



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.31.3.2023

**Pan
Artur Mazur
Prezes Zarządu
Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji
i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze**

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji
i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze
ul. Janusza Korczaka 1
58-400 Kamienna Góra

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii spółka z o.o. w Kamiennej Górze ¹ , ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Artur Mazur, Prezes Zarządu ² od 30 marca 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Wiktor Król, Prezes Zarządu od 3 czerwca 2016 r. do 29 marca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.2. Przestrzeganie prawa do informacji.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia 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	<ol style="list-style-type: none">1. Dominik Kosenda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/157/2023 z 3 października 2023 r.2. Piotr Kociołek, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/155/2023 z 28 września 2023 r. <p>(akta kontroli: tom I, str. 1-2, 5-8)</p>

¹ Dalej: Szpital lub DCRO. Nazwa obowiązująca od 17 stycznia 2022 r. Poprzednia nazwa jednostki kontrolowanej: Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o.o. w Kamiennej Górze.

² Dalej: Prezes.

³ Tj. do 22 listopada 2023 r.

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

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W DCRO rzetelnie 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 DCRO⁶. Przed wyrażeniem zgody na wykonanie procedur medycznych, pacjenci uzyskiwali informację na temat planowanych zabiegów i możliwych powikłań. Organizacja Szpitala zapewniała pacjentom pełną informację o godzinach i miejscach udzielania świadczeń. Podejmowano systematyczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń, rzetelnie odnotowywano i dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu.

Niemniej, w obszarach praw pacjentów do dostępu do informacji oraz do świadczeń zdrowotnych stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły: **[1]** niezamieszczenia w Regulaminie organizacyjnym wszystkich obligatoryjnych elementów, wskazanych w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷, **[2]** nieopublikowania wszystkich informacji podlegających podaniu do wiadomości pacjentów na podstawie art. 24 ust. 2 powyższej ustawy, **[3]** niewskazania w formularzu zgody na wykonanie zabiegu, w dwóch przypadkach na 10 zbadanych, daty udzielenia przez pacjenta zgody na zabieg podwyższonego ryzyka, **[4]** niezgodnego ze stanem faktycznym wykazania w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego⁸ funkcjonowania w DCRO dwóch poradni czym naruszono art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, **[5]** zmian w Rejestrze w latach 2019-2023, czternastodniowego terminu na ich złożenie, o którym mowa w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, a także **[6]** niezgodnego z wewnętrzną procedurą Szpitala, dokumentowania profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn w trzech z pięciu zbadanych przypadków. Stwierdzone nieprawidłowości miały charakter formalny i nie wpływały bezpośrednio na naruszenie praw pacjenta.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą złożono łącznie 40 skarg na działalność Szpitala, z czego: w 2019 r. – dwie; w 2020 r. – trzy; w 2021 r. – dziewięć; w 2022 r. – 15, a w 2023 r.¹⁰ – 11. Wszystkie złożone skargi dotyczyły spraw związanych z nieprzestrzeganiem praw pacjenta, z czego: 23¹¹ dotyczyły nieprzestrzegania prawa do świadczeń zdrowotnych, 11¹² dotyczyło nieprzestrzegania prawa do informacji, pięć¹³ dotyczyło nieprzestrzegania prawa do poszanowania intymności i godności

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

⁶ <https://dcro.org.pl/> [dostęp: 2 listopada 2023 r.].

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁸ Dalej także: Rejestr.

⁹ 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.

¹⁰ Do 27 września 2023 r.

¹¹ Złożone w: 2019 r. – jedna, 2020 r. – trzy, 2021 r. – siedem, 2022 r. – siedem i 2023 r. – pięć.

¹² Złożonych w: 2019 r. – jedna, 2021 r. – jedna, 2022 r. – pięć i 2023 r. – cztery.

¹³ Złożonych w: 2022 r. – trzy i 2023 r. – dwie.

pacjenta, a jedna¹⁴ dotyczyła nieprzebrzegania prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Prezes wyjaśnił, że przeprowadzone analizy skarg wykazały, iż wzrost liczby skarg w kolejnych latach nie był związany z pogorszeniem jakości oferowanych w DCRO usług, a wynikał m.in. z coraz większej świadomości i roszczeniowości pacjentów.

Szczegółowe badanie próby 20 skarg wykazało, iż każdorazowo podejmowano działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego oraz informowano wnoszącego skargę o sposobie jej załatwienia. Skargi rozpatrywane były w terminie od czterech do 30 dni od daty wpływu, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami w tym zakresie, przyjętymi w Regulaminie organizacyjnym¹⁵. Wnioski z postępowań wyjaśniających były przez Szpital realizowane. Skargi pacjentów poddawane były ponadto analizie w corocznych Sprawozdaniach z Działalności Zespołu ds. Jakości. Jak wyjaśnił Prezes, były one też omawiane na spotkaniach z ordynatorami oddziałów pod kątem ewentualnego usprawnienia systemu przyjęć do Szpitala i opieki nad pacjentem.

(akta kontroli: tom I, str. 173-174, 402-406, 506-544, 557-566)

1.2. Szpital przeprowadzał badania satysfakcji pacjentów z pobytu na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Nie wprowadzono odrębnej procedury w powyższym zakresie, natomiast opracowano druk ankiety, którą każdy pacjent mógł wypełnić i przekazać w sposób anonimowy¹⁶. Badania ankietowe prowadzone były w sposób ciągły, a analiza zebranych ankiet odbywała się, co do zasady, co najmniej raz w roku¹⁷. Pytania ankietowe dotyczyły obszarów takich jak: opieka personelu medycznego (w tym przestrzeganie praw pacjenta), warunki socjalno-bytowe, organizacja i zarządzanie oraz opinia dotycząca Szpitala. Wyniki ankiet wskazywały, iż pacjenci, co do zasady, dobrze lub bardzo dobrze oceniali pobyt w Szpitalu¹⁸.

Jak wyjaśnił Prezes, wnioski z analizy ankiet satysfakcji pacjentów omawiane były na spotkaniach z ordynatorami poszczególnych oddziałów, w celu podjęcia kroków zmierzających do poprawy pobytu pacjentów na oddziałach. W odpowiedzi na sugestie pacjentów, przekazywane w ankietach, wprowadzono np. zmiany w jadłospisie oraz podjęto prace remontowe.

(akta kontroli: tom I, str. 407-499, 569-573)

1.3. W okresie objętym kontrolą, podmioty zewnętrzne przeprowadziły w DCRO 36 kontroli¹⁹. Żadna z powyższych kontroli nie dotyczyła problematyki przestrzegania praw pacjenta. Ponadto, w latach 2019-2023²⁰ przeprowadzono w Szpitalu łącznie 67 audytów wewnętrznych. Osiem²¹ z nich dotyczyło prowadzenia dokumentacji medycznej, natomiast dwa²² dotyczyły dostępności: informacyjno-komunikacyjnej oraz strony internetowej Szpitala, dla osób ze szczególnymi potrzebami lub niepełnosprawnościami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. braków w dokumentacji medycznej, niedostatecznego oznaczenia budynków i ciągów komunikacyjnych Szpitala oraz treści na stronie internetowej w wersji niezgodnej ze standardami WCAG 2.1²³. Szpital realizował zalecenia wynikające z powyższych

¹⁴ Złożona w 2021 r.

¹⁵ Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków uregulowano w § 24 Regulaminu organizacyjnego.

¹⁶ Poprzez wrzucenie do odpowiedniej skrzynki.

¹⁷ Poza 2020 r., w którym nie prowadzono osobnych badań satysfakcji pacjentów.

¹⁸ Przykładowo, w 2022 r. pacjenci najwyżej ocenili oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 81,82% ocen bardzo dobrych, 15,15% ocen dobrych, 3,03% ocen zadowalających oraz brak ocen złych i bardzo złych, a najniżej oddział Rehabilitacyjny w pawilonie 2A – 48,35% ocen bardzo dobrych, 39,56% ocen dobrych, 12,9% ocen zadowalających oraz brak ocen złych i bardzo złych.

¹⁹ Z czego: w 2019 r. – dziewięć, w 2020 r. – sześć, w 2021 r. – 10, w 2022 r. – sześć i w 2023 r. (do 29 września) – pięć.

²⁰ Do 26 września 2023 r.

²¹ W tym pięć audytów przeprowadzono w 2022 r., a trzy w 2023 r.

²² Przeprowadzone w 2021 r. na zlecenie DCRO przez podmiot zewnętrzny.

²³ Wytyczne dotyczące dostępności treści internetowych.

audytów, poprzez m.in. montaż odpowiednich oznaczeń i elementów architektury oraz wprowadzenie zmian na stronie internetowej.

(akta kontroli: tom I, str. 296-401, 574-586)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność DCRO w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta. W Szpitalu rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin, a także przeprowadzano systematyczne badania satysfakcji pacjentów z pobytu na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Wskutek przeprowadzanych w DCRO audytów wewnętrznych, realizowano zalecenia z nich wynikających.

OBSZAR

2. Prawo do informacji

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szpital umieszczał, w miejscach ogólnodostępnych, pisemne informacje o prawach pacjenta, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁴. W wyniku przeprowadzonych oględzin²⁵ stwierdzono, iż informacje te, w formie Karty Praw Pacjenta²⁶, znajdowały się w widocznych miejscach na tablicach ogłoszeń.

Zgodnie z wewnętrzną procedurą Szpitala „Informowanie pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach”²⁷, źródła informacji na ten temat dla pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych DCRO stanowiły także m.in.: „Podstawowe informacje dla Pacjentów”, regulaminy organizacji świadczeń medycznych w oddziałach oraz Regulamin organizacyjny. W dokumentach tych wskazano m.in. zakres świadczonych usług, informacje na temat organizacji pobytu pacjenta w Szpitalu, godziny udzielania świadczeń i harmonogramy dnia.

Szpital na swojej stronie internetowej²⁸ zamieścił m.in. informacje na temat praw pacjenta²⁹, regulaminy organizacyjne poszczególnych komórek Szpitala, obowiązujące cenniki oraz inne druki do pobrania (takie jak np. podanie o udostępnienie dokumentacji medycznej i wniosek o zapewnienie tłumacza języka migowego). Niemniej, nie wszystkie informacje, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zostały udostępnione na stronie internetowej Szpitala, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 254-294, 545-556)

2.2. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu obowiązywało siedem wersji Regulaminu organizacyjnego³⁰, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnia zmiana³¹ Regulaminu organizacyjnego została wprowadzona 1 czerwca 2023 r. W Regulaminie tym zamieszczono elementy określone w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, z wyjątkiem wskazania: celów i zadań podmiotu, wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.; dalej: ustawa o prawach pacjenta.

²⁵ Przeprowadzonych 25 października 2023 r. na trzech oddziałach Szpitala: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Rehabilitacji Neurologicznej i Rehabilitacji Kardiologicznej.

²⁶ Zawierającej m.in. wyciąg z ustawy o prawach pacjenta.

²⁷ Standard QS 7.5-27.

²⁸ <http://www.dcro.org.pl> [dostęp: 2 listopada 2023 r.].

²⁹ W tym informacje kontaktowe do Rzecznika Praw Pacjenta i odnośnik do tekstu jednolitego ustawy o prawach pacjenta.

³⁰ Które były wprowadzone zarządzeniami Prezesa: [1] nr 5/11/2018 z 28 listopada 2018 r., [2] nr 08/07/2019 z 3 lipca 2019 r., [3] nr 10/02/2020 z 26 lutego 2020 r., [4] nr 1/06/2020 z 1 czerwca 2020 r., [5] nr 1/10/2021 z 1 października 2021 r., [6] nr 5/10/2022 r. z 24 października 2022 r. i [7] nr 1/06/2023 z 1 czerwca 2023 r.

³¹ Według stanu na 17 listopada 2023 r.

(akta kontroli: tom I, str. 9-194)

2.3. Szpital zamieścił na swojej stronie internetowej informacje pozwalające ocenić pacjentowi jakość świadczonych usług. Na podstronie „certyfikaty i wyróżnienia”³² zamieszczono otrzymane przez DCRO wyróżnienia i certyfikaty, takie jak m.in.: certyfikat akredytacyjny, potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego³³; certyfikat systemu zarządzania, potwierdzający spełnienie wymagań normy Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015³⁴; certyfikat „Bezpieczny Szpital to bezpieczny Pacjent”³⁵ oraz „certyfikaty „Szpital bez bólu” dla oddziałów zabiegowych i niezabiegowych³⁶. Dyrektor ds. Controllingu i Jakości oświadczyła, że podstrona internetowa jest na bieżąco aktualizowana w przypadku otrzymania nowego certyfikatu lub wygaśnięcia ważności starego.

(akta kontroli: tom I, str. 551-556)

2.4. Zasady uzyskiwania zgody pacjenta na wykonanie świadczeń zdrowotnych zostały przez DCRO określone w dwóch procedurach³⁷ – „Lista procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta”³⁸ oraz „Zgoda pacjenta na przeprowadzenie procedur medycznych o podwyższonym ryzyku”³⁹. Szczegółowe badanie dokumentacji związanej z wyrażeniem zgody na zabieg podwyższonego ryzyka na próbie 10 pacjentów⁴⁰ wykazało, iż wszystkie zgody zostały wyrażone na piśmie, przez pełnoletniego pacjenta lub przedstawiciela ustawowego. 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 pacjent⁴¹, a formularz zgody na zabieg⁴² zawierał informację na czym on polegał 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. W przypadku zabiegu, dla którego nie opracowano szczegółowego wzoru, powyższe elementy uzupełniane były ręcznie przez lekarza na ogólnym druku⁴³. Jak wyjaśnił Prezes, dotyczyło to zabiegów niestandardowych, które za każdym razem dostosowywane były do indywidualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta. Prezes dodatkowo wyjaśnił, że zabiegi, dla których nie opracowano standardowych zgód stanowiły około 1,5% wszystkich wykonywanych w DCRO zabiegów. Każda zgoda wyrażana była w obecności lekarza, który podpisem potwierdzał zapoznanie pacjenta z informacjami na temat wykonywanej procedury medycznej i możliwych powikłaniach. Pacjenci udzielali zgody przed terminem wykonania zabiegu⁴⁴, niemniej w dwóch przypadkach nie wskazano daty wyrażenia zgody, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I, str. 231-250, 500-505, 557-563)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

³² <https://dcro.org.pl/certyfikaty-i-wyroznienia.html> [dostęp: 2 listopada 2023 r.].

³³ Wydany przez Ministra Zdrowia, Nr 2020/42 z 7 stycznia 2021 r.

³⁴ Wydany przez podmiot certyfikujący, nr 213399-2017-AQ-POL-RvA z 13 grudnia 2022 r.

³⁵ Wydany przez Koalicję na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, z 10 października 2023 r.

³⁶ Wydane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, z 7 czerwca 2021 r.

³⁷ Dalej: procedura w sprawie zgody.

³⁸ Standard QS 7.5-7.

³⁹ Standard QS 7.5-210.

⁴⁰ Wybranej spośród 199 pacjentów operowanych w sierpniu 2023 r. na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁴¹ W dwóch przypadkach, gdy zabieg obejmował dwie różne procedury medyczne, pacjenci wyrażali osobne zgody na każdą procedurę w ramach zabiegu.

⁴² Dalej: formularz zgody.

⁴³ Stanowiącym załącznik do procedury w sprawie zgody.

⁴⁴ W trzech przypadkach dwa dni przed zabiegiem, a w pięciu przypadkach dzień przed zabiegiem.

1. Szpital nie zamieścił na swojej stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala⁴⁵ informacji o wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, stanowiącej element Regulaminu organizacyjnego. Było to niezgodne z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, iż m.in. powyższą informację podaje się do wiadomości pacjentów m.in. na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i udostępnia w BIP.

Prezes wyjaśnił, iż informacja ta nie została zamieszczona na stronie internetowej, gdyż usługę przechowywania zwłok zapewnia Szpitalowi firma podwykonawcza. W trakcie kontroli NIK Szpital zamieścił na swojej stronie internetowej Regulamin organizacyjny, zawierający m.in. powyższą informację.

(akta kontroli: tom I, str. 194, 551-563, 568)

2. W Regulaminie organizacyjnym⁴⁶ nie zamieszczono informacji dotyczących: celów i zadań podmiotu, wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Stanowiło to naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 2, 9 i 12 ustawy o działalności leczniczej, w których wskazano powyższe informacje jako obligatoryjne elementy regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Jak wyjaśnił Prezes, w Regulaminie organizacyjnym nie określono wprost celów i zadań podmiotu, jednak wynikają one z treści § 4 tego Regulaminu, w którym wskazano miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, co jest podstawowym celem działalności Szpitala. Dodał, że w Regulaminie tym zawarto informację o sposobie ustalania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej⁴⁷, bez wskazania konkretnej kwoty, z uwagi na jej zmianę co kwartał, w momencie ogłaszania przez GUS przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Ponadto, według wyjaśnień Prezesa, cenniki DCRO (w których wskazano wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością) stanowią element Regulaminu organizacyjnego, który nie jest jednoznacznie nazwany załącznikiem, jednak tak był traktowany przez Szpital.

NIK nie podziela argumentacji Prezesa. W § 4 Regulaminu organizacyjnego wskazano miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. informację o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, która nie jest tożsama z informacją na temat celu i zadań podmiotu, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 2 tej ustawy. Ponadto NIK zauważa, że w § 21 Regulaminu organizacyjnego wskazano, iż wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalona jest w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta. Wobec powyższego, Regulamin organizacyjny nie zawierał informacji o wysokości tej opłaty (co jest wymagane na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej), a jedynie wskazywał podstawę prawną sposobu ustalania jej maksymalnej wysokości. NIK zwraca także uwagę, że cenniki DCRO, w których określono wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, wprowadzone zostały odrębnymi zarządzeniami Prezesa⁴⁸ i nie stanowiły części Regulaminu organizacyjnego.

(akta kontroli: tom I, str. 149-228, 557-567)

⁴⁵ Dalej: BIP.

⁴⁶ Wprowadzonym zarządzeniem Prezesa nr 1/06/2023 z 1 czerwca 2023 r.

⁴⁷ Zgodnie z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie może przekroczyć: [1] za jedną stronę wyciągu albo odpisu – 0,002 krotności, [2] za jedną stronę kopii albo wydruku – 0,00007 krotności i [3] za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 0,004 krotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1251, ze zm.).

⁴⁸ Zarządzenia Prezesa: [1] nr 9/01/2023 z 30 stycznia 2023 r., [2] nr 3/05/2023 z 19 maja 2023 r., [3] nr 9/07/2023 z 28 lipca 2023 r. i [4] nr 2/08/2023 z 8 sierpnia 2023 r.

3. W dwóch przypadkach⁴⁹, na 10 zbadanych, nie wskazano w formularzu zgody daty udzielenia przez pacjenta zgody na zabieg podwyższonego ryzyka. Było to niezgodne z wewnętrzną procedurą DCRO: QS 7.5-07 „Lista procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta”, w której wskazano m.in., że wyrażenie zgody na zabieg musi zostać potwierdzone przez pacjenta własnoręcznym podpisem i datą.

Prezes wyjaśnił, że było to spowodowane niedopatrzeniem lekarza, który odbierał zgodę od pacjenta.

NIK zwraca również uwagę, iż ze względu na to, że zgoda musi zostać udzielona przed zabiegiem, w celu jej prawidłowego udokumentowania niezbędne jest także wskazanie daty jej udzielenia.

(akta kontroli: tom I, str. 231-234, 505, 557-563)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital wprowadził rozwiązania organizacyjne, zapewniające pacjentom dostęp do informacji. Informacje na temat praw pacjenta oraz organizacji pracy Szpitala dostępne były w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej DCRO. Zapewniono także pacjentom dostęp do informacji na temat posiadanych przez DCRO certyfikatów, co pozwalało ocenić skuteczność, jakość i bezpieczeństwo świadczeń udzielanych przez Szpital. Przed wyrażeniem zgody na wykonanie procedur medycznych, pacjenci uzyskiwali informację na temat planowanych zabiegów i możliwych powikłań. W toku kontroli stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające na: [1] niezamieszczeniu w Regulaminie organizacyjnym wszystkich obligatoryjnych elementów, wskazanych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, [2] nieopublikowaniu wszystkich informacji podlegających podaniu do wiadomości pacjentów na podstawie art. 24 ust. 2 powyższej ustawy, a także [3] niewskazaniu w formularzu zgody, w dwóch przypadkach na 10 zbadanych, daty udzielenia przez pacjenta zgody na zabieg podwyższonego ryzyka.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych

3.1. W okresie objętym kontrolą Prezes złożył sześć wniosków (14 maja 2020 r., 25 sierpnia 2021 r., 14 lutego 2022 r., 13 maja 2022 r., 31 maja 2022 r., 17 lutego 2023 r.) o dokonanie zmian w Rejestrze. Nie w każdym przypadku wnioski takie składano w wymaganym terminie (14 dni od dnia powstania zmian), o którym mowa w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto dane zawarte w Rejestrze w zakresie oferowanych świadczeń medycznych, nie były zawsze spójne z informacjami zawartymi w Regulaminie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W czasie kontroli prowadzonej przez NIK (wrzesień-listopad 2023 r.) zakres oferowanych świadczeń w DCRO pokrywał się z informacjami zawartymi w Regulaminie organizacyjnym⁵⁰.

(akta kontroli:, tom I str. 149-194, tom II str. 1-69)

3.2. Szpital udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz pozostałe informacje określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹. Na podstawie oględzin trzech wybranych oddziałów Szpitala (Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej oraz Oddział Rehabilitacyjny) stwierdzono, że wymagane tym przepisem informacje znajdowały się na tablicach informacyjnych zamieszczonych w ogólnie dostępnych miejscach przy wejściach na ww. oddziały Szpitalne.

(akta kontroli: tom I, str. 149-194, 545-550)

⁴⁹ Numery księgi głównej Szpitala: 3573/2023 i 3944/2023.

⁵⁰ Wprowadzonym przez Prezesa zarządzeniem nr 1/06/2023 z dnia 1 czerwca 2023 r.

⁵¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

3.3. Największą liczbę pacjentów oczekujących na przyjęcie do Szpitala (na 31 grudnia) stwierdzono w oddziałach: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (w 2019 r. – 948, w 2020 r. – 677, w 2021 r. – 573 i w 2022 r. – 554), Rehabilitacji Ogólnoustrojowej 005-oddział męski (w 2019 r. – 605, w 2020 r. – 308, w 2021 r. – 114 i w 2022 r. – 127) oraz Rehabilitacji Ogólnoustrojowej 007-oddział żeński (w 2019 r. – 938, w 2020 r. – 501, w 2021 r. – 203 i w 2022 r. – 229). Na przykładzie sytuacji oczekujących w ww. oddziałach w 2022 r. stwierdzono, że w Szpitalu stosowano bieżącą weryfikację prowadzonych list osób oczekujących. Do tego celu wykorzystywano aplikację Kolejki Centralne (AP-KOLCE). W przypadku rezygnacji pacjenta z zaplanowanego pobytu/zabiegu, bezzwłocznie kontaktowano się drogą telefoniczną z kolejnym pacjentem oczekującym na zabieg (z wyznaczonym terminem późniejszym), a po uzyskaniu jego zgody na zmianę terminu, wysyłano tradycyjną drogą pocztową zaproszenie do Szpitala. Pacjenci, którzy pomimo przypomnienia nie zgłosili się w terminie planowanego pobytu/zabiegu, musieli umawiać się na nowe terminy, tracąc dotychczasowe miejsce w kolejce.

W latach 2019-2022 występowały przypadki niezgłoszenia się pacjentów na umówione zabiegi w Szpitalu. W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej łącznie w tym okresie nie zgłosiło się 1 388 pacjentów, tj. 7,2% leczonych (w 2019 r. – 254, tj. 6,8% leczonych, w 2020 r. – 238, tj. 5,7% leczonych, w 2021 r. – 455, tj. 9,0% leczonych i w 2022 r. – 441, tj. 7,1% leczonych), w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej 005-oddział męski łącznie 115 pacjentów, tj. 0,6% leczonych (w 2019 r. – dziewięciu, tj. 0,2% leczonych, w 2020 r. – 43, tj. 1,0% leczonych, w 2021 r. – 40, tj. 0,8% leczonych, w 2022 r. – 23, tj. 0,4% leczonych) oraz Rehabilitacji Ogólnoustrojowej 007-oddział żeński łącznie 154 pacjentów, tj. 0,8% leczonych (w 2019 r. – 18, tj. 0,5% leczonych, w 2020 r. – 61, tj. 1,5% leczonych, w 2021 r. – 49, tj. 1,0% leczonych i w 2022 r. – 26, tj. 0,4% leczonych).

W przypadku funkcjonujących w Szpitalu poradni (Poradnia Ortopedyczna oraz Kardiologiczna), przypominano pacjentom drogą telefoniczną o planowanym terminie wizyty. W przypadku uzyskania informacji o braku możliwości odbycia wizyty przez pacjenta w planowanym terminie, pracownicy Szpitala (tą samą drogą) konsultowali nowy termin wizyty z kolejnym oczekującym pacjentem. W Poradni Ortopedycznej w latach 2019-2022 łącznie nie zgłosiło się na wizyty 3 196 pacjentów, tj. 9,5% wykonanych świadczeń (w 2019 r. – 143, tj. 3,5% leczonych, w 2020 r. – 981, tj. 10,3%, w 2021 r. – 1 035, tj. 10,6% i w 2022 r. – 1 037, tj. 10,1%). W Poradni Kardiologicznej, w której przyjmowano pacjentów za opłatą (brak umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia), wizyt nie odwoływano.

(akta kontroli: tom II, str. 70-97)

3.4. Szpital umożliwiał świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia (na stronie internetowej Szpitala, w zakładce Kontakt zamieszczony był adres poczty elektronicznej DCRO oraz formularz kontaktowy). Było to zgodne z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵². W latach 2019-2022 z tego sposobu rejestrowania się na wizyty skorzystało łącznie 187 pacjentów, co stanowiło 1,0% pacjentów leczonych ogółem w tym okresie (w 2019 r. – 29, tj. 0,8% leczonych w tym czasie, w 2020 r. 37, tj. 0,9%, w 2021 r. 51, tj. 1,0%, i w 2022 r. 70, tj. 1,1%).

(akta kontroli: tom II, str. 98-99)

⁵² Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

3.5. W Szpitalu opracowano wewnętrzne zasady⁵³ oceny i skutecznego leczenia bólu. Szczegółowemu badaniu poddano dokumentację pięciu⁵⁴ pacjentów leczonych w DCRO w okresie objętym kontrolą, w zakresie stosowania przez personel szpitala ww. wewnętrznych procedur. W każdym ze zbadanych przypadków wywiązywano się z obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów w tym zakresie (m.in. prowadzono systematyczny monitoring natężenia bólu, co odzwierciedlano w dokumentacji medycznej), tj. respektowano prawo do leczenia bólu. Było to zgodne z art. 20a ustawy o prawach pacjenta.

(akta kontroli: tom II, str. 100-107)

3.6. W DCRO opracowano wewnętrzne zasady profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn⁵⁵. Szczegółowemu badaniu poddano dokumentację pięciu⁵⁶ pacjentów leczonych w DCRO w okresie objętym kontrolą, w zakresie stosowania przez personel szpitala ww. wewnętrznych procedur. Nie w każdym zbadanym przypadku wywiązywano się z obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów w tym zakresie, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W latach 2019-2023 (30 września) w Szpitalu leczono przypadki łącznie 427 odleżyn (75 w 2019 r., 98 w 2020 r., 80 w 2021 r., 101 w 2022 r. i 73 w 2023 r.). Prezes wskazał, że codziennie sporządzane raporty epidemiologiczne dawały pielęgniarcie epidemiologicznej wiedzę o nowo powstałych odleżynach, a Zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn raz na kwartał, pozyskiwał informacje o powstałych i leczonych odleżynach w danym oddziale Szpitala. Zespół ten dokonywał wstępnego raportu i wraz z opisem odleżyn przekazywał go pielęgniarcie epidemiologicznej, która sporządzała raport półroczny i roczny z analizy przypadków pacjentów z odleżynami. Raport ten po zaakceptowaniu przez Przewodniczącego Zespołu ds. zakażeń szpitalnych i Dyrektora ds. Medycznych był przekazywany do komórek organizacyjnych oddziałów, w których zmiany odleżynowe zostały stwierdzone i leczone. Na spotkaniach organizowanych z pielęgniarkami oddziałowymi raport był omawiany, ustalano najważniejsze działania profilaktyczne i kierujący każdym z oddziałów Szpitala własnym podpisem dokumentował odbiór raportu dotyczącego oddziału przez niego kierowanego. Kierownicy oddziałów z raportami zapoznawali podległych pracowników. Oprócz tego w DCRO organizowano szkolenia dotyczące leczenia ran, w tym odleżyn.

(akta kontroli: tom II, str. 108-116)

3.7. W Szpitalu opracowano system zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Podstawą jego funkcjonowania była wewnętrzna procedura DCRO „Nadzorowanie niezgodności”⁵⁷ oraz „Działania korygujące”⁵⁸. Zgłoszeń dokonywały pielęgniarki zatrudnione w DCRO wskazując za każdym razem swoje dane. W latach 2019-2022 prowadzono okresowe oceny funkcjonowania tego systemu przedstawiane w Sprawozdaniach z działalności Zespołu ds. Jakości. W okresie od 2019 r. do lutego 2022 r. poza ewidencjonowaniem występujących zdarzeń niepożądanych, formułowano raporty w formie papierowej, obrazujące przyczyny wystąpienia takich przypadków i podjęte działania wobec stwierdzonych zdarzeń. Od marca 2022 r. dokumentację związaną z występowaniem zdarzeń niepożądanych prowadzono wyłącznie w systemie AMMS. W latach 2019-2022 w Szpitalu wystąpiła tendencja wzrostowa (poza 2020 r.) zdarzeń niepożądanych, bowiem w 2019 r. zgłoszono ich 160, w 2020 r. – 73, w 2021 r. – 215, a w 2022 r. – 299 takich zdarzeń. Natomiast w 2023 r. (do 31 października) wystąpiły w Szpitalu 163 zdarzenia niepożądane.

⁵³ Standard QS 7.5-224 „Ocena i skuteczne leczenie bólu”.

⁵⁴ Numery księgi głównej Szpitala: 667/2022, 1520/2022, 1458/2020, 640/2019 i 4076/2019.

⁵⁵ Standard QS 7.5-174 Standard Profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn.

⁵⁶ Numery księgi głównej Szpitala: 4293/2021, 4189/2021, 3003/2022, 3100/2022 i 554/2020.

⁵⁷ Standard QP-8.7-01.

⁵⁸ Standard QO-10.2.02.

Prezes wyjaśnił, że powodem występującej tendencji wzrostowej w ww. zakresie była większa świadomość personelu, że zgłaszanie takich zdarzeń wpływa na lepszy obraz funkcjonowania Szpitala i może wpłynąć na podjęcie odpowiednich działań w celu wyeliminowania takich zdarzeń w przyszłości. Prezes dodał, że prowadzona jest ogólnopolska kampania zwiększająca świadomość personelu medycznego i wskazująca, że zgłaszanie zdarzeń nie jest formą donosu. Podkreślił, że większa liczba zdarzeń niepożądanych świadczy tylko o zaangażowaniu personelu w proces leczenia pacjenta i chęć zwiększenia jego bezpieczeństwa w trakcie hospitalizacji.

W toku czynności kontrolnych szczegółowemu badaniu poddano dokumentację 10 przypadków zdarzeń niepożądanych (dwa z 2023 r., trzy z 2022 r., trzy z 2021 r. i po jednym z 2019 r. i 2020 r.). Stwierdzono, że w każdym ze zbadanych przypadków postępowano zgodnie z wewnętrznymi procedurami DCRO.

(akta kontroli: tom I, str. 506-544; tom II, str. 117-141, 349-357)

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

(akta kontroli: tom II, str. 142)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Rejestrze nie zaktualizowano informacji o świadczonych w Szpitalu usługach medycznych. Wskazano w nim bowiem funkcjonowanie w DCRO poradni: rehabilitacyjnej (od 6 czerwca 2017 r.) oraz neurologicznej (od 1 czerwca 2022 r.), podczas gdy faktycznie w Szpitalu nie oferowano takich świadczeń. W związku z występowaniem tej niezgodności naruszono art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do Rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W toku kontroli, 30 października 2023 r., Prezes złożył wniosek o wpis do Rejestru, wskazując zakończenie działalności dwóch ww. komórek organizacyjnych, czym usunięto stan nieprawidłowy.

Prezes wyjaśnił, że zgłoszenie w Rejestrze działalności poradni neurologicznej i rehabilitacyjnej nastąpiło w związku z planem zawarcia umowy z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵⁹ w zakresie leczenia Toksyną botulinową. Przez niedopatrzenie nie usunięto tych danych z Rejestru, po odrzuceniu przez DOW NFZ oferty Szpitala.

(akta kontroli: tom I, str. 9-194; tom II, str. 1-69, 342-346)

2. Trzy z sześciu wniosków o wprowadzenie zmian w Rejestrze, złożono z uchybieniem czternastodniowego terminu, o którym mowa w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. W jednym przypadku wniosek złożono z 10-dniowym opóźnieniem oraz z sześciodniowym wyprzedzeniem⁶⁰, a w dwóch pozostałych przypadkach wniosek taki złożono z odpowiednio: jedno⁶¹ i 12-dniowym⁶² wyprzedzeniem.

⁵⁹ Dalej: DOW NFZ.

⁶⁰ Wniosek o wpis do Rejestru złożono 25 sierpnia 2021 r., podczas gdy data zakończenia działalności leczniczej zakładu podmiotu leczniczego (Opieka Długoterminowa) przypadła na 1 sierpnia 2021 r. (termin na złożenie wniosku miał 15 sierpnia 2021 r.). Natomiast data zakończenia działalności przez komórki organizacyjne (Oddział Reumatologiczny, Oddział Opiekuńczo-Leczniczy, Poradnia Reumatologiczna, Poradnia rehabilitacji neurologicznej, Poradnia Reumatologiczna Dla Dzieci oraz Poradnia chorób metabolicznych) przypadła na 31 sierpnia 2021 r.

⁶¹ Wniosek o wpis do Rejestru złożono 31 maja 2022 r., podczas gdy data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną (Poradnia Neurologiczna) przypadła na 1 czerwca 2022 r.

⁶² Wniosek o wpis do Rejestru złożono 17 lutego 2023 r., podczas gdy data zakończenia działalności przez komórkę organizacyjną (Poradnia Preluksacyjna) przypadła na 1 marca 2023 r.

Prezes wyjaśnił, że wniosek z 25 sierpnia 2021 r. został złożony bez zachowania terminu 14 dni ze względu na przeoczenie. W przypadku wniosków o wpis do Rejestru z 31 maja 2022 r. i 17 lutego 2023 r., złożono je wcześniej, aby nie uchybić obowiązkowemu terminowi zgłoszenia zmian w Rejestrze.

NIK nie podziela argumentacji zawartej w wyjaśnieniach dotyczących wcześniejszego złożenia wniosków. Wnioski o zmiany w Rejestrze winny być składane w terminie, o którym mowa w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Z wyżej wskazanego przepisu nie wynika, aby Szpital mógł wnioskować o dokonanie zmian w Rejestrze przed ich zaistnieniem.

(akta kontroli: tom II, str. 1-69, 342-346)

3. W trzech⁶³ z pięciu zbadanych przypadków dokumentację medyczną pacjentów, u których w trakcie leczenia stwierdzono i pielęgnowano odleżyny prowadzono nie w pełni rzetelnie. Zgodnie z pkt. 5.4 wewnętrznej procedury DCRO: QS 7.5-174 „Standard Profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn” dokumentacja fotograficzna stwierdzonych odleżyn powinna być przeprowadzana w dniu rozpoznania odleżyny i w dniu wypisu pacjenta. W trzech ww. przypadkach nie wykonano takiej dokumentacji fotograficznej w dniu wypisu pacjenta.

Prezes wyjaśnił, że w dwóch przypadkach przed wypisem pacjentów zmiany odleżynowe zostały wygojone, wobec czego personel nie wykonał fotografii, co odnotowano w karcie leczenia odleżyny. Natomiast w jednym przypadku fotografia nie została wykonana najprawdopodobniej z powodu przeoczenia personelu dokonującego wypisu pacjenta.

(akta kontroli: tom II, str. 108-116, 342-346)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewniał pacjentom pełną informację o godzinach i miejscach udzielania świadczeń. Podejmowano systematyczne działania na rzecz poprawy dostępności świadczeń, doprowadzając do zmniejszania się w całym okresie objętym kontrolą liczby oczekujących na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – w którym leczono największą liczbę pacjentów. W Szpitalu, rzetelnie odnotowywano i dokumentowano występowanie zdarzeń niepożądanych, a także respektowano prawa pacjentów do leczenia bólu. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: [1] niezgodnego ze stanem faktycznym wykazania w Rejestrze funkcjonowania w DCRO poradni: rehabilitacyjnej oraz neurologicznej, czym naruszono art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, [2] niedochowania czternastodniowego terminu, o którym mowa w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej na złożenie w latach 2019-2023 połowy wniosków o wprowadzenie zmian w Rejestrze, a także [3] nie w pełni rzetelnego (niezgodnego z wewnętrzną procedurą Szpitala) dokumentowania profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn w trzech z pięciu zbadanych przypadków.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W DCRO dokumentację medyczną prowadzono w formie papierowej oraz elektronicznej, z zachowaniem obowiązku prowadzenia danego dokumentu wyłącznie w jednej z ww. form. Było to zgodne z § 1 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁴. Warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiały prowadzenie dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej, z uwagi

⁶³ Numery księgi głównej Szpitala: 4293/2021, 4189/2021 i 3003/2022.

⁶⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

na np. brak możliwości uzyskania podpisu pacjenta w formie innej niż papierowej (tradycyjnej). Szczegółowemu badaniu poddano dokumentację medyczną 20 pacjentów hospitalizowanych w DCRO w 2022 r. Stwierdzono, że badana dokumentacja (w części papierowej) była kompletna, strony prowadzonej dokumentacji były ponumerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość. Pierwsza, jak i pozostałe strony dokumentacji zawierały oznaczenie pacjenta. Dokumentacja zawierała niezbędne zgody i oświadczenia pacjenta, w tym na udzielenie informacji oraz na dostęp do dokumentacji dla upoważnionej osoby, a także zgody pacjenta na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko.

Część dokumentacji, w formie elektronicznej, prowadzono w systemie AMMS⁶⁵. Wpisy w tym systemie oznaczone były danymi identyfikacyjnymi osoby ich dokonującej, a także informacjami o czasie ich wprowadzenia. Ponadto badaną dokumentację zweryfikowano w oparciu o wewnętrzne procedury DCRO⁶⁶, nie stwierdzając nieprawidłowości w tym zakresie.

(akta kontroli: tom II, str. 143-155)

4.2. W Szpitalu, uregulowania dotyczące warunków oraz kosztów udostępniania dokumentacji medycznej, zawarto w: Regulaminie organizacyjnym, wewnętrznej procedurze DCRO „Prawa pacjenta do wglądu do własnej dokumentacji medycznej oraz zasady udostępniania dokumentacji medycznej”⁶⁷, zamieszczonym na stronie internetowej DCRO, w Cenniku za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz Zasadach udostępniania dokumentacji medycznej (zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala), w których zamieszczono informację o możliwości pobrania „Podania o udostępniania dokumentacji medycznej”. Szczegółowe informacje dotyczące faktycznych opłat za udostępnienie poszczególnych dokumentów, zawarte były wyłącznie w druku ww. podania, który pacjenci lub osoby przez nich upoważnione mogły pobrać także w siedzibie Szpitala.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie pobierano opłat, natomiast powtórny wniosek pacjenta/osoby upoważnionej w tym zakresie wymagał wniesienia opłaty zgodnej z cennikiem zawartym w „Podaniu o udostępniania dokumentacji medycznej”. Pacjenci, a także osoby przez nich upoważnione, mieli możliwość złożenia wniosku o udostępnienie takiej dokumentacji drogą telefoniczną, elektronicznie oraz osobiście. Szczegółowemu badaniu poddano proces udostępniania dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w DCRO w 2022 r. Stwierdzono, że dokumentację udostępniano bez zbędnej zwłoki, wysokość pobieranych opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami. W przypadku wysyłania korespondencji drogą elektroniczną stosowano szyfrowanie załączników, a hasło dostępowe do plików przekazywano odrębnym kanałem. Czynności realizowane w DCRO w ww. zakresie były zgodne z wewnętrznymi uregulowaniami, a także art. 26, 27 i 28 ustawy o prawach pacjenta, § 70 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli: tom II, str. 156-229)

4.3. Dokumentację medyczną pacjentów leczonych w DCRO przechowywano w pomieszczeniach Archiwum, zlokalizowanych w przyziemiu Budynku 2A. Dokumentację obejmującą leczonych pacjentów przez ostatnich 20 lat

⁶⁵ Asseco Medical Management Solutions – kompleksowy i zintegrowany pakiet systemów informatycznych, których zadaniem jest obsługa dużych oraz średnich szpitali, klinik, centrów medycznych, przychodni i ambulatoriów (informacja producenta tego oprogramowania).

⁶⁶ „Zgoda pacjenta na przeprowadzenie procedur medycznych o podwyższonym ryzyku” – Standard QS 7.5-201, „Lista procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta” – Standard QS 7.5-07, „Zawartość dokumentacji medycznej, informacji w oddziałach szpitalnych” – Standard QS 4.2.3-18 oraz „Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej” – Standard QS 4.2.3-19.

⁶⁷ Standard 12/QS/2022.

przechowywano w pięciu pomieszczeniach. Wejście do każdego z nich było zabezpieczone drzwiami antywłamaniowymi i ognioodpornymi, a w otworach okiennych były zamontowane metalowe kraty. Dostęp do pomieszczeń, w których przechowywano dokumentację posiadały osoby imiennie upoważnione przez Prezesa⁶⁸. Dokumentacja medyczna była przechowywana na regałach metalowych, ułożona w porządku chronologicznym, z zastosowaniem numeracji księgi głównej Szpitala. Na wyposażeniu każdego z pomieszczeń pozostawał termometr z higrometrem oraz gaśnica proszkowa (na gaśnicach zamieszczone były kontrolki obrazujące przeprowadzenie ostatniego przeglądu).

Dostęp do dokumentacji medycznej i przetwarzania danych osobowych posiadali pracownicy DCRO, po przeszkoleniu przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych DCRO oraz Kierownika Działu IT Szpitala, odpowiedzialnego za nadawanie uprawnień (do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych) w zależności od rodzaju wykonywanej pracy i zajmowanego stanowiska. Dodatkowo każdy pracownik podpisywał Oświadczenie o poufności oraz Zgodę na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku dokumentacji, którą prowadzono w wersji elektronicznej, stosowane oprogramowanie było systematycznie aktualizowane, a występujące problemy/usterki na bieżąco naprawiane (w każdym miesiącu od lipca 2019 r., kiedy rozpoczęto prace w systemie AMMS w Szpitalu). Kopie bezpieczeństwa dla baz systemu AMMS były wykonywane codziennie i przenoszone na wewnętrzną mapę dyskową, zabezpieczającą zaszyfrowane kopie z okresu 30 dni. Ponadto codziennie wykonywano kopię baz danych na dysk zewnętrzny przechowywany w metalowej szafie w oddzielnym pomieszczeniu. Inspektor Ochrony Danych Osobowych DCRO prowadził analizy ryzyka⁶⁹ związane z bezpieczeństwem przechowywania dokumentacji medycznej, a w przypadku stwierdzenia uchybień zlecał działania naprawcze i weryfikował wykonanie tych prac. Wprowadzone i przestrzegane w DCRO wewnętrzne procedury⁷⁰ dotyczące przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej zapewniały bezpieczeństwo tych procesów.

(akta kontroli: tom II, str. 230-341)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność DCRO w zakresie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, a także ochrony zawartych w niej danych. W DCRO dokumentację medyczną prowadzono zgodnie z § 1 ust. 2 i 3 rozporządzenie w sprawie dokumentacji oraz wewnętrznymi uregulowaniami Szpitala. Udostępnianie dokumentacji medycznej następowało bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami. Rzetelnie przestrzegane wewnętrzne procedury DCRO dotyczące przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej, zapewniały bezpieczeństwo tych procesów.

⁶⁸ Na podstawie zarządzenia Prezesa DCRO nr 3/05/2022 z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie wyznaczenia osób odpowiedzialnych za prowadzenie archiwum medycznego Szpitala.

⁶⁹ M.in.: Archiwa przechowywania dokumentacji medycznej Pawilon II z 17 września 2022 r. oraz weryfikacja podjętych działań naprawczych z 20 listopada 2022 r., Dane osobowe pacjentów na dyskach twardej oraz urządzeniach komputerowych z 10 sierpnia 2023 r. oraz weryfikacja działań naprawczych z 15 sierpnia 2023 r., niewłaściwy nadzór nad przeglądem sieci teleinformatycznej podczas prac budowlanych z 6 czerwca 2022 r. oraz weryfikacja działań naprawczych z 2 lipca 2022 r.

⁷⁰ „Zasady zabezpieczania danych i informacji medycznych” – Standard QS 4.2.3-12, „Zasady bezpieczeństwa informacji medycznej prowadzonej elektronicznie, w tym sposób postępowania w sytuacjach krytycznych” – Standard QS 4.2.4-09, „Zasady przechowywania archiwalnej dokumentacji elektronicznej” – Standard QS 4.2.4-10 oraz „Nadzór nad zapisami w formie elektronicznej” – Standard 4.2.4-03.

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

Opis stanu faktycznego

5.1. Zgodnie z przyjętymi w DCRO uregulowaniami wewnętrznymi⁷¹ w zakresie poszanowania intymności i godności pacjenta⁷², czynności takie jak: zebranie wywiadu, przeprowadzenie badania oraz przekazywanie informacji dotyczących przebiegu procesu leczenia pacjentom lub osobom upoważnionym, powinny być realizowane w pokojach badań lub osobnych pomieszczeniach. Przeprowadzone oględziny pomieszczeń Szpitala⁷³ wykazały, że na każdym oddziale znajdował się odrębny pokój badań/gabinet zabiegowy. Pacjenci hospitalizowani byli w salach chorych⁷⁴, wyposażonych m.in. w parawany. Przy łóżkach nie umieszczano kart gorączkowych. Jak oświadczył Dyrektor ds. Medycznych, karty gorączkowe prowadzone były przez lekarzy elektronicznie, w systemie komputerowym.

W przyjętych w Szpitalu zasadach odwiedzin określono m.in. godziny odwiedzin⁷⁵ oraz maksymalną liczbę osób jednocześnie odwiedzających pacjenta.

(akta kontroli: tom I, str. 229, 251-253, 545-550)

5.2. W Szpitalu opracowano wewnętrzną procedurę⁷⁶ w celu określenia warunków zapewniających umieranie w spokoju i godności, zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. W dokumencie tym określono, iż pacjenta w stanie terminalnym należy umieszczać w sali jednoosobowej⁷⁷, przestronnej i jasnej, wyposażonej w parawan oraz wygodne łóżko z regulowanym wezgłowiem i materacem przeciwoleżynowym, z dostępem do sygnalizacji przyzywowej. Na podstawie oględzin sal chorych we wszystkich oddziałach Szpitala stwierdzono, że w DCRO dysponowano pomieszczeniami spełniającymi powyższe warunki. Ponadto, zgodnie z przedmiotową procedurą, pacjentowi powinno zapewnić się m.in.: zaplanowanie i prowadzenie procesu pielęgnacji tak, aby zaspokoić wszystkie jego potrzeby, dostosowanie harmonogramu czynności pielęgnacyjnych do rytmu dnia pacjenta, umożliwienie nieograniczonego kontaktu z bliskimi, czujną obserwację i rozpoznanie potrzeb, likwidację przykrych objawów⁷⁸, umożliwienie kontaktu z psychologiem i opiekę duszpasterską.

W okresie objętym kontrolą, nieprzestrzeganie praw pacjenta do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg zgłaszanych przez rodziny pacjentów.

(akta kontroli: tom I, str. 230, 402-404, 545-550)

5.3. Pomieszczenia wewnętrzne w budynkach DCRO nie były objęte monitoringiem i systemem rejestracji obrazu.

(akta kontroli: tom I, str. 295)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przestrzeganie przez DCRO prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. W DCRO, zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi zebranie wywiadu, przeprowadzenie badania oraz przekazywanie informacji dotyczących przebiegu procesu leczenia pacjentom lub osobom upoważnionym, realizowano w pokojach

⁷¹ „Zachowanie zasad prywatności” – Standard QS 7.5-215.

⁷² Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

⁷³ We wszystkich oddziałach Szpitala, tj. oddziałach: [1] rehabilitacyjnym żeńskim (007), [2] rehabilitacyjnym męskim (005), [3] rehabilitacji kardiologicznej, [4] rehabilitacji neurologicznej i [5] chirurgii urazowo-ortopedycznej.

⁷⁴ Nie stwierdzono hospitalizacji pacjentów w miejscach ogólnodostępnych, np. na korytarzu.

⁷⁵ Z zastrzeżeniem możliwości odwiedzin w innym czasie – w uzasadnionych przypadkach i za zgodą ordynatora oraz możliwości ograniczenia odwiedzin w przypadku zagrożenia epidemicznego.

⁷⁶ „Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych” – Standard QS 7.5-212.

⁷⁷ Lub maksymalnie dwuosobowej.

⁷⁸ Takich jak ból, odwodnienie, biegunka, wymioty itd.

badan lub osobnych pomieszczeniach. Ponadto, zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, organizacja Szpitala zapewniała warunki do umierania w spokoju i godności.

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. Udostępnienie w BIP wszystkich informacji, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
2. Określenie w Regulaminie organizacyjnym wszystkich elementów wskazanych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
3. Składanie wniosków o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w terminie wynikającym z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
4. Przestrzeganie postanowień wewnętrznej procedury „Standard Profilaktyki, pielęgnacji i leczenia odleżyn”.
5. Zapewnienie każdorazowego wskazywania daty w zgodzie na zabieg podwyższonego ryzyka.

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 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Wrocław, 12 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy
Dominik Kosenda
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis

.....
podpis

