



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.24.2.2023

Pani  
Agnieszka Uszyńska  
Dyrektor Samodzielnego Szpitala Miejskiego  
im. PCK w Białymstoku  
Samodzielny Szpital Miejski im. PCK  
w Białymstoku  
ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku, ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Uszyńska, Dyrektor Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku od 12 listopada 2020 r. <sup>2</sup> Od 1 grudnia 2003 r. do 3 czerwca 2020 r. Dyrektorem Szpitala był Krzysztof Aureliusz Teodoruk
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.</li><li>2. Przestrzeganie prawa do informacji.</li><li>3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.</li><li>4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.</li><li>5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019–2023 (do 14 grudnia).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> z dnia 23 grudnia 1994 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Beata Palinowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/161/2023 z 2 października 2023 r.</li><li>2. Krzysztof Bakunowicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/179/2023 z 7 listopada 2023 r. (akta kontroli str. 1-4)</li></ol>

---

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej: *ustawą o NIK*.

## II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności<sup>4</sup>

### OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

W Szpitalu nie w pełni prawidłowo przestrzegano praw pacjenta.

Kierownictwo Szpitala prowadziło na ogół prawidłowy nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta, w szczególności dokonując bieżącej analizy składanych skarg oraz przeprowadzając w 2023 roku badania satysfakcji pacjenta. Szpital zapewnił pacjentom dostęp do informacji o ich prawach<sup>5</sup>, przestrzegano również przyjętych w tym zakresie regulacji. Dokumentacja medyczna prowadzona przez pracowników Szpitala była kompletna i zawierała wszystkie elementy wymagane ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>6</sup> oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*<sup>7</sup>.

W Szpitalu podejmowano działania w celu zapewnienia pacjentom odpowiedniej dostępności do świadczeń. Niemniej, do 31 grudnia 2022 r., możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną wprowadzono jedynie do dwóch (z czterech) poradni specjalistycznych (kardiologicznej i gastrologicznej), a od 1 stycznia 2023 r. nie było takiej możliwości do żadnej poradni. Ponadto nie udostępniono (w miejscach poddanych oględzinom) niektórych informacji wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>8</sup>.

Obowiązujące w Szpitalu regulacje wewnętrzne dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych uwzględniały kwestie poszanowania prawa do intymności i godności. Niemniej prawo to w Szpitalu nie było w pełni respektowane, ze względu m.in. na brak stosowania parawanów w salach wieloosobowych, niezabezpieczenie niektórych okien w toaletach przed oglądem z zewnątrz, czy brak możliwości zamknięcia części sanitariatów. Stwierdzono także, że monitoring wizyjny z użyciem jednej z kamer funkcjonującej od listopada 2022 roku prowadzono niezgodnie z przepisami art. 23a ust. 1 pkt 2 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*<sup>9</sup> (bez podstawy prawnej), obraz z czterech kamer przechowywano dłużej niż podano w informacji dla pacjentów, a regulacje wewnętrzne nie wskazywały terminu przechowywania rejestrowanego obrazu, ani zasad jego udostępniania.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej kontrolowanej działalności<sup>10</sup>

### OBSZAR

Opis stanu  
faktycznego

### 1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

1.1. Dyrektor wprowadził<sup>11</sup> wewnętrzną procedurę dotyczącą przyjmowania i ewidencjonowania skarg oraz trybu ich rozpatrywania, w której określono m.in. osoby odpowiedzialne za ich rozpatrywanie wraz z czynnościami, do których zostały one zobowiązane.

W latach 2019–2023 w Szpitalu złożono łącznie 18 skarg pacjentów i ich rodzin, w tym po dwie skargi w 2019 i 2020 roku, trzy w 2021 roku, sześć w 2022 roku i pięć w 2023 roku. Skargi dotyczyły: odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych (siedem przypadków), niewłaściwego zachowania personelu medycznego (siedem przypadków) oraz zastrzeżeń do przebiegu leczenia (cztery przypadki). Analiza wszystkich złożonych skarg wykazała, że: [1] niezwłocznie podjęto działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie problematyki objętej skargami; [2] rozpatrywano je w terminie od dwóch do 26 dni; [3] wszystkich skarżących zawiadomiono o sposobie ich załatwienia.

Szpital nie dysponował pisemnymi analizami problematyki składanych skarg. Zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procesami z zakresu Leczenia Szpitalnego i Ambulatoryjnego<sup>12</sup>,

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

<sup>5</sup> Informację o prawie pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych uzupełniono w czasie kontroli.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm. Dalej: *upp*.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm. Dalej: *rozporządzenie ws. dokumentacji*.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej: *rozporządzenie ws. OWU*.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 991, ze zm. Dalej: *udl*.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 2 kwietnia 2007 r. pn. „Postępowanie z niezgodnościami. Działania zapobiegawcze i korygujące”.

<sup>12</sup> Procesy zatwierdzone przez Dyrektora 10 marca 2018 r. i 17 marca 2018 r.

których celem była poprawa jakości świadczonych usług medycznych w oddziałach i poradniach, raz w roku, w dowolnej formie dokonywano analizy negatywnych opinii pacjentów. Dyrektor wyjaśniła, że *składane skargi są na bieżąco analizowane na odprawach kierowniczych. Prowadzone analizy dotyczą zakresu danej skargi jej obszaru, kogo dotyczyły i jakiego problemu oraz metody rozwiązania. Wnioski /.../ są na bieżąco wdrażane.*

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informację o możliwości skierowania skargi do lekarza kierującego oddziałem, lekarza prowadzącego, pielęgniarki koordynującej i Dyrektora Szpitala oraz, po wyczerpaniu trybu administracyjnego wewnątrz jednostki, o możliwości skierowania skargi do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta<sup>13</sup>. Oględziny pomieszczeń Szpitala<sup>14</sup> wykazały, że informacja o możliwości złożenia skargi była zamieszczona na tablicach ogłoszeń, w miejscach ogólnodostępnych. (akta kontroli str. 171-179, 396-399, 561-564, 598-599)

**1.2.** Szpital nie posiadał procedur wewnętrznych regulujących kwestie badania satysfakcji pacjenta. Od października do grudnia 2022 roku przeprowadzono badanie ankietowe dotyczące żywienia. Objęto nim 20 pacjentów, spośród których 90% pozytywnie oceniło posiłki podawane w Szpitalu. W 2023 roku w Szpitalu przeprowadzono dwa badania ankietowe satysfakcji pacjenta na oddziałach szpitalnych oraz w zakresie usług laboratoryjnych.

Dyrektor wyjaśniła, że */.../ na czas pandemii COVID-19 odstąpiono od prowadzenia ankiet, gdyż były prowadzone w wersji papierowej. /.../ 1 lipca 2023 r. wydano w oddziały szpitalne 50 ankiet. Podsumowanie nastąpi w grudniu 2023 r. Dział Laboratorium wydał 100 ankiet dla pacjentów celem zbadania satysfakcji z wykonywania badań laboratoryjnych i obsługi w punkcie pobrań. Opracowanie i podsumowanie – koniec 2023 r.*

(akta kontroli str. 255-256, 579-587)

**1.3.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu były przeprowadzone łącznie 32 kontrole zewnętrzne oraz 10 kontroli wewnętrznych<sup>15</sup>. Problematyka przeprowadzonych kontroli nie dotyczyła przestrzegania praw pacjenta. W Szpitalu 20 października 2022 r., w związku z uczestnictwem dwóch pracowników w szkoleniu „Standardy przestrzegania praw pacjenta. Procedury i dobre praktyki” organizowanym przez RPP sporządzono listę kontrolną „Standardy w przestrzeganiu praw pacjenta w leczeniu szpitalnym”<sup>16</sup>. Lista obejmowała obszary dotyczące m.in.: [1] informacji udzielanych pacjentom o Szpitalu<sup>17</sup>; [2] rejestracji<sup>18</sup>; [3] udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym w zakresie przestrzegania praw pacjenta); [4] bezpieczeństwa<sup>19</sup>. (akta kontroli str. 267-284, 579-587)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie prowadzony przez Szpital nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Dokonywano bowiem bieżącej analizy składanych skarg i przeprowadzono badania satysfakcji pacjenta.

OBSZAR

## **2. Prawo do informacji.**

Opis stanu  
faktycznego

**2.1.** Oględziny przeprowadzone w Szpitalu<sup>20</sup> wykazały, że w miejscach ogólnodostępnych zamieszczono prawa pacjenta określone w *upp*, przy czym na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym oraz w holu poradni specjalistycznych przy

<sup>13</sup> Dalej: „RPP”.

<sup>14</sup> Przeprowadzone 26 października 2023 r. na: Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, w holu Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w holu Izby Przyjęć, w holu Poradni przy ul. Sienkiewicza 79 oraz w holu Poradni Rehabilitacji przy ul. Bema 2.

<sup>15</sup> Według ich rodzajów, które obejmowały: sprzęt szpitalny, terminy ważności produktów leczniczych i leków, temperaturę przechowywania krwi i jej składników, apteczki oddziałowe w zakresie prawidłowej gospodarki produktami leczniczymi, kontrole sanitarno-epidemiologiczne.

<sup>16</sup> Lista kontrolna wypełniona na podstawie § 10 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa – Zasady monitoringu Uczestników.

<sup>17</sup> M.in. w zakresie nazwy, godzin przyjęć, możliwości uzyskania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowanych w Szpitalu profilaktycznych programach zdrowotnych.

<sup>18</sup> M.in. w zakresie zamieszczenia w widocznym miejscu imion, nazwisk i funkcji osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym, numerów telefonów do rejestracji i dostępnych sposobów umawiania się na wizyty.

<sup>19</sup> M.in. w zakresie opracowania i wdrożenia procedury zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, opracowania i wdrożenia procedury współpracy z policją i innymi służbami w przypadku pacjenta agresywnego.

<sup>20</sup> Przeprowadzone 26 października 2023 r. na: Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, w holu Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w holu Izby Przyjęć, w holu Poradni przy ul. Sienkiewicza 79 oraz w holu Poradni Rehabilitacji przy ul. Bema 2.

ul. Sieniewicza 79 nie zamieszczono informacji o prawie pacjenta do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych (co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). (akta kontroli str. 381-395)

Na stronie internetowej Szpitala zamieszczono informacje o prawach pacjenta, dane kontaktowe Biura Rzecznika Praw Pacjenta, numer bezpłatnej infolinii oraz informację o możliwości złożenia skargi, w przypadku naruszenia praw pacjenta podczas udzielania świadczeń w Szpitalu. (akta kontroli str. 598-599)

**2.2.** Obowiązujące w Szpitalu Regulaminy organizacyjne, wprowadzone zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora z 20 grudnia 2017 r.<sup>21</sup> oraz z 26 maja 2021 r.<sup>22</sup> zawierały wszystkie elementy wymagane art. 24 *udl*, w tym m.in.:

- strukturę organizacyjną Szpitala;
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych;
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. (akta kontroli str. 438-558)

**2.3.** Na stronie internetowej zamieszczone zostały informacje o zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Szpital, możliwości składania skarg i wniosków w przypadku naruszenia praw pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, wykaz osób do których można skierować skargę i wykaz podmiotów zewnętrznych, do których można skierować skargę po wyczerpaniu trybu skargowego wewnątrz Szpitala.

Na stronie internetowej nie było informacji o posiadanych certyfikatach, czy spełnianych normach. Dyrektor wyjaśniła, że *strona internetowa się dopiero rozwija. Wyznacznikiem jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu jest certyfikat ISO 9001/2015. Certyfikat ISO jest dostępny w komórkach ocenianych SZJ*<sup>23</sup>. (akta kontroli str. 598-599)

**2.4.** W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne procedury uzyskiwania zgód pacjenta na wykonanie zabiegu, zgodnie z art. 18 ust. 1 *upp*. Zgody były dedykowane poszczególnym rodzajom zabiegów bądź badań i dotyczyły m.in.: kardiowersji elektrycznej w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym, kolonoskopii, gastrokopii, echa serca przezprzełykowego, znieczulenia ogólnego, próby wysiłkowej na bieżni, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, nakłucia opłucnej i nakłucia otrzewnej.

Wszystkie formularze zgód zawierały: [1] nazwę i opis zabiegu, [2] wskazania do wykonania badania, [3] możliwe powikłania po badaniu, [4] oświadczenie pacjenta o treści „w pełni zrozumiałem informacje udzielone mi przez lekarza” oraz „bez zastrzeżeń zgadzam się na proponowaną mi formę leczenia”, [5] miejsce na datę i podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna prawnego, [6] imię i nazwisko oraz pesel pacjenta, [7] zalecenia po badaniu/zabiegu.

Analiza 10 wypełnionych formularzy zgód na wykonanie zabiegu<sup>24</sup> wykazała, że pacjenci uzyskiwali rzetelną informację o planowanych zabiegach. Wszystkie analizowane zgody były wyrażone pisemnie (zgodnie z art. 18 ust. 1 *upp*), przed datą zabiegu, dostosowane do rodzaju zabiegu i sporządzone na obowiązującym w Szpitalu formularzu.

(akta kontroli str. 235-254, 430-431)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W dniu oględzin<sup>25</sup> pomieszczeń Szpitala w miejscach ogólnodostępnych na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym oraz w holu poradni specjalistycznych przy ul. Sienkiewicza 79 nie była udostępniona informacja o prawie pacjenta do zgłaszania

<sup>21</sup> Zarządzenie nr 13/2017 w sprawie wprowadzenia regulaminu organizacyjnego Szpitala.

<sup>22</sup> Tekst jednolity regulaminu wprowadzony zarządzeniem Dyrektora nr 4/2021.

<sup>23</sup> Systemem zarządzania jakością.

<sup>24</sup> Badaniem objęto próbę losowo wybranych zgód na zabiegi wykonane w Szpitalu w miesiącach luty–kwiecień 2022 roku.

<sup>25</sup> Przeprowadzone 26 października 2023 r. na: Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, w holu Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w holu Izby Przyjęć, w holu Poradni przy ul. Sienkiewicza 79 oraz w holu Poradni Rehabilitacji przy ul. Bema 2.

działań niepożądanych produktów leczniczych, określonym w art. 12a *upp*. Dyrektor wyjaśniła, że wersja *Praw Pacjenta* zamieszczona na tablicy była wersją sprzed wprowadzenia punktu 12a (tj. przed 25 listopada 2013 r.). W trakcie kontroli informacje uzupełniono.

(akta kontroli str. 381-395, 588-596)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentom dostęp do wymaganych informacji (informację o prawie pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych uzupełniono w czasie kontroli). Przestrzegano również przyjętych w tym zakresie regulacji. Pacjentów informowano o przysługujących im prawach wynikających z *upp*, w tym na stronie internetowej. Obowiązujący w Szpitalu regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy wymagane *udl*, a stosowane formularze zgód na wykonanie zabiegów bądź badań były dostosowane do ich rodzajów.

#### OBSZAR

### 3. Prawo do świadczeń zdrowotnych.

#### Opis stanu faktycznego

**3.1.** Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym w skład Szpitala wchodziły m.in. następujące komórki organizacyjne: Oddział Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddział Geriatrii, Izba Przyjęć, Poradnie: Kardiologiczna, Gastrologiczna, Chirurgiczna i Rehabilitacji, Pracownia Polikardiografii i Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej<sup>26</sup>. (akta kontroli str. 438-558)

Analiza Księgi Rejestrowej wykazała, że zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu był zgodny z wpisem w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Podlaskiego. Oględziny przeprowadzone w Szpitalu potwierdziły, że funkcjonowały w nim komórki organizacyjne opisane w księdze rejestrowej oraz regulaminie organizacyjnym (Oddział Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, Izba Przyjęć, Poradnia Gastrologiczna, Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Chirurgiczna, Poradnia Rehabilitacji, POZ). (akta kontroli str. 400-429)

**3.2.** Oględziny<sup>27</sup> wykazały, że w miejscach ogólnodostępnych zamieszczono informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także informacje o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych. Zamieszczono również większość informacji wymaganych *rozporządzeniem ws. OWU*:

- numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwane w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- adres i numer bezpłatnej infolinii RPP;
- adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>28</sup> do spraw skarg i wniosków;
- informację o udzielaniu świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Nie zamieszczono: [1] adresu i telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy; [2] imion i nazwisk osób kierujących pracą poradni specjalistycznych przy ul. Sienkiewicza 79, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Nie wywieszano też informacji o średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. (akta kontroli str. 381-395)

**3.3.** Oddział Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym oraz Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii nie funkcjonowały w trybie hospitalizacji planowych (pacjenci byli przyjmowani na bieżąco). Lista oczekujących prowadzona była dla Oddziału Geriatrii, który utworzono 1 listopada 2021 r. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu Kardiologicznym w latach 2019–2022 hospitalizowano łącznie 4.523 osoby, a na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii - 3.943 osoby. Na Oddziale Geriatrii

<sup>26</sup> Dalej: „POZ”.

<sup>27</sup> Przeprowadzone 26 października 2023 r. na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, w holu Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w holu Izby Przyjęć, w holu Poradni przy ul. Sienkiewicza 79 oraz w holu Poradni Rehabilitacji przy ul. Bema 2.

<sup>28</sup> Dalej: „NFZ”.

hospitalizowano w latach 2021–2022 łącznie 288 pacjentów. Na 31 grudnia 2021 r. na przyjęcie na ten oddział oczekiwało 14 osób, a na 31 grudnia 2022 roku – 18 osób. Odnotowano siedem przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wizytę.

Z kolei w trzech wybranych poradniach<sup>29</sup> w latach 2019–2022 było kolejno 581, 1.792, 1.296 i 873 przypadki rezygnacji pacjentów z zaplanowanych wizyt. (akta kontroli str. 565-578)

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

- listy oczekujących na udzielenie świadczenia były weryfikowane comiesięczną kontrolą;
- z przeprowadzonej kontroli sporządzano raport oceny list oczekujących;
- pacjenci byli informowani telefonicznie o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia drogą telefoniczną, a informacja o zmianie terminu była przechowywana w harmonogramie przyjęć.

Dyrektor wyjaśniła, że *Każdorazowo informujemy pacjentów o możliwości zmiany terminu badania oraz o konieczności poinformowania nas o rezygnacji z wizyt.*

(akta kontroli str. 572-578)

**3.4.** W działających w Szpitalu Poradni Gastrologicznej i Poradni Kardiologicznej pacjenci mieli możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz byli powiadamiani o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia. W latach 2019–2022 do Poradni Gastrologicznej zarejestrowało się drogą elektroniczną sześciu pacjentów, a do Poradni Kardiologicznej czterech, tj. odpowiednio 0,5% i 1% wszystkich przyjętych pacjentów.

Szpital nie zapewnił możliwości rejestracji drogą elektroniczną do pozostałych poradni specjalistycznych, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 572-578)

**3.5.** W Szpitalu obowiązywała procedura „Postępowanie w przypadku wystąpienia bólu przewlekłego u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach”<sup>30</sup>, której celem była kwalifikacja pacjentów do leczenia, ocena natężenia bólu oraz ocena stosowanej terapii przeciwbólowej. Procedura dotyczyła pacjentów hospitalizowanych, u których ból spowodowany był chorobą, będącą bezpośrednią przyczyną hospitalizacji oraz pacjentów, u których ból towarzyszył schorzeniom nie będącym bezpośrednią przyczyną hospitalizacji. Do oceny bólu stosowano skalę numeryczną (NRS<sup>31</sup>). W przypadku stwierdzenia u pacjenta bólu przewlekłego była wdrażana w szczególności terapia przeciwbólowa, w trakcie której dokonywano oceny jej skuteczności i monitorowania ewentualnych skutków ubocznych. (akta kontroli str. 226-234)

Analizie poddano dokumentację medyczną pięciu pacjentów, u których stosowano terapię przeciwbólową. Działania personelu medycznego były zgodne z obowiązującą w Szpitalu procedurą. Prowadzono systematyczny monitoring natężenia bólu, co znalazło odzwierciedlenie w prowadzonej dokumentacji medycznej. Odnotowano w niej również m.in.: [1] wpływ bólu na pacjenta; [2] rodzaj zastosowanej terapii przeciwbólowej; [3] ocenę skuteczności wdrożonego leczenia. (akta kontroli str. 433)

**3.6.** W Szpitalu opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami pn. „Zapobieganie powstawaniu odleżyn”<sup>32</sup> oraz „Postępowanie wobec pacjenta z odleżynami”<sup>33</sup>. Zgodnie z obowiązującymi procedurami nowo przyjęci pacjenci III kategorii opieki<sup>34</sup> byli badani pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyny w czasie pierwszych godzin pobytu w Szpitalu. Oceny dokonywano wg skali Norton. W przypadku pacjentów, którzy uzyskali 14 i mniej punktów zakładano „Kartę obserwacji i pielęgnacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn i pacjenta z odleżynami”<sup>35</sup>. Karta obserwacji była uzupełniana raz

<sup>29</sup> Poradni Gastrologicznej, Kardiologicznej i Pracownik Endoskopii-Gastroskopie.

<sup>30</sup> Wprowadzona przez Dyrektora Szpitala 20 października 2016 r., zaktualizowana 10 stycznia 2023 r.

<sup>31</sup> Numerical Rating Scale. Skala zawiera 10 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 - najgorszy wyobraźalny ból.

<sup>32</sup> Instrukcja wprowadzona 10 listopada 2011 r., zaktualizowana 10 kwietnia 2013 r. i 15 grudnia 2022 r.

<sup>33</sup> Instrukcja wprowadzona 15 grudnia 2022 r.

<sup>34</sup> Pacjent m.in. nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmieniać pozycję, transport tylko na noszach, wózków, w oddziałach chirurgicznych – opieka w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym.

<sup>35</sup> Dalej: „Karta obserwacji”.

dziennie, po dokonaniu bieżącej oceny stanu zdrowia pacjenta przez pielęgniarkę i zawierała datę przyjęcia do Szpitala pacjenta z odleżynami bądź datę powstania odleżyny, stopień i umiejscowienie odleżyn oraz podjęte działania terapeutyczne. (akta kontroli str. 215-225)

W Szpitalu nie analizowano liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Karty pielęgnowania pacjentów z odleżynami znajdowały się w dokumentacji indywidualnej pacjenta. Dyrektor wyjaśniła: *Jako, że nie jesteśmy Szpitalem posiadającym akredytację, nie było wymogów analizowania liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. W Szpitalu prowadzono analizę zapotrzebowania w zakresie sprzętu lub środków mających zastosowanie w zapobieganiu i leczeniu odleżyn. Zapotrzebowanie takie było ujmowane w corocznym raporcie dotyczącym zamówień publicznych. Każda z komórek składała zamówienie do Dyrektora Szpitala i wspólnie analizowano potrzeby sprzętowe oraz możliwości finansowe.* (akta kontroli str. 588-597)

Analiza dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn wykazała, że każdy został poddany ocenie ryzyka rozwoju odleżyn. W każdym przypadku prowadzono „Kartę obserwacji”, wdrożono zalecenia lekarskie oraz dokonywano oceny stosowanych zabiegów. (akta kontroli str. 432)

**3.7.** W Szpitalu nie wprowadzono procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Nie prowadzono również rejestru takich zdarzeń. Dyrektor wyjaśniła, że *Trwają prace nad powołaniem zespołu, który opracuje niezbędną dokumentację dotyczącą rejestrowania oraz zapobiegania działaniom niepożądanym.* (akta kontroli str. 569-571, 579-587)

**3.8.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpiły przypadki stosowania przez lekarzy tzw. „klauzuli sumienia”<sup>36</sup>. (akta kontroli str. 569-571)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W dniu oględzin<sup>37</sup> wybranych pomieszczeń Szpitala, w miejscach ogólnodostępnych nie była zamieszczona część informacji wymaganych § 11 ust. 4 *rozporządzenia ws. OWU*, tj.

- adres i telefon właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ; informacja o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- imiona i nazwiska osób kierujących pracą trzech (z pięciu) poradni specjalistycznych<sup>38</sup>.

Dyrektor wyjaśniła, że *takie informacje przekazywano ustnie, a ich brak na tablicach wynikał z przeoczenia.* (akta kontroli str. 381-395, 588-594)

2. W Szpitalu, od 1 stycznia 2023 r., nie zapewniono możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną do żadnej (z czterech) poradni specjalistycznych, a do 31 grudnia 2022 r. takiej możliwości nie było w dwóch (z czterech) poradniach specjalistycznych (poza Poradnią Kardiologiczną i Poradnią Gastrologiczną w których wprowadzono taką możliwość). Było to sprzeczne z wymogiem art. 23a ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*<sup>39</sup>. W myśl tego przepisu świadczeniodawca udzielający świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie jego udzielenia.

Dyrektor wyjaśniła, że *mimo zgłoszenia takiej potrzeby do firmy wspierającej obsługę systemu informatycznego Szpitala oraz częstego monitorowania postępu w jego realizacji, pracownikom tej firmy nie udało się uruchomić rejestracji internetowej oraz zdiagnozować przyczyn jej niefunkcjonowania. W międzyczasie, tj. w roku 2023, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego dwukrotnie organizował spotkania podmiotów uczestniczących*

<sup>36</sup> Szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem.

<sup>37</sup> Przeprowadzone 26 października 2023 r. na: Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym, w holu Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w holu Izby Przyjęć, w holu Poradni przy ul. Sienkiewicza 79 oraz w holu Poradni Rehabilitacji przy ul. Bema 2.

<sup>38</sup> Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Gastrologiczna oraz Poradnia Chirurgiczna przy ul. Sienkiewicza 79.

<sup>39</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm. Dalej: *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej*.



w systemie e-Zdrowie, na których poruszana była problematyka zagrożeń technicznych związanych z bezpieczeństwem dalszego funkcjonowania systemu. Po przeanalizowaniu sytuacji w listopadzie bieżącego roku, Szpital podjął decyzję oraz poinformował Urząd o zamiarze odejścia od rejestracji w systemie e-Zdrowie i przejściu na własną platformę, która znajduje się już w trakcie uruchamiania. (akta kontroli str. 588-594, 598-599)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu podejmowano działania w celu zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń, jednak możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną wprowadzono, do 31 grudnia 2022 r. jedynie do dwóch (z czterech) poradni specjalistycznych (kardiologicznej i gastrologicznej), a od 1 stycznia 2023 r. nie było takiej możliwości do żadnej poradni, wbrew wymogom określonym w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Pacjentów informowano o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, których zakres był zgodny z wpisem w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Podlaskiego, zamieszczając takie dane w miejscach ogólnodostępnych. W Szpitalu respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych i opracowano standardy pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn. Stwierdzono jednak nieprawidłowość polegającą na braku udostępnienia pacjentom w Szpitalu niektórych informacji wymaganych w § 1 rozporządzenia ws. OWU.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

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

**4.1.** Dokumentacja medyczna była prowadzona w Szpitalu częściowo w formie papierowej (m.in. historia choroby leczenia szpitalnego) i częściowo w formie elektronicznej (skierowanie, recepta, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem).

Analiza dokumentacji medycznej 20 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w 2022 roku wykazała, że:

- zawierała ona m.in.: oznaczenie pacjenta (pozwalające na ustalenie jego tożsamości), oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której ich udzielono, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych; datę sporządzenia; tym samym spełniała wymogi art. 25 *upp*;
- zawierała m.in. oznaczenie osób udzielających świadczeń zdrowotnych i kierujących na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie tj. elementy wskazane w § 10 *rozporządzenia ws. dokumentacji*;
- wpisy były dokonywane w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1 *rozporządzenia ws. dokumentacji*);
- strony dokumentacji były ponumerowane, stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość (§ 6 ust. 1 *rozporządzenia ws. dokumentacji*);
- zawarte w nich były zgody i oświadczenia pacjentów dotyczące udzielania informacji innym osobom, ewentualne zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko. (akta kontroli str. 434)

**4.2.** W Regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>40</sup> określono m.in. zasady pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z którymi ich maksymalna wysokość nie mogła przekraczać:

- za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej 0,002 wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłoszonej przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”<sup>41</sup> (od miesiąca następującego po ogłoszeniu);
- za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,00007 ww. wynagrodzenia;
- za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 0,0004 ww. wynagrodzenia.

Opłat nie pobierano w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy. (akta kontroli str. 438-558)

<sup>40</sup> W rozdziale VIII.

<sup>41</sup> 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).

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym dokumentacja medyczna była udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta; podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli była ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń; organom władzy publicznej, NFZ, organom samorządu zawodów medycznych, konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru; innym podmiotom uprawnionym w myśl *ustawy o działalności leczniczej i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Dokumentacja medyczna była udostępniana m.in. do wglądu w komórkach organizacyjnych Szpitala lub poprzez sporządzenie jej kserokopii bądź odpisów.

Analiza 20 przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej wykazała, że udostępniono ją bez zbędnej zwłoki (tj. w terminie od dwóch do 14 dni), pacjentom lub osobom upoważnionym. Za sporządzenie odpisów Szpital nie pobierał opłat. (akta kontroli str. 435-437)

**4.3.** W Szpitalu opracowano i stosowano procedury zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania. System informatyczny do sporządzania dokumentacji medycznej był aktualizowany na bieżąco, tj. niezwłocznie po udostępnieniu nowej wersji od producenta. Kopie zapasowe były wykonywane codziennie i przechowywane w innym pomieszczeniu niż środowisko produkcyjne. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej przechowywana była w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo w zamkniętych na klucz szafkach znajdujących się w gabinetach lekarzy (co wykazały oględziny przeprowadzone 16 listopada 2023 r.).

(akta kontroli str. 31-80)

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów Szpitala odbywało się przez upoważniony personel posiadający stosowne uprawnienia nadane przez administratora, które uwzględniały obszar konieczny do wykonywania obowiązków związanych z pracą w systemie i były oparte na regulacjach zawartych w Polityce Ochrony Danych Osobowych. (akta kontroli str. 285-380)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu, udostępniania zawartych w niej danych oraz jej zabezpieczenia.

OBSZAR

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

Opis stanu  
faktycznego

**5.1.** Na dzień 30 listopada 2023 r. Szpital posiadał zbiór procedur w ramach systemu zarządzania jakością ISO 9001 dotyczących m.in. udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujący instrukcje ogólnoszpitalne i ambulatoryjne. W pięciu procedurach dotyczących: [1] cewnikowania pęcherza moczowego; [2] płukania pęcherza moczowego; [3] zakładania cewnika Foley'a na stałe; [4] płukania pochwy i [5] jałowego mycia kroczka wskazano m.in. że pacjentowi należy zapewnić intymność poprzez wykonanie czynności: w pokoju zabiegowym lub na sali chorych poprzez osłonięcie łóżka parawanem, bez obecności osób postronnych. (akta kontroli str. 5-30)

Przeprowadzone oględziny trzech Oddziałów: Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Geriatrii oraz Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym w zakresie warunków pobytu pacjentów pod względem przestrzegania prawa do intymności i godności wykazały m.in., że:

- w 25 salach chorych<sup>42</sup> na oddziałach Szpitala poddanych oględzinom liczba łóżek wynosiła odpowiednio 29; 11 i 36<sup>43</sup>, a liczba pacjentów w tych salach 22; 6 i 13;

<sup>42</sup> Z czego na oddziale: [1] Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii (osiem z 11 sal); [2] Geriatrii (pięć sal z sześciu); oraz [3] Chorób Wewnętrznych o Profilu Kardiologicznym (13 z 17 sal). W pozostałych dziewięciu salach w dniu oględzin przebywali pacjenci zakażeni COVID-19 i patogenami. Oględzinom poddano na: [1] Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii – dwie sale dwułożkowe, pięć sal czterołożkowych, jedną salę pięćłożkową, [2] Oddziale Geriatrii – cztery sale dwułożkowe i jedną trzyłożkową, [3] Oddziale Chorób Wewnętrznych o Profilu Kardiologicznym – jedną salę jednołożkową, cztery sale dwułożkowe, trzy sale trzyłożkowe, trzy sale czterołożkowe i jedną salę pięćłożkową (Sala Intensywnej Opieki Kardiologicznej).

<sup>43</sup> Na wszystkich salach trzech oddziałów było odpowiednio: 35, 14 i 40 łóżek.

- 12 sal<sup>44</sup> miało indywidualne łazienki, a w pozostałych 13 salach<sup>45</sup> pacjenci korzystali z łazienek ogólnodostępnych z wejściem z korytarzy; w przypadku dziewięciu łazienek (siedmiu indywidualnych i dwóch ogólnodostępnych) stwierdzono nieprawidłowości mające wpływ na ograniczenie prawa do intymności pacjentów, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w dniu oględzin nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych (m.in. na korytarzach);
- w żadnym z trzech oddziałów Szpitala nie wyznaczono oddzielnych: pomieszczeń do przeprowadzania badań i wywiadów z pacjentami oraz przekazywania im informacji o wynikach badań oraz pokoi odwiedzin pacjentów. Z udzielonych wyjaśnień przez Dyrektora wynika, że brak oddzielnych pomieszczeń do odwiedzin pacjentów (poza salami chorych) wynikał z aktualnie istniejącej infrastruktury Szpitala. Natomiast do przekazywania informacji pacjentom wykorzystywano odpowiednio: [1] gabinet zabiegowy<sup>46</sup>, [2] gabinet psychologa i fizjoterapeuty<sup>47</sup>; [3] gabinet diagnostyczno-zabiegowy<sup>48</sup>;
- przy łóżkach pacjentów na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii karty gorączkowe przechowywane były w nieprzezroczystych skoroszytach (uniemożliwiających wgląd w dane osobowe pacjenta), a w przypadku Oddziałów Geriatrii i Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym karty przechowywano w dyżurkach pielęgniarek (w opisanych i zamykanych na klucz szafkach);
- w żadnej z 25 sal<sup>49</sup> (w tym sześciu salach, w których przebywało co najmniej trzech pacjentów) nie stosowano parawanów oddzielających łóżka pacjentów w celu zachowania prawa do intymności, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- w każdym oddziale wyodrębniono gabinet lekarski, a w dwóch (Oddziały Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym) gabinety zabiegowe<sup>50</sup>; na Oddziale Geriatrii funkcjonował gabinet psychologa i fizjoterapeuty;
- na pięciu tablicach informacyjnych zlokalizowanych na korytarzach oddziałowych umieszczono informacje dotyczące m.in. prowadzonego monitoringu całodobowego, lokalizacji książki skarg i wniosków oraz zasad odwiedzin pacjentów.

(akta kontroli str. 31-98, 107-115)

W latach 2019-2023 zasady odwiedzin pacjentów w Szpitalu uregulowano na podstawie przepisów wewnętrznych tj. [1] Wyciągu z Regulaminu porządkowego Szpitala - § 16 Zasady odwiedzin pacjentów w Szpitalu i udzielania informacji o stanie zdrowia, [2] Zarządzenia Dyrektora Szpitala<sup>51</sup> w sprawie zasad odwiedzin pacjentów w oddziałach szpitalnych, [3] Zarządzenia Dyrektora Szpitala<sup>52</sup> w sprawie wprowadzenia zakazu odwiedzin w Szpitalu, [4] Zarządzenia Dyrektora Szpitala<sup>53</sup> w sprawie zasad odwiedzin pacjentów w oddziałach szpitalnych oraz [5] Zarządzenia<sup>54</sup> w sprawie zasad odwiedzin pacjentów w oddziałach szpitalnych. Wprowadzone zasady zapewniały poszanowanie intymności i godności pacjentów. W dokumentach<sup>55</sup> wskazano m.in. zalecane godziny odwiedzin, liczbę osób odwiedzających oraz czas trwania wizyty.

(akta kontroli str. 117-120, 572-578)

<sup>44</sup> Z tego: jedna sala jednolóżkowa, 10 sal dwulóżkowych i jedna sala trzyłóżkowa.

<sup>45</sup> Z tego: trzy sale trzyłóżkowe, osiem sal czterolóżkowych i dwie sale pięćłóżkowe.

<sup>46</sup> Pomieszczenie nr 236.

<sup>47</sup> Pomieszczenie nr 218.

<sup>48</sup> Pomieszczenie nr 104.

<sup>49</sup> M.in. w ośmiu salach czteroosobowych w których przebywało razem 21 pacjentów oraz jednej sali pięćosobowej w której przebywało trzech pacjentów.

<sup>50</sup> W dniu oględzin gabinety zabiegowe wyposażone były w przenośne parawany.

<sup>51</sup> Nr 7/2021 z 22 lipca 2021 r.

<sup>52</sup> Nr 11/2021 z 25 października 2021 r.

<sup>53</sup> Nr 4/2022 z 8 kwietnia 2022 r.

<sup>54</sup> Nr 1/2023 z 4 stycznia 2023 r.

<sup>55</sup> Oprócz zarządzenia nr 11/2021 gdzie wprowadzono zakaz odwiedzin pacjentów oraz wprowadzono zasadę, że decyzję o odwiedzinach pacjentów w stanie terminalnym podejmuje kierownik oddziału.

**5.2.** W załączniku nr 5<sup>56</sup> do *Regulaminu organizacyjnego* Szpitala i w dwóch procedurach postępowania w ramach systemu zarządzania jakością<sup>57</sup> określono zasady postępowania personelu w przypadku śmierci pacjenta, które dotyczyły m.in. przygotowania zwłok do wywiezienia z oddziału, zabezpieczenia przedmiotów zmarłego, powiadomienia osób wskazanych w dokumentacji medycznej oraz przekazania zwłok rodzinie. Regulacje nie zawierały zasad dotyczących pacjentów w stanie terminalnym w zakresie prawa do umierania w spokoju i godności. Dyrektor wyjaśnił, że „w szpitalu nie ustalono procedury na piśmie dotyczącej zapewnienia pacjentom w stanach terminalnych prawa do umierania w spokoju i godności. Stosuje się ogólne zasady, które reguluje ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza denty, kodeks etyki lekarza, ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta /.../. W związku z tym, iż nasz szpital nie prowadzi leczenia paliatywnego nie było potrzeby opracowywania w tym temacie szczegółowej procedury, gdyż każdy lekarz i pielęgniarka naszego szpitala jest przeszkolony w tematyce stworzenia warunków do godnego umierania w spokoju gdy zajdzie taka potrzeba”. Przeprowadzone oględziny wykazały, że na trzech oddziałach Szpitala nie wyodrębniono oddzielnych sal dla pacjentów w stanie terminalnym. Dyrektor wyjaśniła, że w celu poszanowania prawa do godnego umierania, pacjentów w stanie terminalnym umieszcza się w salach jednoosobowych z możliwością nieograniczonego pobytu osób bliskich (na Oddziale Geriatrii w salach dwuosobowych). Z analizy 18 skarg złożonych w okresie objętym kontrolą i rozpatrywanych przez Dyrektora wynika, że żadna z nich nie dotyczyła nierespektowania przez personel prawa do umierania w spokoju i godności.

(akta kontroli str. 121-136, 396-399, 572-578, 595-596)

**5.3.** Szpital posiadał wewnętrzne uregulowania dotyczące monitoringu wizyjnego: zarządzenie Dyrektora Szpitala w sprawie stosowania monitoringu wizyjnego na terenie Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku<sup>58</sup> i Regulamin pracy pracowników Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku (§ 12)<sup>59</sup>. Dokumenty określały m.in. cele i podstawy prawne stosowania monitoringu ze wskazaniem jego zakresu i dotyczyły wyłącznie pracowników Szpitala<sup>60</sup>. Przepisy wewnętrzne nie określały natomiast: osób upoważnionych do podglądu obrazu i jego odtwarzania, zasad udostępniania obrazu, ani terminu jego przechowywania, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

System monitoringu wizyjnego na dzień 13 listopada 2023 r. obejmował 32 kamery z czego: 26 umieszczono w ciągach komunikacyjnych Szpitala<sup>61</sup>; pięć na zewnątrz budynku<sup>62</sup>, a jedną w izolatce zlokalizowanej w izbie przyjęć. Monitoring nie obejmował m.in. sal chorych na trzech oddziałach oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i socjalnych. Jednocześnie funkcjonująca od listopada 2022 roku kamera w izolatce została zainstalowana pomimo braku przepisów zezwalających na obserwację tego pomieszczenia, a wewnętrzne przepisy Szpitala w zakresie monitoringu nie obejmowały zasad jej funkcjonowania, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Obrazy uzyskane w wyniku prowadzenia monitoringu miejsc ogólnodostępnych, zawierające dane osobowe, przechowywane były od 16 do 33 dni w zależności od kamery<sup>63</sup>. Jednocześnie w informacjach o funkcjonowaniu monitoringu wizyjnego w Szpitalu zamieszczonych m.in. na tablicach ogłoszeń na trzech oddziałach oraz drzwiach wejściowych do Szpitala wskazywano okres przechowywania zapisu monitoringu przez administratora przez 30 dni, czyli o trzy dni krócej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 137-159)

<sup>56</sup> Pt. „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta”.

<sup>57</sup> IS – 3 „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta”, IS – 3, a – „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć”, IS – 6 „Przechowywanie zwłok w chłodni szpitalnej”.

<sup>58</sup> Z 22 grudnia 2022 r. nr 16/2022. Dalej: „Zarządzenie w sprawie monitoringu”.

<sup>59</sup> Wprowadzony 14 stycznia 2023 r. zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 30 grudnia 2022 r. nr 18/2022 w sprawie zmiany Regulaminu pracy pracowników Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku. Dalej: „Regulamin pracy”.

<sup>60</sup> Załącznikiem do zarządzenia Dyrektora Szpitala była informacja dotycząca istniejącego monitoringu podpisywana przez pracownika Szpitala.

<sup>61</sup> Monitoring obejmował m.in. korytarze na izbie przyjęć, oddziałach i poradniach oraz dyżurki pielęgniarek.

<sup>62</sup> Monitoring obejmował m.in. parking przed wjazdem na teren Szpitala, teren przed wejściem do izby przyjęć oraz plac i bramę za Szpitalem.

<sup>63</sup> Zapisy były usuwane w momencie nadpisywania ich przez nowy zapis obrazu po upływie określonej liczby dni.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Istniejące w Szpitalu warunki organizacyjno-techniczne nie w pełni gwarantowały przestrzeganie praw pacjenta w zakresie intymności i godności. Stwierdzono, że:

a) w dziewięciu z 16<sup>64</sup> (56%) poddanych oględzinom łazienkach na trzech oddziałach szpitalnych, tj. Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddziale Geriatrii oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym:

- w przypadku sześciu<sup>65</sup> nie było możliwości zamknięcia od wewnątrz drzwi przez pacjentów lub było to utrudnione (niedziałające prawidłowo zamki lub ich brak),
- trzy<sup>66</sup> łazienki nie miały zabezpieczonych trzech okien przed oglądem z zewnątrz.

(akta kontroli str. 31-80)

Dyrektor Szpitala odnosząc się do braku możliwości zamknięcia drzwi przez pacjentów w łazienkach w salach chorych nr 230; 231; 1; 3; 5 oraz w toalecie ogólnodostępnej (pomieszczenie nr 139) wyjaśnił, że powodem tego było „.../ niedopatrzenie ze strony osób wykonujących naprawy i konserwację. Dodatkowo pacjenci nie zgłaszali dyskomfortu z tego powodu i to też mogło wpłynąć na brak reakcji ze strony personelu pracującego bezpośrednio z chorymi”. W przypadku nieprawidłowości polegającej na braku rolet w trzech toaletach wyjaśniła, że „Rolety w oknach w salach nr 214 i 221 zostały prawdopodobnie przypadkowo pominięte przy instalowaniu. Na chwilę obecną zaplanowano w trybie pilnym usunięcie tych niedogodności”. Odnosząc się do braku prawidłowego zasłonięcia okna w łazience ogólnodostępnej męskiej (pomieszczenie 239) wyjaśniła, że „.../ w pomieszczeniu WC wykorzystano celowo plakat edukacyjny na temat chorób układu krążenia dla osób, które pomimo zakazu palenia wyrobów tytoniowych na terenie szpitala, non stop łamią przepisy i palą papierosy w toaletach. Roletę zasłaniającą okno odpalił pacjent. Pomimo tego zamówiono mleczną folię zabezpieczającą okno”. W wyniku ponownie przeprowadzonych oględzin (1 grudnia 2023 r.), stwierdzono usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości poprzez naprawę nie działających lub montaż nieistniejących zamków oraz montaż folii mlecznej w trzech oknach występujących w toaletach na oddziałach.

(akta kontroli str. 579-587, 597)

b) w przypadku ośmiu sal chorych (tj. 32% z 25 poddanych oględzinom) na dwóch oddziałach<sup>67</sup>, tj.:

- dwóch salach chorych<sup>68</sup> na Oddziale Geriatrii, w których przebywało łącznie czterech pacjentów, nie było wystarczającej liczby parawanów. W dniu oględzin Oddział dysponował jednym parawanem przy pięciu łóżkach w dwóch<sup>69</sup> analizowanych salach<sup>70</sup>;
- sześciu<sup>71</sup> wieloosobowych salach chorych na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, w których przebywało łącznie 19 pacjentów, nie było wystarczającej liczby parawanów. W dniu oględzin Oddział dysponował jedynie pięcioma parawanami (w tym jednym umieszczonym w gabinecie zabiegowym) przy 25 łóżkach w sześciu analizowanych salach<sup>72</sup>.

(akta kontroli str. 31-80, 107-116)

Dyrektor odnosząc się do braku parawanów wyjaśniła, że „parawany są wykorzystywane i ustawiane w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych wymagających intymności

<sup>64</sup> Z tego: 12 łazienek indywidualnych w salach chorych oraz cztery łazienki ogólnodostępne na Oddziałach.

<sup>65</sup> Toalety indywidualne w pokojach nr 230 i 231 na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii. Toalety indywidualne w pokojach nr 1; 3 i 5 oraz toaleta ogólnodostępna (damska – pomieszczenie nr 139).

<sup>66</sup> Toalety indywidualne w pokojach nr 214 i 221 na Oddziale Geriatrii oraz toaleta ogólnodostępna (męska – pomieszczenie nr 239) na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii.

<sup>67</sup> Na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym oględzinom poddano 12 sal, z czego: w dwóch salach nie było pacjentów; w siedmiu salach było po jednym pacjencie; a w trzech salach było dwóch pacjentów przy czterech posiadanych w czasie oględzin parawanach (pomimo iż zgodnie z przedłożonym wykazem Oddział miał dysponować siedzioma parawanami).

<sup>68</sup> W dniu oględzin w salach nr 209 i 214 przebywało po dwóch pacjentów.

<sup>69</sup> W dwóch pozostałych salach przebywało po jednym pacjencie, a w jednej nie było pacjentów.

<sup>70</sup> Na dzień 10 listopada 2023 r. ogólna liczba łóżek na Oddziale Geriatrii wynosiła 14.

<sup>71</sup> W dniu oględzin w sali nr 235 (czterolóżkowej) przebywało czterech pacjentów, a w salach nr: 224, 225, 226, 227 i 238 (cztero- lub pięciolóżkowych) – po trzech pacjentów.

<sup>72</sup> Na dzień 10 listopada 2023 r. ogólna liczba łóżek na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii wynosiła 35.

(np. wykonanie toalety, cewnikowania, kardiowersji, reanimacji itp.). Nie oddzielają łóżek na stałe z uwagi na problemy w poruszaniu się pacjentów i łatwości ich upadków (starsi pacjenci nie przewidują, że parawan jest niestabilny – opierają się o niego i przewracają razem z parawanem, często na pacjenta na sąsiednim łóżku). Na dzień 16 listopada 2023 r. dysponowano ośmioma parawanami na terenie szpitala, ponieważ są one na bieżąco użytkowane i do tej pory ich ilość była wystarczająca w pracy naprzemiennej”.

(akta kontroli str. 579-587)

NIK wskazuje, że w przypadku konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego kilku pacjentom w tym samym czasie, na Oddziałach Geriatrii oraz Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Szpital nie dysponuje odpowiednią ilością parawanów w celu zapewnienia prawa do intymności. Na oddziałach było odpowiednio 14 i 35 łóżek przy kolejno jednym i czterech posiadanych parawanach. Odnosząc się zaś do kwestii poruszania się pacjentów w podeszłym wieku w przypadku wstawienia parawanów należy wskazać, że zamiast nich możliwe jest zamontowanie w salach wielołożkowych np. kotar na stelażach przysufitowych.

2. Dyrektor Szpitala nie zapewniła w pełni prawidłowego prowadzenia obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu w Szpitalu, gdyż:

- a) wprowadzone przez Dyrektora wewnętrzne regulacje Szpitala dotyczące obserwacji pomieszczeń tj. Zarządzenie w sprawie monitoringu i Regulamin pracy (w § 12) nie wskazywały: osób upoważnionych do podglądu obrazu i jego odtwarzania, zasad udostępniania obrazu, ani terminu przechowywania rejestrowanego obrazu, co było działaniem nierzetelnym. Potrzeba uregulowania tych kwestii wynika z art. 23a ust. 2 *udl*, zgodnie z którym nagrania obrazu zawierające dane osobowe podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje nie dłużej niż trzy miesiące od daty nagrania, podobne unormowanie zawiera art. 22<sup>2</sup> ust. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>73</sup>. W praktyce dane z monitoringu w latach 2019-2023 przekazywano np. na wniosek Policji (osiem nagranych zdarzeń).

(akta kontroli str. 137-143, 164)

Dyrektor Szpitala odnosząc się do braku w przepisach wewnętrznych ww. kwestii wyjaśnił, że „nie dokonano zapisu, który by regulował powyższe kwestie. Jednak udostępnienie tego typu danych Policji powierzono informatykom, którzy sprawują pieczę nad bezpieczeństwem informatycznym Szpitala. Każdy wniosek Policji o udostępnienie wyżej wymienionych danych był dekretowany imiennie do informatyków poleceniem służbowym Dyrektora Szpitala”. Z przedstawionych dokumentów wynika, że informatycy zatrudnieni w Szpitalu posiadali upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

(akta kontroli str. 160-163, 588-596)

- b) Dyrektor Szpitala dopuścił, aby monitoring wizyjny w okresie 30 marca 2022 r. do 5 września 2023 r. objął także izolatkę na izbie przyjęć (z użyciem jednej z 32 kamer zainstalowanych w Szpitalu), mimo braku podstawy prawnej, czym naruszono art. 23a ust. 1 pkt 2 *udl*. Zgodnie z obowiązującym od 4 maja 2019 r. brzmieniem art. 23a *udl* Szpital mógł prowadzić monitoring w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz miejscach pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynikało to z przepisów odrębnych. Z analizy przepisów szczególnych w tym zakresie wynika, że urządzenia umożliwiające rejestrację obrazu mogły być zainstalowane jedynie w: [1] pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji na podstawie ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>74</sup>, [2] pokojach łóżkowych, zespołach porodowych, oddziałach dziecięcych, oddziałach psychiatrycznych i pomieszczeniach stacji dializ na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>75</sup>, [3] oddziałach anestezyjologicznych i intensywnej terapii – salach nadzoru

<sup>73</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1465. Dalej: Kp.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2123. Obserwacja pomieszczenia na podstawie art. 18e ust. 2 – 6 tej ustawy.

<sup>75</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 402. Obserwacja pomieszczeń na podstawie odpowiednio: § 29 rozporządzenia; załącznika nr 1 do rozporządzenia pt. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala” - część IV Zespół porodowy, ust. 4; część V Oddział dziecięcy, ust. 7; część VIII Oddział psychiatryczny, ust. 6 pkt 2 lit. h) oraz

poznieczuleniowego lub na stanowiskach nadzoru poznieczuleniowego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii<sup>76</sup>. Izolatka na izbie przyjęć nie była żadnym z ww. pomieszczeń. Ponadto przepisy wewnętrzne Szpitala, tj. Zarządzenie w sprawie monitoringu oraz Regulamin pracy (§ 12) nie określały zasad funkcjonowania tej kamery (m.in. w zakresie celu i zakresu prowadzonego monitoringu). (akta kontroli str. 137-146, 148-158)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „umieszczenie kamery w izolatce Izby Przyjęć Szpitala zostało podyktowane bezpieczeństwem pacjenta z dodatnim wynikiem testu w kierunku COVID-19, przebywającym na izolacji, oczekującym na specjalistyczny transport do oddziału zakaźnego. Pacjent umieszczony w izolatce był informowany o celowości monitoringu i wyrażał na niego ustną zgodę”. Dyrektor wskazał również, że ze względu na różny stan zdrowia osób przebywających w izolatce udzielano im również świadczeń zdrowotnych w tym miejscu. Ponadto zaznaczył, że od dwóch miesięcy nastąpił wzrost zachorowań na COVID-19 i tylko w samym listopadzie w pomieszczeniu izolowano 11 pacjentów zakażonych wirusem. (akta kontroli str. 572-596)

NIK wskazuje, że żaden z ustanowionych przepisów prawa w okresie epidemii COVID-19 nie był wystarczającą przesłanką do prowadzenia obserwacji izolatki w badanym okresie. Katalog przepisów odrębnych określony w art. 23a ust. 1 pkt 2 *udl* nie obejmował możliwości zainstalowania kamery w izolatce na izbie przyjęć. Dopiero 6 września 2023 r. zmieniono art. 23a ust. 1 pkt 3 tej ustawy<sup>77</sup>, rozszerzając katalog pomieszczeń, w których można prowadzić obserwację o takie, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa m.in. w szpitalach.

- c) zarejestrowany w okresie od 3 czerwca 2021 r. do 8 grudnia 2023 r. obraz z czterech kamer<sup>78</sup> (13% z 32 funkcjonujących w Szpitalu) przechowywano przez 33 dni, to jest dłużej niż czas przedstawiony w informacjach na tablicach ogłoszeń, m.in. na oddziałach oraz na drzwiach wejściowych do Szpitala, czyli 30 dni. Było to działanie nierzetelne, wprowadzające w błąd co do rzeczywistego okresu przechowywania obrazu, zarejestrowanego przez kamery. (akta kontroli str. 144-145, 147-159)

Dyrektor Szpitala odnosząc się do zaistniałych rozbieżności wyjaśnił, że zależy to od pojemności dysku, na którym nagrania są zapisywane. Wskazał, że „.../ wynika to z częstotliwości ruchu w kadrze kamer. W najbardziej newralgicznych ciągach komunikacyjnych, wejściach do budynku, korytarzach itp. aktywność kamery jest duża i czas archiwizacji nagrania jest krótszy (średnio 30 dni). W miejscach mniej uczęszczanych brak aktywności kamery, szczególnie w nocy powoduje wydłużenie czasu archiwizacji do 33 dni.”. NIK wskazuje, że niezależnie od powyższych kwestii technicznych, informacje dla pacjentów o czasie przechowywania zarejestrowanego obrazu nie powinny być błędne. (akta kontroli str. 588-596)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu przygotowano procedury dotyczące poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności zawarte w art. 20 ust. 1 *upp*. Jednak stworzone warunki organizacyjno-techniczne nie w pełni zapewniały pacjentom prawo do intymności i godności. Spowodowane było to przede wszystkim niewyposażeniem wieloosobowych sal chorych w parawany, niesprawnymi zamkami w drzwiach łazienkowych oraz niezabezpieczeniem okien w sanitariatach przed oglądem z zewnątrz. Kamera monitoringu wizyjnego była zainstalowana w izolatce izby przyjęć bez podstawy prawnej, obraz z czterech kamer przechowywano dłużej niż podano w informacji dla pacjentów, a w regulacjach wewnętrznych nie wskazano terminu

załącznika nr 7 do rozporządzenia pt. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia stacji dializ” do rozporządzenia, ust. 3.

<sup>76</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 392, ze zm. Obserwacja pomieszczeń na podstawie Załącznik nr 1 do rozporządzenia „Warunki dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii w szpitalach”, część I, tabela lp.1 lit. D Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego.

<sup>77</sup> Art. 5 ust. 1 ustawy z 16 czerwca 2023 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1675) o zmianie ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw.

<sup>78</sup> Zainstalowanych od 2011 roku na terenie Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii obejmujących monitoringiem: windę, korytarz główny i dyżurkę pielęgniarek.

przechowywania rejestrowanego obrazu, zasad jego udostępniania ani osób upoważnionych do podglądu obrazu i jego odtwarzania.

#### **IV.Wnioski**

Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Udostępnienie pacjentom wszystkich informacji wymaganych § 1 *rozporządzenia* ws. *OWU*.
2. Umożliwienie pacjentom umawiania się na wizyty drogą elektroniczną do wszystkich poradni specjalistycznych.
3. Poprawę warunków pobytu pacjentów w celu zapewnienia im prawa do intymności i godności, określonego w art. 20 ust. 1 *upp*.
4. Doprowadzenie funkcjonującego w Szpitalu monitoringu wizyjnego do zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, tj. art. 23a *udl*.

#### **V. Pozostałe informacje i pouczenia**

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. 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  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Białystok, dnia 14 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy:  
Beata Palinowska  
Główny specjalista kontroli państwowej

p.o. DYREKTORA DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
Janusz Pawelczyk

.....  
*/podpisano elektronicznie/*

.....  
*/podpisano elektronicznie/*

Krzysztof Bakunowicz  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*/podpisano elektronicznie/*