



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.21.3.2023

Dariusz Szczepański  
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej  
im. R. Czerwiakowskiego  
w Brodnicy  
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy im. R. Czerwiakowskiego <sup>1</sup> , ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Szczepański, Dyrektor ZOZ <sup>2</sup> od 4 marca 2013 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.</li><li>2. Przestrzeganie prawa do informacji.</li><li>3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.</li><li>4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.</li><li>5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych <sup>3</sup> .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Jan Pierzyński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/134/2023 z 22 września 2023 r. Lucyna Cierzniałowska-Morzyńska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/135/2023 z 22 września 2023 r. (akta kontroli str. 1-3, 8)

<sup>1</sup> Dalej: „ZOZ” lub „Szpital”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Data zakończenia czynności kontrolnych: 30 listopada 2023 r.

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

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

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu rzetelnie rozpatrywano skargi na działania dotyczące praw pacjenta oraz analizowano ich problematykę. Szpital zapewniał dostęp do informacji o prawach pacjenta w wymaganej formie w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej. Objęte badaniem oświadczenia pacjentów o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego były przyjęte przez Szpital na formularzach zgodnych z obowiązującym wzorem. Badana dokumentacja medyczna spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>6</sup> oraz zawierała elementy wymagane w § 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>7</sup>. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego personel, a dokumentacja była zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych. Warunki udzielania świadczeń i pobytu w Szpitalu zapewniały pacjentom prawo do poszanowania ich intymności i godności. System obserwacji pomieszczeń i rejestracji obrazu był zgodny z obowiązującymi przepisami i chronił prywatność pacjentów. Szpital udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń. Stosowano profilaktykę przeciwoleżynową oraz respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu. Objęte badaniem zdarzenia niepożądane rejestrowano zgodnie z przyjętą w Szpitalu procedurą wewnętrzną.

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości dotyczyły:

- nieterminowego rozpatrywania skarg;
- nieokreślenia w regulaminie organizacyjnym Zakładu wszystkich wymaganych przepisami elementów;
- nieterminowego zgłoszenia zmian organowi prowadzącemu Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą;
- niezgodności zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala ze stanem faktycznym w zakresie jednostek organizacyjnych Szpitala;
- niesporządzania raportów zbiorczych zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły w minionym roku.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

### 1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

1.1. W okresie 2019-2023 r. (do 26 września 2023 r.) złożono 75 skarg<sup>9</sup> na działania Szpitala (odpowiednio: 15;18;21;14 i 7), wszystkie dotyczyły przestrzegania praw pacjenta. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą liczba wpływających skarg kształtowała się na zbliżonym poziomie. W Szpitalu w celu rozpatrywania skarg opracowano Procedurę Skarg, Wniosków i Roszczeń<sup>10</sup>.

Dyrektor podał, że „problematyka składanych skarg jest przedmiotem analizy dokonywanej każdorazowo przy jej rozpatrywaniu, w porozumieniu z Koordynatorem i Oddziałową jednostką zadaniową oraz osobami które się przyczyniły do zdarzeń

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

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 ze zm., dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji”

<sup>8</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>9</sup> W tym dziewięć skarg pacjentek hospitalizowanych na oddziale ginekologiczno-położniczym (odpowiednio:1;4;2;1 i 1).

<sup>10</sup> Zarządzenie Dyrektora ZOZ w Brodnicy nr 9/2023 z 28 kwietnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia aktualizacji procedury skarg, wniosków i roszczeń oraz nt. Skargi i Wnioski 14 grudnia 2017 r. w sprawie procedury Zarządzenie Dyrektora ZOZ w Brodnicy nr 73/2017 z

będących podstawą faktyczną skargi. Celem analiz jest ustalenie i wyjaśnienie przyczyn zdarzenia oraz skargi. W następstwie analizy dokonywane jest ich omówienie z pielęgniarkami oddziałowymi zobowiązanymi do przeszkolenia pozostałego personelu w kontekście czynności które powinny lub też nie powinny być wykonywane”.

Kontrola 20 skarg, wykazała, że w 12 przypadkach przy ich rozpatrywaniu Szpitalu podejmował bez zbędnej zwłoki działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego, zaś w ośmiu przypadkach nie dochowano terminu załatwienia sprawy wynikającego z wewnętrznych Procedur Szpitala dot. rozpatrywania skarg, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 12-28, 757-758)

1.2. Szpital w latach 2019-2023 przeprowadził jedno badanie satysfakcji przy wykorzystaniu ankiet<sup>11</sup>. Celem przeprowadzonych badań było określenie poziomu jakości świadczonych przez Szpital usług oraz ich poprawa zgodnie z sugestiami ankietowanych. Łącznie rozdysponowano 300 kwestionariuszy ankiet badania satysfakcji pacjentów, z czego 69% kwestionariuszy wróciło do analizy.

Dyrektor podał, że „wyniki prowadzonych badań przedstawione i omówione zostały z koordynatorami i oddziałowymi jednostek badanych. Każdy z oddziałów otrzymał w formie pisemnej wyniki analizy. Działania naprawcze problematyki opisanej w ankietach, wdrożono w trybie natychmiastowym. W celu sprofesjonalizowania badania opinii pacjentów, zaproszono do współpracy TUV PZU, który we współpracy z Centrum Badania Opinii Społecznej i w formie pilotażu rozdysponował 300 kwestionariuszy ankiet badania satysfakcji pacjentów. Wyniki badań posłużą do opracowania programów prewencyjnych dla podmiotu leczniczego i poprawy jakości świadczeń zdrowotnych”.

(akta kontroli str. 29-32, 758)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie były prowadzone kontrole zewnętrzne i wewnętrzne dotyczące problematyki przestrzegania praw pacjenta.

(akta kontroli str. 33-59)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W ośmiu z 20 zbadanych skarg, które wpłynęły w latach 2019-2023<sup>12</sup>, przekroczono termin ich załatwienia o od czterech do 388 dni. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala (§ 157) oraz Procedurą nr 90 wprowadzoną Zarządzeniem nr 73/2017 Dyrektora ZOZ w Brodnicy z 14 grudnia 2017 r. i Procedurą nr 90a wprowadzoną Zarządzeniem nr 9/2023 z 28 kwietnia 2023 r. skargi, wnioski i roszczenia powinny być załatwiane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu 1 miesiąca (pkt 3.9 Procedury nr 90 oraz pkt 11 Procedury nr 90a).

(akta kontroli str. 28)

Dyrektor wyjaśnił, że „wynikało to z ingerencji zewnętrznych instytucji w proces wyjaśniania zagadnienia podniesionego w danej skardze. W związku z czym dla uporządkowania postępowania, Zarządzeniem Dyrektora nr 29/2023 z 8 listopada 2023 r. wprowadzono aktualizację Procedury nr 90b Skargi, wnioski i roszczenia, w ramach której dodano punkt 12 w brzmieniu: „W przypadku ingerencji zewnętrznych instytucji, wyjaśnienia trwają do zakończenia postępowania.”

(akta kontroli str. 753)

<sup>11</sup> Ankiety dotyczyły: badania satysfakcji pacjenta korzystającego z oddziałów chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczego, wewnętrznego z salą intensywnego nadzoru kardiologicznego, urazowo-ortopedycznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, pediatrycznego.

<sup>12</sup> Skargi o nr: 1/2023; 8/2022; 11/2022; 9/2021; 17/2021; 6/2020; 10/2020; 15/2020.

## OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu rzetelnie rozpatrywano skargi pacjentów i ich rodzin w zakresie praw pacjenta oraz przestrzegano uregulowań wewnętrznych obowiązujących w tym zakresie. Stwierdzone przypadki przekroczenia 30 dniowego terminu ich rozpatrzenia wynikały z konieczności zwrócenia się do zewnętrznych podmiotów celem ich wyjaśnienia.

W ZOZ analizowano również problematykę zgłaszanych skarg celem ich prawidłowego wyjaśnienia. Prowadzono badania ankietowe w zakresie satysfakcji pacjentów. Wnioski sformułowane na podstawie tych badań były na bieżąco realizowane i posłużyły do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

## OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Przestrzeganie prawa do informacji.

2.1. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>13</sup> zamieszczono informacje dotyczące praw i obowiązków przysługujących pacjentom: do świadczeń zdrowotnych, uzyskiwania informacji, tajemnicy informacji, wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, poszanowania intymności i godności, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, opieki duszpasterskiej, dostępu do dokumentacji medycznej, przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych. Szpital, zgodnie z wytycznymi wynikającymi z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnił informacje o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie ich w miejscach ogólnodostępnych w zajmowanych budynkach, w których udzielano świadczeń zdrowotnych<sup>14</sup>. W holu głównym, przy wejściu do Szpitala znajdowała się tablica informacyjna umieszczona na wysokości umożliwiającej osobom średniego wzrostu odczytanie zawartych na niej informacji. Dostęp do tablicy informacyjnej nie był ograniczony dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. Tablica zawierała m.in. informacje dotyczące: praw i obowiązków pacjenta, zasad udostępniania dokumentacji medycznej, ogólnych zasad odwiedzin chorych, trybu składania oraz rejestru skarg i wniosków, adres i nr telefonu siedziby Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zasad przyjmowania do Szpitala, regulamin porządkowy zakres świadczonych usług. Analogiczne tablice znajdowały się również na każdym oddziale Szpitala. Przed budynkiem Szpitala przy wejściu głównym umieszczona była tablica ze znakiem graficznym NFZ oraz znak informujący o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych. Przy wejściu głównym do Szpitala znajdowała się informacja odnośnie udzielania przez Szpital nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 60-76, 137-139)

2.2. Regulamin organizacyjny Szpitala zawierał elementy wymagane w art. 24 ust. 1 pkt 1-8, 10 i pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>15</sup>; z wyłączeniem postanowień określonych w art. 24 ust. 1 pkt 9, 11 i 12 tej ustawy<sup>17</sup>, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

<sup>13</sup> Regulamin Organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brodnicy (dalej: Regulamin organizacyjny).

<sup>14</sup> Ustaleń dokonano w budynku siedziby Szpitala w trakcie oględzin 11 października 2023 r.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2023 r. poz.991 ze zm., dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

<sup>16</sup> Tj.: 1) nazwa podmiotu; 2) cele i zadania podmiotu; 3) struktura organizacyjna zakładu leczniczego; 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; 7) organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat 10) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

<sup>17</sup> Zagadnienie to przedstawiono szerzej w części wystąpienia pokontrolnego, dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

(akta kontroli str.77-134)

2.3. Na stronie internetowej Szpitala były zamieszczone informacje dotyczące polityki jakości Szpitala oraz materiały promujące jego działalność<sup>18</sup>.

(akta kontroli str.135-136)

2.4. W Szpitalu opracowano wzory formularzy zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, oddzielnie dla każdego rodzaju wykonywanego zabiegu. Wzory zawierały m.in.: określenie rodzaju zabiegu; imię i nazwisko pacjenta; numer księgi głównej; wskazanie rodzaju schorzenia z adnotacją o przeprowadzeniu analizy przypadku, konieczności operacji i propozycji określonego zabiegu; wskazanie innych alternatywnych metod leczenia; informację o możliwości wystąpienia powikłań; adnotacje dotyczące: przeprowadzenia rozmowy pacjenta z lekarzem na temat leczenia, ewentualnych zastrzeżeń pacjenta do proponowanego leczenia operacyjnego, możliwości wystąpienia konieczności zmiany lub rozszerzenia zabiegu operacyjnego podczas jego trwania; oświadczenie pacjenta o zrozumieniu informacji zawartych w formularzu i świadomym wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na proponowany zabieg; datę i podpisy lekarza oraz pacjenta lub uprawnionego opiekuna.

(akta kontroli str.147-364)

Objęte badaniem dziesięć zgód na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego<sup>19</sup> zostało udzielonych przez pacjentów na formularzu zgodnym z ww. wzorem.

(akta kontroli str.140)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono elementów wymaganych w art. 24 ust. 1 pkt 9, 11-12 ustawy o działalności leczniczej, tj.:

- wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta;
- wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>20</sup> oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością..

(akta kontroli str. 77-134)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że: „zgodnie z § 134 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, informację o wysokości oraz sposobach wnoszenia opłat można uzyskać u sekretarki lub rejestratorki medycznej, w statystyce oraz w Sekcji Księgowości Finansowej i Zarządczej. Cennik ten przekazywany jest do wiadomości poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz jest udostępniany na życzenie pacjentów a także powinien być wywieszony w miejscu udzielania świadczeń. Regulamin Organizacyjny Szpitala nie był aktualizowany od 2 września 2021 roku, z uwagi na znaczne obciążenie Szpitala i jego pracowników zadaniami dodatkowymi, w szczególności wynikającymi z stanu pandemii i zagrożenia epidemicznego. Trwają prace nad jego aktualizacją, jednak z uwagi na tryb zmian, czyli wymagane

<sup>18</sup> [Misja szpitala – ZOZ Brodnica](#); dostęp 11 października 2023 r.

<sup>19</sup> Badaniem objęto 10 wypełnionych formularzy zgód na zabieg operacyjny, udzielonych przez pacjentów szpitala w ostatnim miesiącu poprzedzającym rozpoczęcie przez NIK czynności kontrolnych, tj. we wrześniu 2023 r.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 887 ze zm.

współdziałanie Rady Społecznej oraz nowe nakładane obowiązki wymuszające modyfikacje postanowień Regulaminu, ewentualnie ponowną ewaluację jego postanowień, nie jest możliwe wskazanie daty wprowadzenia zmiany w życie. Podkreślić należy, że cennik był publicznie dostępny dla wszystkich pacjentów i osób zainteresowanych. Na najbliższym spotkaniu z Radą Społeczną zostanie przedstawiony uzupełniony w tym zakresie projekt zmian Regulaminu Organizacyjnego”.

(akta kontroli str. 765-767)

NIK zauważa, że ustawodawca w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, posługując się sformułowaniem „określa się”, w sposób jednoznaczny nałożył na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązek określenia w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu elementów wymaganych w powyższym przepisie, niezależnie od określenia tych elementów w dokumentach innych, niż regulamin.

(akta kontroli str. 765-767)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewniał dostęp do informacji o prawach pacjenta w wymaganej formie w miejscach ogólnodostępnych oraz na stronie internetowej, na której zamieszczono także informacje dotyczące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz materiały promujące działalność.

Objęte badaniem oświadczenia pacjentów o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego zostały złożone w wymaganej formie, na formularzu zawierającym, m.in. określenie procedury wymagającej uzyskania zgody oraz informacje o możliwych ryzykach i powikłaniach, odpowiednio do rodzaju zabiegu.

Jako nieprawidłowe, oceniono nieokreślenie w regulaminie organizacyjnym Zakładu elementów wymaganych w art. 24 ust. 1 pkt 9; 11-12 ustawy o działalności leczniczej.

### 3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.

#### Opis stanu faktycznego

3.1. Szpital wpisany został do rejestru 31 grudnia 1992 r. W okresie objętym kontrolą złożono 10 wniosków do Wojewody Kujawsko-Pomorskiego o dokonanie zmian w księdze rejestrowej. Zmian tych dokonano w dwóch przypadkach w terminie przekraczającym o sześć i osiem dni termin wskazany w art. 107 ust 1 ustawy o działalności leczniczej, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ujawnione w księdze rejestrowej dane dotyczące komórek organizacyjnych w jednym przypadku nie odpowiadały stanowi faktycznemu oraz informacjom zawartym w regulaminie organizacyjnym, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 365-488)

3.2. Szpital, zgodnie z § 11 OWU<sup>21</sup>, udostępnił pacjentom<sup>22</sup> w miejscach udzielania świadczeń m.in. informacje o: prawach pacjenta, godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, imiona i nazwiska osób kierujących poszczególnymi komórkami organizacyjnymi, trybie składania skarg i wniosków, adresie i numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz komórki do spraw skarg i wniosków NFZ, możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, zasad zapisu na porady i wizyty do Poradni.

<sup>21</sup> Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1194 ze zm.), dalej: „OWU”

<sup>22</sup> Co ustalono na podstawie oględzin przeprowadzonych 11 października 2023 r. w holi i ciągach komunikacyjnych, Poradniach, Oddziałach Szpitala oraz na zewnątrz budynków, w których udzielane były świadczenia.

(akta kontroli str. 695-735)

3.3. Wg stanu na 31 grudnia 2022 r. w Szpitalu prowadzono oddzielnie dla wszystkich poradni i oddziałów harmonogramy przyjęć w systemie informatycznym oraz w aplikacji AP-KOLCE<sup>23</sup>. Listy te prowadzono na bieżąco każdego dnia roboczego, zapisując pacjentów na świadczenia zdrowotne według kolejności zgłoszeń, a raporty przekazywano do NFZ<sup>24</sup>. W okresie objętym kontrolą średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wyliczany był przez system informatyczny Szpitala.

Stwierdzono występowanie kolejek oczekujących na przyjęcie na oddziały szpitalne. Wg stanu na koniec lat 2019-2022, największa liczba oczekujących dotyczyła oddziałów:

- urazowo-ortopedycznego, odpowiednio: 337, 293, 321 i 240 osób oczekujących;
- rehabilitacji<sup>25</sup>, odpowiednio: 302, 218, 140 i 135 osób oczekujących;
- ginekologiczno-położniczego, odpowiednio: 28, 6, 24 i 40 osób.

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na zaplanowaną wizytę w latach 2019-2022 wynosiła odpowiednio:

- 0, 28, 30 i 29 osób, co stanowiło: 0,0%, 3,1%, 3,04% i 3,01% pacjentów zarejestrowanych do przyjęcia na oddział urazowo-ortopedyczny;
- 0, 3, 13 i 4 osób, co stanowiło: 0,0%, 2,94%, 5,13% i 1,04% pacjentów zarejestrowanych do przyjęcia na oddział rehabilitacji;
- 0, 2, 2 i 4 osób, co stanowiło: 0,0%, 1,0%, 0,09% i 0,18% pacjentów zarejestrowanych do przyjęcia na oddział ginekologiczno-położniczy.

Stwierdzono występowanie kolejek oczekujących na przyjęcie do poradni przyszpitalnych. Wg stanu na koniec lat 2019-2020, największa liczba oczekujących dotyczyła poradni:

- urazowo-ortopedycznej, odpowiednio: 252, 151, 203 i 178 osób oczekujących;
- diabetologicznej, odpowiednio: 263, 5, 58 i 176 osób oczekujących;
- chorób płuc i gruźlicy, odpowiednio: 103, 61, 98 i 101 osób oczekujących.

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na zaplanowaną wizytę w latach 2019-2022 wynosiła odpowiednio:

- 5, 87, 87 i 88 osób, co stanowiło: 0,03%, 0,76%, 0,71% i 0,79% pacjentów zarejestrowanych do poradni urazowo-ortopedycznej;
- 0, 26, 3 i 10 osób, co stanowiło: 0,0%, 1,1%, 0,12% i 0,42% pacjentów zarejestrowanych do poradni diabetologicznej;
- 0, 7, 17 i 56 osób, co stanowiło: 0,0%, 0,36%, 0,66% i 2,21% pacjentów zarejestrowanych do poradni chorób płuc i gruźlicy.

W przypadku rezygnacji pacjenta z zaplanowanej wizyty, na zwolniony termin były umawiane osoby z kolejnego terminu, o czym pacjentów informowano telefonicznie.

(akta kontroli str. 490-559)

3.4. W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Szpitalu umożliwiano pacjentom wykorzystywanie drogi elektronicznej do:

- monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia poprzez Indywidualne Konto Pacjenta;
- umawiania się na wizyty;
- uzyskiwania powiadomień o terminie świadczenia - w przypadku pacjentów zarejestrowanych poprzez e-rejestrację.

<sup>23</sup> Aplikacja Kolejki Centralnie – aplikacja udostępniona przez Prezesa NFZ do prowadzenia list oczekujących na udzielenie wybranych świadczeń gwarantowanych.

<sup>24</sup> Badaniem objęto raporty przesłane do NFZ za grudzień 2019 r., 2020 r., 2021 r. i 2022 r.

<sup>25</sup> W tym Oddział Dzienny Rehabilitacji.



W okresie objętym kontrolą nie stwierdzono przypadków rejestracji pacjentów drogą elektroniczną.

Dyrektor podał, że latach 2019-2023 nie odnotowano pacjentów rejestrujących się na wizyty w sposób elektroniczny, wobec tego nie było konieczności przypominania pacjentom o terminie udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 560-561, 758)

3.5. W okresie objętym kontrolą respektowano prawo pacjenta do leczenia bólu, a personel medyczny prowadził systematyczny monitoring stopnia jego natężenia. W Szpitalu została opracowana i wdrożona Procedura - Ocena i skuteczne leczenie bólu<sup>26</sup>. Na podstawie dokumentacji medycznej pięciu pacjentów Szpitala ustalono, że zgodnie z przyjętą procedurą stopień natężenia bólu odczuwanego przez pacjenta był odnotowywany w Karcie monitorowania bólu i wdrażane było leczenie. W karcie tej odnotowano skuteczność zastosowanej farmakoterapii i modyfikowano ją w razie potrzeby.

(akta kontroli str. 562, 577)

3.6. W Szpitalu została opracowana i wdrożona Instrukcja postępowania pielęgniarki/położnej wobec pacjenta z odleżynami. Zgodnie z przyjętą Instrukcją pielęgniarka oceniała ogólny stan pacjenta z odleżynami oraz stopień odleżyny wg skali Thorrance'a i zakładała Indywidualną Kartę Profilaktyki i Pielęgnacji Odleżyny w systemie Esculap. Wdrażano profilaktykę oraz leczenie odleżyn. Poddana kontroli dokumentacja medyczna pięciu pacjentów potwierdziła działania zgodne z przyjętą przez Szpital procedurą.

(akta kontroli str. 578-585)

Dyrektor, podał że „prowadzone analizy liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Wnioski z analiz były omawiane przez członków Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, a także podczas zebrań pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz koordynujących, w celu oceny skuteczności opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z odleżynami. W okresie lat 2019 - 2023 odnotowano rosnącą liczbę pacjentów z odleżynami w 2019 r. stwierdzono 40 przypadków, w 2020 r. 68 przypadków, w 2021 r. 90 przypadków, w 2022 r. 125 przypadków.

(akta kontroli str. 758-759)

3.7. W okresie objętym kontrolą obowiązywała Procedura – Nadzór nad Działaniem Niepożądanym<sup>27</sup>. Zgodnie z przyjętą procedurą rejestr zdarzeń niepożądanych prowadzony był w postaci elektronicznej w systemie Esculap. W systemie określono zasady poufności, wprowadzono kategorie zdarzeń niepożądanych, ochronę personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym.

W latach 2019-2023<sup>28</sup> w Szpitalu odnotowano łącznie 183 zdarzeń niepożądanych, w tym odpowiednio: 47, 73, 30, 21 i 12.

Analiza sporządzonej dokumentacji 10 przypadków wystąpienia zdarzeń niepożądanych wykazała, że postępowanie Szpitala zgodne było z przyjętą w tym zakresie procedurą, tj. poinformowano bezpośredniego przełożonego o zaistniałym zdarzeniu, sporządzono kartę zdarzenia niepożądanego w której wskazano, okoliczności i przyczyny zdarzenia, stopień szkody dla pacjenta, częstotliwość występowania danego zdarzenia oraz jego rodzaj. W Szpitalu nie sporządzano raportów zbiorczych zdarzeń niepożądanych które wystąpiły w minionym roku, do czego zobowiązywała procedura – Nadzór nad działaniem niepożądanym, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

<sup>26</sup> Zarządzenie nr 20/2019 Dyrektora ZOZ w Brodnicy z 6 marca 2019 r. w sprawie oceny i skutecznego leczenia bólu oraz Zarządzenie nr 2/2020 Dyrektora ZOZ w Brodnicy z 10 lutego 2020 r. w sprawie postępowania, oceny i skuteczności leczenia bólu.

<sup>27</sup> Zarządzenie nr 57/2019 Dyrektora ZOZ w Brodnicy z 18 marca 2019 r. w sprawie nadzoru nad działaniami niepożądanymi.

<sup>28</sup> Do 10 października 2023 r.

(akta kontroli str. 587-591)

3.8. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

(akta kontroli str. 759)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital w dwóch przypadkach złożył wnioski<sup>29</sup> o wpis do księgi rejestrowej po 14-dniowym terminie wskazanym w art. 107 ust 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. z opóźnieniem wynoszącym odpowiednio sześć i osiem dni.

(akta kontroli str. 450-488)

Dyrektor wyjaśnił, że „było to wynikiem niedopilnowania, zbiegu terminów nakładanych na Szpital oraz dodatkowych obowiązków, związanych z dostosowaniem do zapisów ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa”.

(akta kontroli str. 767)

2. W latach 2019-2022 w Szpitalu nie sporządzano raportów zbiorczych zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły w minionym roku, do czego zobowiązywała procedura – Nadzór nad działaniem niepożądanym.

(akta kontroli str. 587-591)

Dyrektor wyjaśnił, że: „raporty nie były sporządzane na bieżąco, a ich sporządzenie przeniesiono na czas pocovidowy, z uwagi na obciążenie Szpitala dodatkowymi zadaniami, wynikającymi z wprowadzonych stanu pandemii i zagrożenia epidemicznego. Równocześnie utrzymywano w pełni specjalistyczną hospitalizację, zapewniając znajdującym się w nim pacjentom dalszego procesu terapeutycznego, bez naruszenia przysługujących im praw pacjenta”.

(akta kontroli str.764-765)

3. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie ujęto funkcjonującej Poradni Alergologicznej oraz Anestezjologicznej, a także nie wykreślono nieistniejącego Oddziału Chirurgii Jednego Dnia (Okulistyka) wykreślonego z księgi rejestrowej 31 grudnia 2022 r.

Dyrektor wyjaśnił, że: „było to wynikiem przeoczenia. Regulamin organizacyjny Szpitala nie był aktualizowany od 2 września 2021 r. z uwagi na znaczne obciążenie Szpitala i jego pracowników zadaniami dodatkowymi, w szczególności wynikającymi ze stanu pandemii i zagrożenia epidemicznego. Wszystkie zmiany zostaną uwzględnione przy trwającej aktualizacji Regulaminu”.

(akta kontroli str. 753-754)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił organizację udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wpisem w księdze rejestrowej oraz informacjami zawartym w regulaminie organizacyjnym, Zapewniono pacjentom dostęp do informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, a także zapewniano warunki udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej i leczenia bólu. Zdarzenia niepożądane rejestrowano zgodnie z przyjętą w Szpitalu Procedurą. Stwierdzone dwa przypadki nieterminowego wpisu zmiany do księgi rejestrowej oraz niesporządzanie zbiorczych raportów rocznych zdarzeń niepożądanych nie miały wpływu na bieżącą działalność Szpitala w badanym zakresie.

<sup>29</sup> Wniosek z 20 stycznia 2023 r. (zmiana zaistniała 31 grudnia 2022 r.) oraz wniosek z 22 kwietnia 2022 r. (zmiana zaistniała 1 kwietnia 2022 r.).

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

Opis stanu faktycznego

4.1. W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. ustalono, że:

- w Szpitalu prowadzono dokumentację medyczną w formie papierowej oraz elektronicznej, z zachowaniem obowiązku prowadzenia danego dokumentu wyłącznie w jednej z ww. form;
- nie wystąpiły przypadki sporządzania dokumentów jednocześnie w postaci papierowej i elektronicznej;
- dokumentacja spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta<sup>30</sup> oraz zawierała elementy określone w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- wpisy w dokumentacji były dokonane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, z oznaczeniem osób dokonujących wpisu;
- w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, system teleinformatyczny zapewniał wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację lub dokonującej wpisu lub innej zmiany, zgodnie z § 1 ust. 6 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji;
- dokumentacja w postaci papierowej była prowadzona w sposób czytelny i w porządku chronologicznym;
- dokumentacja posiadała ponumerowane strony, które stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość.

(akta kontroli str. 586)

4.2. Regulamin organizacyjny Szpitala<sup>31</sup> oraz przyjęta procedura Udostępnianie dokumentacji medycznej<sup>32</sup> szczegółowo określały warunki udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, osobom do tego upoważnionym przez pacjentów oraz podmiotom i organom władzy publicznej. W dokumentach tych określono, między innymi miejsce, tryb, sposób oraz termin udostępnienia dokumentacji medycznej. W Szpitalu określono również wysokość opłat za udostępnianą dokumentację oraz formę udostępnienia dokumentacji, a także katalog wyłączeń z obowiązku dokonania opłaty za udostępnioną dokumentację.

O prawie wglądu do dokumentacji pacjenci i opiekunowie prawni byli informowani, przy przyjęciu do Szpitala, potwierdzając ten fakt pisemnie. Dodatkowo informacje takie zawarto na tablicach umieszczonych w ogólnodostępnych miejscach Szpitala. W wyniku badania 20 przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. ustalono, że dokumentację tą udostępniono zgodnie z przyjętymi Procedurami oraz Regulaminem organizacyjnym Szpitala.

(akta kontroli str. 592-619)

4.3. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedury zabezpieczania dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania. System informatyczny do sporządzania dokumentacji medycznej był aktualizowany na bieżąco. Kopie zapasowe były wykonywane codziennie i w sposób automatyczny, przyrostowy przechowywane poza serwerownią tj. w sejfie.

<sup>30</sup> Tj. m.in. zawierała oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń zdrowotnych, datę sporządzenia.

<sup>31</sup> Rozdział XII.

<sup>32</sup> Procedura nr 72B z 9 października 2018 r.; Procedura nr 72C z 25 lutego 2020 r.; Procedura 72D z 8 stycznia 2021 r.; Procedura nr 180 z 14 kwietnia 2023 r.

Kopie zapasowe maszyn wirtualnych oraz baz danych zapisanych na macierzy były duplikowane na tasiemkach LTO z wykorzystaniem biblioteki taśmowej.

Teczki aktowe zawierające dokumentację medyczną gromadzone były w archiwum.

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

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów w Szpitalu odbywało się przez upoważniony personel posiadający stosowne uprawnienia nadane przez administratora. Nadane uprawnienia uwzględniały obszar konieczny do wykonywania obowiązków związanych z pracą w systemie i były oparte na przepisach i regulacjach zawartych w Procedurze nadawania upoważnień<sup>33</sup>.

W Szpitalu została przeprowadzona analiza ryzyka, która zawierała m.in. oceny ryzyka zagrożeń w odniesieniu do dokumentacji medycznej. Na podstawie tej analizy, zaplanowano przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa na przełomie listopada i grudnia 2023. W okresie objętym kontrolą prowadzono monitoring zagrożeń. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły sytuacje zagrażające bezpieczeństwu dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 620-694, 761-762)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Objęta badaniem dokumentacja medyczna pacjentów szpitala spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o prawach pacjenta oraz zawierała elementy określone w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego personel, a dokumentacje były zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych.

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

Opis stanu  
faktycznego

5.1. Warunki udzielania świadczeń i pobytu w szpitalu zapewniały pacjentom prawo do poszanowania ich intymności i godności. Na oddziałach szpitalnych były wyodrębnione pomieszczenia do przeprowadzania badań i wywiadów z pacjentami, przekazywania informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym i rokowaniach. Dostęp do ww. pomieszczeń był zapewniony także dla pacjentów leżących, nieporuszających się samodzielnie .

W trakcie przeprowadzonych oględzin trzech oddziałów szpitalnych<sup>34</sup> nie stwierdzono przypadków hospitalizacji pacjentów poza salami chorych, np. na korytarzu. Do dyspozycji pacjentów były sale chorych, od jednoosobowych do czteroosobowych . Każda z sal posiadała bezpośredni dostęp do indywidualnych węzłów sanitarnych, wyposażonych w toaletę, umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą, prysznic. Przy łóżkach znajdowały się szafki na rzeczy osobiste pacjentów oraz stoliki. Na każdym oddziale wyodrębnione były gabinety zabiegowe i przyjęć pacjenta na oddział, umożliwiające przeprowadzenie badań, wywiadów z pacjentami oraz przekazanie im informacji o stanie zdrowia. Karty gorączkowe wraz z kartami zaleceń lekarskich znajdowały się w dyżurkach pielęgniarskich, przy łóżkach pacjentów nie stwierdzono dokumentów zawierających ich dane osobowe.

<sup>33</sup> Procedura BI-2-1-U z 8 grudnia 2022 r.

<sup>34</sup> Wewnętrzny, ginekologiczno-położniczy oraz rehabilitacji.

Na tablicach informacyjnych oddziałów Szpitala znajdowały się informacje dotyczące odwiedzin<sup>35</sup>, określały one m.in. sugerowane godziny odwiedzin, liczbę osób jednocześnie odwiedzających pacjenta, przypadki ograniczenia możliwości odwiedzin oraz inne informacje służące usprawnieniu procesu odwiedzin, a także informacje o konieczności nienaruszalności i poszanowania intymności i prywatności pacjentów.

(akta kontroli str. 695-735)

5.2. W Szpitalu obowiązywała Procedura postępowania z pacjentem w stanie terminalnym<sup>36</sup>. Zgodnie z przyjętą Procedurą, w celu zapewnienia atmosfery spokoju i prywatności oraz umożliwienia kontaktu z duszpasterzem, psychologiem, rodziną, pacjenci w stanie terminalnym byli umieszczani w jednoosobowej sali, a w przypadku chwilowego braku takiej personel oddziału wydzieliał miejsce umożliwiające nieskrępowany kontakt bliskich, rodziny z pacjentem.

W okresie objętym kontrolą nierespektowanie prawa do umierania w spokoju i godności nie było przedmiotem skarg.

(akta kontroli str. 736-739)

5.3. W Szpitalu obowiązywała Procedura zarządzania systemem monitoringu wizyjnego<sup>37</sup>. Budynek Szpitala był objęty monitoringiem wizyjnym, który dotyczył wyłącznie pomieszczeń ogólnodostępnych tj. ciągów komunikacyjnych, wind osobowych oraz terenu zewnętrznego Szpitala. Obszar monitorowany był oznaczony tablicami informacyjnymi umieszczonymi przed wejściem w obszar objęty monitoringiem oraz w jego obszarze, a także przy wejściu bocznym od strony lądowiska dla helikopterów jak też przy wejściu do poradni specjalistycznych.

Pacjenci informowani byli również o stosowaniu w Szpitalu monitoringu wizyjnego w ramach procedury przyjęcia do oddziału szpitalnego. Głównymi celami stosowania monitoringu były przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz ochrona osób i mienia na jego terenie.

Obraz z kamer systemu monitoringu podlegał rejestracji i zapisaniu na nośnikach danych. Dane takie były przechowywane przez okres 14 dni, a następnie, nadpisywane kolejnymi danymi.

(akta kontroli str. 740-751)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

W ocenie NIK organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu zapewniały respektowanie prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i godności. Hospitalizacja pacjentów prowadzona była w salach łóżkowych w sposób zapewniający godność pacjenta - nie stwierdzono przypadków hospitalizacji poza takimi salami np. na korytarzach. Szpital przestrzegał również prawa do umierania w spokoju i godności. Monitoring wizyjny Szpitala prowadzony był zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi w nim obowiązującymi, a przy drzwiach wejściowych zamieszczono informację o monitorowaniu obiektu.

## 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:

<sup>35</sup> Regulamin porządkowy oddziału pkt IV Odwiedziny pacjentów.

<sup>36</sup> Zarządzenie Dyrektora ZOZ w Brodnicy nr 54/2018 z 3 lipca 2018 r. w sprawie procedury postępowania z pacjentem w stanie terminalnym.

<sup>37</sup> Procedura nr BI-8-5-Z z 8 grudnia 2022 r.

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Określenie w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala koniecznych wysokości opłat.</li> <li>2. Zapewnienie zgodności Regulaminu Organizacyjnego Szpitala ze stanem faktycznym.</li> <li>3. Terminowe rozpatrywanie skarg.</li> <li>4. Terminowe zgłaszanie Wojewodzie zmian w księdze rejestrowej Szpitala.</li> <li>5. Sporządzanie raportów zbiorczych zdarzeń niepożądanych.</li> </ol>

## 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 Bydgoszczy. 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.

Bydgoszcz, 12 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy  
Jan Pierzyński  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Bydgoszczy  
p.o. Dyrektor  
Tomasz Sobecki

/-/

Lucyna Cierzniakowska-Morzyńska  
Główny specjalista kontroli  
państwowej

/-/