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu podjęto działania mające na celu zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem prawa do intymności i godności, przy czym nie sprzyjały temu trudne warunki lokalowe. W szczególności dotyczyło to występowania w Szpitalu sal wieloosobowych i niewielkiego ich metrażu oraz przyjętej jednocześnie w niektórych przypadkach organizacji wykonywania badań fizykalnych bądź drobnych zabiegów przy łóżku pacjenta czy też prowadzenia rozmów personelu medycznego z pacjentami na salach chorych. Poczucie dyskomfortu wśród pacjentów mogła wywoływać także konieczność korzystania z ogólnodostępnych na Oddziałach sanitariatów, szczególnie w sytuacji braku ich zamknięcia od wewnątrz bądź innej sygnalizacji wskazującej na ich zajęcie. Niemniej jednak Szpital zapewnił, by m.in.: dostęp do gabinetów/pokoi, w których wykonywano badania bądź inne czynności wymagające zachowania intymności był ograniczony; pacjentów można było osłonić parawanem bądź zasłoną; pacjentów nie hospitalizowano na korytarzach; nie

⁶⁵ Na dzień oględzin, tj. 13 listopada 2023 r.

stosowano rozwiązań w zakresie monitoringu wizyjnego niezgodnych z obowiązującym prawem.

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:

- Uwaga Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przeprowadzone w toku kontroli badanie wydanych przez Administratora Danych Osobowych upoważnień do przetwarzania danych osobowych wykazało stany nieprawidłowe w odniesieniu do 40% zbadanych przypadków. Zdaniem NIK ryzyko wystąpienia podobnych stanów w całej populacji jest w związku z tym wysokie. Stąd zasadnym wydaje się dokonanie przeglądu wszystkich upoważnień, z uwzględnieniem aktualnego stanu zatrudnienia, rodzaju wykonywanej przez osoby zatrudnione pracy oraz zakresu ich obowiązków.
- Wnioski
1. Wdrożenie we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, z uwzględnieniem warunków organizacyjno-technicznych jednostki.
 2. Wylimitowanie prowadzenia dokumentów wchodzących w skład dokumentacji medycznej pacjentów jednocześnie w dwóch postaciach (papierowej i elektronicznej).
 3. Podjęcie działań celem doprowadzenia do zgodności dokumentacji medycznej pacjentów z wymogami określonymi w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz § 4 i § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
 4. Podjęcie działań mających na celu rzetelne sporządzanie karty informacyjnej z pobytu w Szpitalu, odzwierciedlających faktyczny przebieg hospitalizacji pacjentów.
 5. Skorygowanie informacji zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala oraz wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie dotyczącym uwzględnienia w nich informacji o możliwości udostępniania dokumentacji medycznej przy użyciu środków komunikacji elektronicznej lub na elektronicznym nośniku danych.
 6. Podjęcie działań celem doprowadzenia warunków przechowywania papierowej dokumentacji medycznej pacjentów w archiwum zakładowym do poziomu zapewniającego zabezpieczenie jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą.
 7. Zastosowanie w Szpitalu rozwiązań służących respektowaniu w pełni prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta, określonego w art. 20 ustawy o prawach pacjenta.
 8. Zapewnienie informowania o godzinach odwiedzin pacjentów ustalonych w obowiązujących na dany dzień w Szpitalu regulacjach wewnętrznych.
 9. Umieszczenie na oddziałach szpitalnych pełnej informacji dotyczącej terminów udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, zgodnie z wymogami § 35 ust. 3 Regulaminu organizacyjnego Szpitala.
 10. Podjęcie działań celem doprowadzenia do przeprowadzania w sposób systematyczny w Szpitalu analizy ryzyka związanej z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej oraz zarządzanie tym ryzykiem.

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 uwagi
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 uwagi 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.

Wrocław, 14 grudnia 2023 r.

Kontroler
Angelika Gagon
Starszy inspektor
kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
Dyrektor
z up. Krzysztof Całka
Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis