



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.004.01.2015

P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/061 – Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Teresa Zielińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95420 z dnia 22 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie, ul. Banacha 1A
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Pelszyńska, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie², w latach 2013 – 2015.

Szpital prawidłowo zorganizował proces udostępniania dokumentacji medycznej wszystkim uprawnionym podmiotom i prawidłowo go realizował. W okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 marca 2015 r. wpłynęło ponad 3 tys. wniosków w tej sprawie i jedna skarga pacjenta na trudności w udostępnianiu dokumentacji medycznej.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego, niezgodnego z przepisami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³, prowadzenia dokumentacji medycznej. Wystąpiły one, w różnym zakresie, w 82% skontrolowanych dokumentacji. W szczególności nie były autoryzowane przez lekarzy wszystkie wpisy w historiach choroby, stwierdzono przypadki niepełnej autoryzacji wyników badań, konsultacji, zabiegów, kart obserwacji. Nie do każdej dokumentacji załączono kompletne informacje o zleceniach lekarskich w formie kart zleceń lekarskich oraz kompletne informacje dotyczące procesu pielęgnowania w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W dokumentacji jednego z pacjentów umieszczono kartę indywidualnych zleceń lekarskich oraz kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej innego pacjenta. Nie wystawiono kart informacyjnych leczenia szpitalnego pacjentów, którzy zmarli w Szpitalu. Nie wszystkie zakończone historie choroby były ocenione i podpisane przez lekarza kierującego oddziałem. Wystąpiły braki lub błędy w numeracji stron dokumentacji, co zdaniem NIK, nie daje gwarancji, że dokumentacja jest kompletna.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Zwanym dalej „SP CSK” lub „Szpital”.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.), zwane dalej „rozporządzenie w sprawie DM”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej w Szpitalu

Opis stanu
faktycznego

Podmiotem tworzącym Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. Szpital posiada łącznie 1069 łóżek szpitalnych w 17 klinikach. W roku 2013 leczono w nim 44.622 pacjentów, w roku 2014 – 45.424 pacjentów, a w I półroczu 2015 r. – 23.027 pacjentów.

(dowód: akta kontroli, str. 11, 112-116, 139-141)

W latach 2013 – 2015 (do końca sierpnia) indywidualną dokumentację medyczną w Szpitalu prowadzono w postaci papierowej. Analiza dokumentacji medycznej 60 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, w I Klinice Kardiologii i w Klinice Neurologii, z tego 40 pacjentów hospitalizowanych do dnia 31 grudnia 2014 r. i 20 pacjentów leczonych w Szpitalu podczas kontroli NIK wykazała:

1.1. W części dotyczącej przyjęcia do Szpitala

Historie choroby wszystkich pacjentów zawierały informacje określone w § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, w tym numer pozycji w księdze głównej przyjęć do Szpitala, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta, datę i tryb przyjęcia pacjenta (w 68% – doraźny) oraz rozpoznanie wstępne. Istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego zawarto w 59 dokumentacjach.

(dowód: akta kontroli str. 251-281)

1.2. W części dotyczącej przebiegu hospitalizacji

W historiach choroby 44 z 60 pacjentów (73%), pierwszego wpisu w historii choroby dokonano pierwszego dnia po przyjęciu pacjenta na oddział, w 14 historiach choroby (23%) – drugiego dnia. W pozostałych 2 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości (brak wpisów i wpis dopiero w piątym dniu pobytu w Szpitalu). W historiach choroby 34 pacjentów lekarze dokonywali wpisów średnio co jeden dzień, w 24 czterech dokumentacjach częstotliwość wpisów wynosiła od 2 do 3 dni, w jednej dokumentacji wyniosła 3,7 dnia, a w jednej w ogóle nie odnotowano wpisów lekarskich. Najdłuższa przerwa między wpisami najczęściej wynosiła jeden lub dwa dni, w historiach choroby 17 pacjentów najdłuższa przerwa wynosiła 3-4 dni, a w przypadku jednego pacjenta z Oddziału Kardiologii wyniosła 7 dni.

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej wyjaśnił, że w rozporządzeniu w sprawie DM brak jest precyzyjnych informacji o koniecznej częstotliwości wpisów lekarskich, a Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii wyjaśnił, że przeprowadzono rozmowy z lekarzami, których dotyczyło to zaniechanie i pouczono o konieczności codziennych wpisów poza dniami weekendowymi.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM, we wszystkich analizowanych przypadkach wpisy w historii choroby dokonywane były w sposób czytelny i w 51 historiach chorób wszystkie wpisy były autoryzowane (§ 4 ust. 2). Korekty błędnych wpisów dokonano zgodnie z wymogami (§ 4 ust. 3) w czterech historiach choroby, a w jednym przypadku – z naruszeniem przepisów.

Dokumentacja wszystkich pacjentów, stosownie do § 18 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie DM, zawierała wyniki konsultacji lekarskich, karty obserwacji. Karty zleceń lekarskich dołączono w 58 dokumentacjach, a karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej w 55 dokumentacjach.

Do każdej analizowanej dokumentacji, zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 10 i 12 rozporządzenia, dołączono wyniki badań i protokoły operacyjne, jeśli była wykonana operacja.

Stosownie do § 5 rozporządzenia w sprawie DM strony dokumentacji medycznej 22 pacjentów przebywających w szpitalu do dnia 31 grudnia 2014 r. były numerowane, zaś w pozostałych 18 zakończonych dokumentacjach stwierdzono nieprawidłowości lub uchybienia w tym zakresie. W przypadku 20 dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w takcie kontroli NIK, nie numerowano stron dokumentacji medycznej w Klinice Neurologii

(7 dokumentacji), zaś w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej oraz w I Klinice Kardiologii nie numerowano załączników do historii choroby.

Brak numeracji załączników do historii choroby kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej tłumaczy przyjętą praktyką porządkowania dokumentacji polegającą na numerowaniu stron w chwili zakończenia indywidualnej dokumentacji medycznej. Kierownicy pozostałych dwóch klinik wyjaśnili, że zwrócono uwagę lekarzy na konieczność numerowania załączników, zalecono personelowi prowadzenie prawidłowej numeracji stron w dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 251-281)

1.3. W części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala

Historia choroby wszystkich 40 pacjentów przebywających w Szpitalu do dnia 31 grudnia 2014 r. zawierała rozpoznanie kliniczne, opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych, zabiegów i operacji, adnotację o przyczynie i okolicznościach oraz terminie wypisania ze Szpitala lub zgonu (w trzech przypadkach), tj. spełniała wymogi § 19 rozporządzenia w sprawie DM.

Pacjentom wypisanym ze Szpitala, poza trzema przypadkami zgonu pacjentów, lekarze wypisujący wystawili i dołączyli do historii choroby karty informacyjne z leczenia szpitalnego spełniające wymogi określone w § 22 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wymóg określony w § 22 ust. 2 tego rozporządzenia, dotyczący podpisu karty informacyjnej przez lekarza wypisującego i lekarza kierującego oddziałem, spełniało 28 wystawionych kart informacyjnych.

Dokumentacja 34 pacjentów spośród 40 skontrolowanych, stosownie do § 24 rozporządzenia w sprawie DM, została oceniona przez kierowników oddziałów, którzy w 24 przypadkach otrzymali dokumentację w dniu wypisu pacjenta; w pozostałych przypadkach nie wskazano daty lub nie przekazano dokumentacji do oceny.

Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej oraz Klinika Kardiologii przekazywały dokumentację do działu statystyki medycznej w następujących terminach: do 2 dni (4 przypadki), 3-7 dni (9 przypadków), ponad 7 dni (14 przypadków). Następnie, z działu statystyki dokumentację przekazywano do Archiwum Zakładowego w terminach: do 14 dni (21 przypadków, tj. 53% skontrolowanych), 15-30 dni (4 przypadki), ponad 30 dni (2 przypadki). Nie przekazano do Archiwum Zakładowego 13 dokumentacji z Kliniki Neurologii.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w „Zakresie czynności rezydenta/młodsze asystenta/asystenta/starszego asystenta” – załączniku do Regulaminu organizacyjnego Szpitala jest zapis, że „...kompletna dokumentacja leczenia szpitalnego powinna niezwłocznie trafić po zakończeniu leczenia do sekretariatu Kliniki...”. Nie ma oznaczonego terminu przekazania dokumentacji medycznej zakończonego leczenia z Oddziału do działu statystyki i archiwum, ze względu na to, że żaden przepis nie wymaga ścisłego wskazania takiego terminu. Ponadto należy wziąć pod uwagę charakter SP CSK jako placówki naukowo-dydaktycznej, w której historii chorób służą niekiedy do opracowań lekarzy wykonujących zadania dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz zadania badaczy naukowych zgodnie z posiadaną specjalizacją i charakterystyką dyscypliny medycznej odpowiedniej Kliniki. Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej wyjaśniła ponadto, że dział statystyki nie ma możliwości oddawania do archiwum dokumentacji medycznej bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji m.in. ze względu na formę rozliczeń z NFZ, gdzie podstawą jest naniesienie wszystkich zakontraktowanych świadczeń do systemu informatycznego, wysłanie raportu i po otrzymaniu raportu zwrotnego z pozytywnie zweryfikowanymi pozycjami można wystawić faktury a dokumentację przekazać do archiwum.

(dowód: akta kontroli str. 251-281, 286-288, 299)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- 1) brak było wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego w historii choroby jednego pacjenta Oddziału Neurologii⁴, co było niezgodne z § 17 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie DM;
- 2) w przebiegu historii choroby jednego z pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej⁵, hospitalizowanego 24 dni, brak było wpisów dotyczących pobytu w szpitalu, pomimo iż § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej stanowi, że wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia; w historii choroby innego pacjenta tego oddziału⁶ lekarz dokonał pierwszego wpisu słowem „operacja” dopiero w piątym dniu pobytu w Szpitalu⁷; Kierownik Kliniki wyjaśnił, że braki wpisów lekarskich w historii choroby mogły wynikać z niedopatrzenia, a odnosząc się do pierwszego wpisu lekarskiego dokonanego dopiero w piątym dniu hospitalizacji wyjaśnił, że mógł wynikać z poprzedzającego wpis okresu wolnego od pracy (weekend);
- 3) nie były autoryzowane, stosownie do § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DM, wszystkie wpisy w przebiegu ośmiu historii chorób (14% skontrolowanych⁸), tj.: w historii choroby pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej nie były autoryzowane wywiady lekarskie i badania przedmiotowe w 3 przypadkach⁹, a w jednym nie autoryzowano wpisu o rozpoznaniu wstępnym¹⁰; w historii choroby dwóch pacjentów z Oddziału Neurologii¹¹ nie był autoryzowany wpis konsultacji otolaryngologicznej oraz wpisy lekarskie w dokumentacji; w I Oddziale Kardiologii, w historii choroby jednego z pacjentów¹² nie był autoryzowany jeden wpis, a w innej dokumentacji¹³ – cztery wpisy lekarskie; ponadto, wpisy w czterech historiach chorób¹⁴ (7%) nie miały pełnej autoryzacji: wpis dotyczący badania psychologicznego (Oddział Neurologii) autoryzowany był jedynie nieczytelnym podpisem, bez wskazania imienia i nazwiska lekarza oraz specjalizacji i numeru wykonywania zawodu, osiem wpisów w dwóch innych historiach chorób podpisane były jedynie parafą; w Oddziale Kardiologii przy jednym wpisie przy pieczęcie lekarza nie było podpisu; Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej wytłumaczył brak autoryzacji wpisów niedopatrzeniem lekarzy, Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii wyjaśnił, że zwrócono uwagę lekarzom na konieczność podpisu i pieczętki;
- 4) w historii choroby pacjenta (43495/14) Oddziału Neurologii korekty błędnych wpisów dokonano niezgodnie z wymogami § 4 ust. 3 rozporządzenia, tj. przy korekcie wpisu z 18 grudnia 2014 r. i korekcie dwóch wpisów z 19 grudnia brak było daty, w każdym przypadku brak było adnotacji o przyczynie korekty;
- 5) nie dołączono karty zleceń lekarskich w dwóch dokumentacjach¹⁵, oraz karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej w pięciu dokumentacjach medycznych¹⁶ z 2014 r., co było niezgodne z § 18 ust. 2 pkt 2-3 rozporządzenia w sprawie DM; poza tym, w każdej z kontrolowanych klinik NIK stwierdziła przypadki braku autoryzacji lub niepełnej autoryzacji zleceń lekarskich w niektórych dniach w 2014 r. (brak podpisu

⁴ Pacjent hospitalizowany do 31 grudnia 2014 r., nr dokumentacji 44751/14.

⁵ Historia choroby nr 41738/14.

⁶ Historia choroby nr 43330/14.

⁷ Średnia częstość wpisów lekarskich w historii jego choroby wyniosła zaledwie 3,7 dnia.

⁸ Spośród 60 skontrolowanych dokumentacji, w jednej historii choroby pacjenta z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej w ogóle nie było wpisów lekarskich.

⁹ Pacjenci hospitalizowani w trakcie kontroli NIK, nr dokumentacji 21983/15 i 21863/15 oraz pacjent hospitalizowany w 2014 r. nr 44695/14.

¹⁰ Dokumentacja 44279/14.

¹¹ Pacjenci hospitalizowani w trakcie kontroli NIK, nr dokumentacji 22137/15 i 21873/15.

¹² Nr 44571/14.

¹³ Nr 42453/14.

¹⁴ Dokumentacje z 2014 r.

¹⁵ W Oddziale Neurologii w dokumentacji 43360/14 brak było zleceń lekarskich w dniach 14-21 grudnia (dołączono karty zleceń od 22 grudnia do dnia wypisu tj. 30 grudnia). W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej poza indywidualną kartą zleceń z dnia 18 grudnia i zleceń lekarskich dotyczących 19 grudnia, nie było karty zleceń lekarskich pacjenta (44093/140) przebywającego w szpitalu 10 dni.

¹⁶ Dotyczyło to dokumentacji 4 pacjentów z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej nr: 44866/14, 44695/14, 43964/14 (brak karty dotyczącej okresu 24-30 grudnia, pacjentka przebywała w szpitalu w dniach 18-30 grudnia), 41738/14 (brak karty opieki pielęgniarskiej w okresie 11-16 grudnia i 19-23 grudnia oraz pacjenta z Oddziału Kardiologii nr 44473/14).

lekarza, brak pieczętki i podpisu). W Klinice Neurologii dotyczyło to pięciu dokumentacji, w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej – siedmiu dokumentacji, a w Klinice Kardiologii – trzech dokumentacji;

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej wyjaśnił, iż braki zleceń lekarskich mogły wynikać z niedopatrzenia lub zaginięcia karty zleceń, a braki lub niepełna autoryzacja zleceń – z niedopatrzenia, a także rozbieżnej interpretacji dotyczącej autoryzacji w karcie zleceń lekarskich. Brak kart indywidualnej opieki pielęgniarzkiej mógł wynikać z niedopatrzenia pielęgniarzkiego osoby kompletującej dokumentację. Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii wyjaśnił, że osoby odpowiedzialne za niepełną autoryzację zleceń zostały poinformowane o konieczności takiej autoryzacji oraz zwiększono kontrolę tych autoryzacji, zwrócono uwagę lekarzowi prowadzącemu o konieczności przestrzegania dołączenia kart opieki pielęgniarzkiej do historii choroby;

- 6) w dokumentacji pacjenta z Oddziału Chirurgii (41738/14) umieszczono kartę indywidualnych zleceń lekarskich oraz kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej (za okres 11-16 grudnia) innego pacjenta; w tej dokumentacji brakowało też karty zleceń lekarskich w dniach 22-23 grudnia; wyjaśniono, iż mogło to wynikać z niezamierzonego omyłkowego skompletowania dokumentacji medycznej;
- 7) nie wystawiono karty informacyjnej z leczenia szpitalnego trzech pacjentów¹⁷, którzy zmarli w Szpitalu, co nie spełniało wymogu § 22 ust. 5 rozporządzenia w sprawie DM; w ich dokumentacjach medycznych nie było też adnotacji o niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji (§ 20 ust. 4);
- 8) dziewięć kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, podpisanych przez lekarza wypisującego, nie było podpisanych przez lekarza kierującego oddziałem, z tego siedem przez lekarza kierującego Oddziałem Neurologii i dwie przez lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej; nie spełniono tym samym wymogu § 22 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DM;
- 9) sześć skontrolowanych dokumentacji medycznych¹⁸ (15%) nie było ocenionych i podpisanych przez lekarza kierującego oddziałem, pomimo wymogu określonego w § 24 ust. 1 rozporządzenia; dotyczyło to pięciu dokumentacji w Oddziale Neurologii i jednej w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej;
- 10) nie numerowano wszystkich stron w 18 zakończonych indywidualnych dokumentacjach medycznych (45% skontrolowanych), co było niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, z tego:
 - w 13 dokumentacjach (100% skontrolowanych w Klinice Neurologii); szczególnie krytycznie należy ocenić dokumentację pacjenta 44571/14, która zawierała ok. 300 nienumerowanych i nieuporządkowanych chronologicznie kart, datowanych już od 2011 r. i wpiętych do segregatora, z którego łatwo można je usunąć; w dokumentacji 44433/14 nie były numerowane wyniki badań biochemicznych; w dokumentacji 43777/14 oprócz wyników biochemicznych nie ponumerowano również wyników RM i jednorazowych zleceń lekarskich; w dokumentacji 43445/14 nie numerowano wyników badań biochemicznych, usg, angiografii, rtg, TK, skierowania do szpitala; w dokumentacji 44381/14 nie numerowano wyników badań biochemicznych, oceny ryzyka związanego ze stanem odżywiania, indywidualnej karty zleceń lekarskich z OION, karty obserwacji profilu cukru; w dokumentacji 43360/14 nie były numerowane wyniki badań biochemicznych, karty jednorazowych zleceń lekarskich, karty indywidualnej opieki pielęgniarzkiej, karta oceny ryzyka związanego ze stanem odżywiania, a ponumerowane były wyniki badań obrazowych;
 - w pięciu dokumentacjach (38% skontrolowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej); szczególną uwagę zwraca dokumentacja 44038/14 która miała ponumerowane 18 stron, zawierała nienumerowane wyniki badań biochemicznych (13 kart), EKG, zaświadczenie lekarskie, wyniki grupy krwi, do dokumentacji tej dołączono także umieszczone w oddzielnej teczce 56 kart

¹⁷ Wśród 40 skontrolowanych dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w 2014 r. stwierdzono trzy zgony: jeden w Oddziale Intensywnej Opieki Neurologicznej i dwa w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.

¹⁸ W Oddziale Neurologii: 43445/14, 44091/14, 43358/14, 44075/14, 44751/14; w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej: 43964/14.

nienumerowanych dokumentów, w tym m.in. karty informacyjne z leczenia szpitalnego w innych szpitalach, wyniki badań z poprzednich lat a wśród tych dokumentów także dwie strony dokumentu „kontrolka”, na których znajdowały się autoryzowane wpisy lekarzy z grudnia 2014 r. (dokument był wpięty pomiędzy badanie echo z czerwca 2014 r. a kartę informacyjną z leczenia szpitalnego MSWiA z 2005 r.); w dokumentacji 41738/14 brakowało stron 54-66; w dokumentacji 44393/14 załączono nienumerowane wyniki badań biochemicznych, ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywiania, wyniki badania grupy krwi (razem 21 kart), ponumerowano natomiast 6 innych kart wyników biochemicznych, wystąpiła też podwójna numeracja str. 42;

- stwierdzono także, że w Oddziale Kardiologii dokumenty w historii choroby 43310/14 zawierają podwójną numerację od str. 28 do 56 i str. 59; w historii choroby 42453/14 brakuje stron od 83 do 88.

(dowód: akta kontroli, str. 142-249, 282-297)

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej wyjaśnił, że braki numeracji stron niektórych dokumentów wynikać mogły z różnej interpretacji, przez lekarza prowadzącego, konieczności numerowania stron w indywidualnej dokumentacji medycznej, a brak stron w dokumentacji i podwójna numeracja – z niedopatrzeń lub błędnej numeracji. Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii wyjaśnił, że podwójna numeracja jest wynikiem błędu a brak stron wynikał z błędnej numeracji a nie brakujących stron.

W związku z nieprawidłowościami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej w Klinice Neurologii, o których mowa w ww. pkt. 1-10, kierownik Kliniki wyjaśniła, że zalecono personelowi zapoznanie się z treścią *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* oraz przedyskutowano szczegółowo z personelem lekarskim i pielęgniarskim zatrudnionym w Klinice Neurologii jego treść ze zwróceniem szczególnej uwagi na stwierdzone przez NIK nieprawidłowości. Lekarze Kliniki Neurologii pełniący funkcję lekarzy kierujących poszczególnymi oddziałami Kliniki zostali zobowiązani do szczegółowego kontrolowania na bieżąco sposobu prowadzenia dokumentacji. Wnioski z kontroli pielęgniarska oddziałowa przekazała także personelowi pielęgniarskiemu.

(dowód: akta kontroli, str. 282-297)

- 11) dokumentacja pacjentów Kliniki Neurologii nie została przekazana do Archiwum Zakładowego, pomimo, iż zgodnie z § 25 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zakończoną historię choroby przekazuje się do archiwum szpitala. Przechowywana była w wydzielonych do tego celu pomieszczeniach Kliniki. Instrukcja dotycząca organizacji i zasad działania archiwum akt w SP CSK będąca załącznikiem do Zarządzenia wewnętrznego w sprawie wprowadzenia normatywów kancelaryjno-archiwalnych stanowi zaś, że w Szpitalu prowadzone jest wyłącznie jedno archiwum z wydzieloną częścią medyczną, gromadzące dokumentację przekazywaną przez wszystkie komórki organizacyjne. Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii nie uzasadniła przyczyn nieprzekazywania dokumentacji do Archiwum i wyjaśniła, że jest to zgodne z porozumieniem z Dyrekcją Szpitala. Nie przedstawiono jednak w tej sprawie żadnych pisemnych postanowień. Kierownik Archiwum Zakładowego poinformowała, że Klinika Neurologii jest w trakcie przekazywania dokumentacji medycznej z magazynku podręcznego i przekazała już do archiwum dokumentację z lat 1991, 1996, 1997 i 1998.

(dowód: akta kontroli, str. 142-167, 286, 296-298, 401-404)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 27 dokumentacjach medycznych (45% skontrolowanych) stwierdzono braki kompletnej autoryzacji załączonych do dokumentacji wyników badań, konsultacji, zabiegów, kart obserwacji; np. nie był podpisany wynik badania neurologicznego i nie podano numeru wykonywania zawodu lekarza (podano jego imię i nazwisko), inna konsultacja neurologiczna była podpisana przez lekarza, przy czym brak było daty konsultacji oraz specjalizacji i numeru wykonywania zawodu, badanie psychologiczne autoryzowano jedynie nieczytelnym podpisem (bez czytelnego imienia i nazwiska, specjalizacji i numeru wykonywania zawodu), nie był podpisany wynik badania tomografii komputerowej, usg, badania PTA oraz angioplastyki aorty, tętnic biodrowych, udowych (...), na karcie wymiany rozrusznika podano imiona i nazwiska lekarzy i pielęgniarek, ale brak pozostałych danych tj. podpisu, specjalizacji, nr wykonywania zawodu, nie wszystkie wpisy w kartach kontroli

glikemii były autoryzowane przez pielęgniarki, brakowało podpisów pielęgniarki (była pieczęć) na karcie wczesnej obserwacji udarowej, karta anestezjologiczna była słabo czytelna i nieautoryzowana.

W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej w czterech z 13 skontrolowanych dokumentacji, karty opisu operacji nie były podpisane przez lekarza chirurga – operatora (było podane imię i nazwisko), a w 9 dokumentacjach – w okołoperacyjnej karcie kontrolnej brakowało podpisu lekarza chirurga; w jednej z dokumentacji wystąpiły rozbieżności w dokumentach dotyczące daty operacji.

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej wytłumaczył to niedopatrzeniem lekarzy lub pielęgniarek, zaś Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii wyjaśnił, że przeprowadzono rozmowy indywidualne odnośnie konieczności pełnej autoryzacji dokumentów, a lekarz konsultant – jak wyjaśniono – nie pieczętuje swoich konsultacji neurologicznych.

NIK zwraca też uwagę, że data wypisania pacjenta ze szpitala z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej podana w historii choroby¹⁹ jest rozbieżna z datą w karcie informacyjnej, co mogło wynikać – jak wyjaśniono – z niestarannego sporządzenia dokumentacji.

(dowód: akta kontroli, str. 142-249, 282-297)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala w zbadanym zakresie.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i instytucjom uregulowana została w Zarządzeniu Wewnętrznym nr 35 Dyrektora SP CSK z dnia 25 lipca 2011 r. ze zm. w sprawie *opłat oraz udostępniania dokumentacji medycznej*, a następnie w Zarządzeniu Wewnętrznym nr 117 Dyrektora SP CSK z dnia 12 listopada 2013 r. w tej sprawie.

Wyszczególniono w nim podmioty wskazane w art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁰, którym udostępniana jest dokumentacja i wskazano m.in.:

- wszystkie wnioski o dokumentację medyczną można składać w: Kancelarii Szpitala, Archiwum Zakładowym, Przychodni Specjalistycznej, Zakładzie Rehabilitacji, Zakładzie Radiologii Klinicznej,
- dokumentację udostępniają uprawnieni pracownicy: Archiwum Zakładowego – w części dotyczącej pacjentów hospitalizowanych, Przychodni Specjalistycznej – pacjentów leczonych ambulatoryjnie, Zakładu Rehabilitacji – pacjentów rehabilitowanych, Zakładu Radiologii Klinicznej – w części dotyczącej pacjentów diagnozowanych,
- dokumentacja udostępniana jest na podstawie oryginalnego wniosku dostarczonego drogą pocztową, złożonego osobiście w SP CSK lub przez osobę upoważnioną; w wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się udostępnienie dokumentacji na podstawie wniosku przesłanego faksem,
- wzór wniosku dla osób fizycznych (pacjent lub osoba upoważniona przez pacjenta) można uzyskać w: zakładce „Dokumenty” strony internetowej Szpitala www.spcsk.pl; Kancelarii Szpitala, Archiwum Zakładowym, Przychodni Specjalistycznej, Zakładzie Rehabilitacji i Zakładzie Radiologii Klinicznej.

(dowód: akta kontroli str. 300-315)

Na stronie internetowej Szpitala nie podano informacji o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej i miejscu składania wniosku. Nie umieszczono jej również w miejscu ogólnodostępnym (np. na tablicy w holu głównym). W miejscach udzielania

¹⁹ Nr historii choroby 44093/14.

²⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.), zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

świadczeń, tj. na tablicach informacyjnych w klinikach zamieszczono informacje o prawach i obowiązkach pacjenta, w tym informację, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń, ale nie podano informacji na temat zasad jej udostępniania. Informacja o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej oraz odpłatności za tę usługę znajduje się w Archiwum Zakładowym SP CSK.

(dowód: akta kontroli str. 463, 465, 474-475)

W regulaminie organizacyjnym SP CSK określono, że opłata za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalana jest Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala i informacja na ten temat jest dostępna w Archiwum Zakładowym. Wysokość opłat pobieranych za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej i za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej w postaci papierowej, oraz za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – określona w Zarządzeniu Wewnętrznym nr 117 Dyrektora SP CSK – ustalona została w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

Za kopię dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki obrazowej udostępnianej na błonach RTG ustalono opłatę w wysokości 15 zł za sztukę.

Szpital nie pobiera opłat za udostępnienie dokumentacji i jej przesłanie do ZUS i KRUS.

Za przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty, pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem opłat Poczty Polskiej.

W okresie objętym kontrolą wysokość opłat była sukcesywnie uaktualniana w oparciu o komunikaty Prezesa GUS w sprawie wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, i w okresie od stycznia 2013 r. do czerwca 2015 r. wynosiła od 0,69 zł za stronę kserokopii i 6,90 zł za dokumentację w formie elektronicznej do odpowiednio 0,81 zł i 8,10 zł.

(dowód: akta kontroli str. 50, 300-316)

Szpital pobrał łączną kwotę 63.400 zł za udostępnienie dokumentacji medycznych i koszty przesyłki, z tego:

- w 2013 r. – 23.973,83 zł,
- w 2014 r. – 29.657,10 zł,
- w 2015 r. (I kwartał) – 9.769,09 zł.

Ewidencja księgowa prowadzona jest na wyodrębnionym koncie przychodów Szpitala – Refundacja kosztów usług ksero, konto 702-08²¹.

(dowód: akta kontroli str. 317-327)

Analiza pobieranych opłat za udostępnianie dokumentacji, zbadana na próbie 180 wniosków o udostępnienie dokumentacji w latach 2013-2015 (do końca I kwartału) wykazała, że pobierane one były w wysokości określonej Zarządzeniem Dyrektora. Opłata za kopię dokumentacji „odbieranej osobiście” przez pacjenta/osobę upoważnioną dokonywana była za pokwitowaniem w kasie Szpitala, natomiast, jeśli przekazywano ją drogą pocztową – wystawiana była faktura i dokumentację przekazywano „za pobraniem”. W przypadku instytucji, po wysłaniu kopii dokumentacji wysyłano fakturę. W każdym skontrolowanym przypadku, wystawione faktury zostały zapłacone.

(dowód: akta kontroli str. 316, 416-439)

Archiwum Zakładowe Szpitala, któremu powierzono realizację zadań związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej w części dotyczącej pacjentów hospitalizowanych, prowadziło rejestr podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji. Odnotowano w nim m.in.: nr sprawy, datę wpływu wniosku do archiwum, nazwę i adres podmiotu składającego wniosek, skróconą treść wniosku, datę przekazania dokumentacji, adnotację o pobraniu opłaty.

(dowód: akta kontroli str. 330-336, 328)

W Zarządzeniu Dyrektora SP CSK w sprawie opłat oraz udostępniania dokumentacji medycznej i Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono czasu, w jakim

²¹ Na koncie 702-08 SP CSK ewidencjonuje również sporadyczne opłaty z tytułu ksero za dokumentację przetargową. Np. w 2014 r. była to kwota 73,89 zł.

dokumentacja medyczna winna być udostępniona wnioskującemu od dnia złożenia wniosku w tej sprawie.

Dyrektor SP CSK wyjaśniła, że stosowany jest termin określony w § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania „bez zbędnej zwłoki”. Termin przekazania dokumentacji medycznej uzależniony jest od miejsca aktualnego przechowywania dokumentacji, czasu oddania do archiwum zakładowego, natężenia pracy pracowników udostępniających dokumentację z uwzględnieniem okresu urlopowego bądź chorobowego, liczby złożonych wniosków w czasookresie kumulującym ilość potrzebnej pracy.

(dowód: akta kontroli str. 32-111, 117-315, 464, 472-473)

Dokumentacja pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, poza dokumentacją pacjentów z Kliniki Neurologii, przechowywana była w zabezpieczonych pomieszczeniach Archiwum Zakładowego²². Dokumentacja pacjentów przebywających na oddziałach szpitala, prowadzona przez pielęgniarki, przechowywana jest w dyżurkach pielęgniarek zamykanych na klucz. Pozostała dokumentacja medyczna w czasie dyżuru lekarskiego przechowywana jest w zamykanym na klucz pokoju lekarza dyżurnego.

Przepisy wewnętrzne określające m.in. sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej znajdującej się w archiwum zawarte zostały w Zarządzeniu Wewnętrznym Dyrektora SP CSK²³ w sprawie wprowadzenia normatywów kancelaryjno-archiwalnych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Historie chorób pacjentów z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej przechowywane były na otwartych półkach w dyżurkach pielęgniarskich tzw. „prześwitach”, bez możliwości ich zamknięcia. W toku kontroli NIK zakupiono zamykane na klucz metalowe szafki, w których umieszczono dokumentację medyczną, w celu zabezpieczenia przed utratą oraz dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych.

(dowód: akta kontroli str. 464, 473-486, 380-413, 567-568)

W trakcie kontroli Archiwum Zakładowego SP CSK, przeprowadzonej przez Archiwum Państwowe w Warszawie w lipcu 2015 r., zwrócono m.in. uwagę, że w trzech z czterech pomieszczeń magazynowych, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna okna nie były zabezpieczone kratami i w jednym z nich nie było zasłon chroniących akta przed szkodliwym działaniem promieni słonecznych. W zaleceniach pokontrolnych zobowiązano Szpital do zabezpieczenia drzwi do poszczególnych pomieszczeń magazynowych plombami, zabezpieczenia okien kratami i zasłonami oraz podjęcia działań, zmierzających do zapewnienia odpowiedniej temperatury powietrza w archiwum.

(dowód: akta kontroli str. 477-486, 565-566)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym obszarze.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Udostępnianie dokumentacji medycznej²⁴ pacjentów hospitalizowanych powierzono dziewięciu uprawnionym osobom – pracownikom Archiwum Zakładowego. Kierownik Archiwum posiada pisemne pełnomocnictwo Dyrektora SP CSK do udostępnienia lub odmowie udostępnienia dokumentacji oraz do podpisywania korespondencji w tym zakresie z sądami, organami administracyjnymi, osobami fizycznymi i prawnymi oraz innymi podmiotami prawnymi. Na czas jej nieobecności pełnomocnictwo do tych czynności otrzymuje pani A. P. – starszy referent. Wszystkie osoby udostępniające dokumentację

²² Archiwum Zakładowe składa się z dwóch pokoi biurowych, w których zorganizowano stanowiska pracy archiwistów oraz z siedmiu pomieszczeń magazynowych znajdujących się w różnych częściach budynku. W archiwum – wg sprawozdania z działalności za 2014 r. – znajdowało się ok. 3278 mb wszystkich akt, w tym dokumentacja medyczna. Dokumentacja medyczna przechowywana jest w czterech pomieszczeniach magazynowych.

²³ Zarządzenie Wewnętrzne nr 5 Dyrektora SP CSK z dnia 10.02.2005 r. w sprawie wprowadzenia normatywów kancelaryjno-archiwalnych SP CSK.

²⁴ Wg stanu na dzień 29 czerwca 2015 r.

medyczną potwierdziły fakt zapoznania się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych²⁵ i posiadają imienne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SP CSK, wydane przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji w Szpitalu. Kierownik Archiwum oraz osoba ją zastępująca odbyły dodatkowo przeszkolenie zewnętrzne w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 337-379)

W okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 marca 2015 r. złożono 3132 wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej. Pacjenci i osoby upoważnione złożyli łącznie 1590 wniosków, tj. 51% wszystkich złożonych w tym okresie, natomiast inne podmioty uprawnione na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta złożyły 1542 wnioski (49%). Z tego:

- w 2013 r. – złożono 1281 wniosków, w tym 51% (658 wniosków) stanowiły wnioski pacjentów lub upoważnionych osób,
- w 2014 r. – złożono 1439 wniosków, w tym 49% (712 wniosków) to wnioski pacjentów lub upoważnionych osób,
- w 2015 r. (I kwartał) – 412 wniosków, w tym 53% (220 wniosków) złożyli pacjenci/upoważnione osoby.

Zrealizowano 2808 wniosków, tj. 90% wszystkich złożonych. Przyczynami odmowy 324 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej było:

- brak upoważnienia pacjenta na udostępnienie jego dokumentacji,
- pacjent, o którego dokumentację wystąpiono, nie widniał w ewidencji Szpitala lub nie był pacjentem w okresie wskazanym we wniosku,
- w dokumentacji medycznej nie było prywatnej dokumentacji, o którą zwrócił się wnioskujący,
- wniosek był przysłany e-mailem,
- dokumentacja zaginęła w Klinice,
- o dokumentację zwrócił się nieupoważniony podmiot,
- badanie, o które zwrócił się wnioskujący nie było wykonywane w Szpitalu,
- brak było wystarczających danych niezbędnych do zidentyfikowania pacjenta w ewidencji Szpitala,
- wnioskujący błędnie przesłał wniosek (pomylił adresy),
- wnioskujący wystąpił o dokumentację po ustawowym okresie jej przechowywania,
- wnioskujący zrezygnował z odbioru przygotowanej dokumentacji.

Jedenastu pacjentów lub upoważnionych osób oraz sześć innych podmiotów, którym odmówiono dostępu do dokumentacji medycznej wniosło odwołania. Czternaście odwołań zostało uwzględnionych po dostarczeniu upoważnień pacjenta do wydania dokumentacji medycznej, po uzyskaniu opinii radcy prawnego lub po uzupełnieniu danych umożliwiających odnalezienie dokumentacji. W trzech przypadkach, podtrzymano decyzję o odmowie. W żadnym przypadku nie złożono odwołań do Sądu.

(dowód: akta kontroli str. 328-329, 463, 469-471)

Badanie procedury udostępniania dokumentacji medycznej na próbie 180 wniosków²⁶ wykazało, że okres od dnia złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji lub pisemnego poinformowania wnioskodawcy o odmowie jej udostępnienia:

- nie przekraczał siedmiu dni w 147 postępowaniach (82%), w tym 73 dotyczyło wniosków składanych przez pacjentów (37 dokumentacji udostępniono w tym samym dniu), a 74 przez inne podmioty,

²⁵ Pracownicy Archiwum w dniu 11 lutego 2015 r. pisemnie oświadczyli, że znana jest im treść przepisów zawartych w: ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.), rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r., Nr 100, poz. 1024), w Polityce Bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych, Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi oraz Instrukcji postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych (Zarządzenie wewnętrzne nr 68A Dyrektora SP CSK z dnia 30 czerwca 2014 r.)

²⁶ Kontrolą objęto - dla poszczególnych lat objętych kontrolą - po 30 wniosków wybranych losowo, złożonych przez pacjentów lub osoby upoważnione i po 30 wniosków wybranych losowo, złożonych przez inne podmioty.

- wynosił od ośmiu do 14 dni w 23 postępowaniach (13%), w tym dziewięć dotyczyło wniosków pacjentów, a 14 innych podmiotów,
- przekraczał 14 dni w 10 postępowaniach (6%) i wynosił:
 - w 2013 r. – 29 dni, ponieważ, jak wyjaśniono, dokumentacja była w Klinice a jej odszukanie i dostarczenie do archiwum zakładowego zajęło Klinice 25 dni,
 - w 2014 r. – 138 dni, ponieważ pacjent odebrał ją w dogodnym dla siebie terminie, pomimo iż już po kilku dniach został poinformowany telefonicznie, iż dokumentacja jest przygotowana do odbioru; 20 dni, 18 dni – ponieważ, jak wyjaśniono, dokumentacja była w Klinice a jej dostarczenie do archiwum zajęło kilka dni,
 - w 2015 r. – 95 dni, 28 dni, 21 dni, 15 dni; Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że udostępniono dokumentację po 95 dniach, ponieważ wnioskodawca zwrócił się o przekazanie wyniku sekcji zwłok (który jest możliwy do odbioru dopiero po trzech miesiącach od wykonania sekcji). W pozostałych przypadkach, pacjenci byli telefonicznie poinformowani w ciągu pięciu dni o przygotowanej dokumentacji, jednakże odebrali ją w dogodnym dla nich terminie,
 - w przypadku wniosków złożonych w marcu 2015 r. przez inne podmioty: Sąd Rejonowy w Warszawie otrzymał dokumentację po 25 dniach, ponieważ jak wyjaśniono, Klinika w której leczył się pacjent nie mogła odnaleźć historii choroby; PZU Życie S.A. otrzymało dokumentację po 15 dniach, ponieważ dostarczenie dokumentacji do archiwum zakładowego zajęło Klinice 8 dni.

(dowód: akta kontroli str. 416-431, 463-464, 472)

Spośród 90 skontrolowanych wniosków złożonych przez pacjentów lub osoby upoważnione, 46 razy występowały one o udostępnienie dokumentacji medycznej celem wykorzystania jej do dalszego leczenia, 39 razy zadeklarowano wykorzystanie dokumentacji do celów innych niż lecznicze, a w pięciu przypadkach nie wskazano przyczyn zapotrzebowania dokumentacji.

Spośród 90 skontrolowanych wniosków złożonych przez inne podmioty, dokumentację udostępniano najczęściej:

- firmom ubezpieczeniowym do rozpatrzenia zgłoszonych roszczeń pacjentów – 27 razy, co stanowiło 30% skontrolowanych,
- Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, np. w związku z postępowaniami w sprawie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, do celów emerytalno rentowych, kontroli orzekania o czasowej niezdolności do pracy – 17 razy (19%),
- Prokuraturom Rejonowym na potrzeby prowadzonych postępowań – 16 razy, co stanowiło 18% skontrolowanych,
- Sądom Rejonowym i Okręgowym (Wydział Karny, Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, Wydział Cywilny, Sekcja Wykonywania Orzeczeń) – 23 razy (26%),
- pozostała dokumentacja udostępniana była także: KRUS (1 raz), Instytutowi Pamięci Narodowej (1 raz), Komendzie Rejonowej Policji (1 raz), innemu szpitalowi celem przedstawienia na komisji lekarskiej o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub do dalszego leczenia (2 razy), Okręgowej Izbie Lekarskiej (1 raz), Rzecznikowi Praw Pacjenta (1 raz).

(dowód: akta kontroli str. 416-431)

Szpital udostępniał pacjentom dokumentację medyczną 108 razy (w tym również wyniki specjalistycznych badań diagnostycznych), co stanowiło 60% skontrolowanych wniosków, a w 14 przypadkach (8% wniosków) udostępnił tylko wyniki badań, zgodnie z wnioskiem pacjenta lub osoby upoważnionej. W 15 przypadkach (8%), zgodnie z wnioskami, udostępniono kartę informacyjną leczenia szpitalnego, w 1 przypadku – wyniki sekcji zwłok, w trzech przypadkach – opis operacji, w jednym przypadku – skierowanie do szpitala.

W siedmiu przypadkach – Kierownik Archiwum Zakładowego wydała zaświadczenie o terminach pobytu w Szpitalu, dwa razy – sporządzoną na podstawie dokumentacji medycznej, pisemną informację o przyczynie zgonu. Jedenaście razy potwierdzono za zgodność z oryginałem przesłane przez wnioskodawcę (głównie ZUS) dokumenty, 18 razy – w uzasadnionych przypadkach (np. o dokumentację wystąpiła osoba nieupoważniona), odmówiono udostępnienia dokumentacji medycznej.

Dokumentację udostępniano najczęściej w formie kopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem. Jeden raz w 2015 r. osoba dokonała wglądu w dokumentację „na miejscu”. Oryginały dokumentacji udostępniono dwukrotnie w 2013 r. Prokuratura Rejonowa w Otwocku zwróciła dokumentację po ośmiu dniach, natomiast Prokuratura Rejonowa w Warszawie nie zwróciła²⁷ dokumentacji medycznej od 11 czerwca 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 416-431)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w latach 2013-2015 (do 31 marca) Szpital 30 razy wydał oryginały dokumentacji medycznej. Dwudziestu z nich do dnia 12 sierpnia 2015 r. nie zwrócono. Oryginały dokumentów wydano Sądom Okręgowym i Rejonowym, Prokuratorom Okręgowym i Rejonowym, Komendzie Rejonowej Policji, Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej. Szpital nie podejmował działań mających na celu wyegzekwowanie zwrotu oryginałów dokumentów. Przed wydaniem oryginału dokumentacji medycznej pozostawiono w swoim Archiwum Zakładowym kserokopię dokumentacji poświadczoną za zgodność z oryginałem.

(dowód: akta kontroli str. 463 - 468)

W latach 2013 do 2015 (do dnia 10 lipca) w Szpitalu przeprowadzono 65 kontroli, w tym: 30 w 2013 r., 23 w 2014 r. i 12 w 2015 r. W latach 2010 do 2012 przeprowadzono od 16 do 26 kontroli rocznie. Żadna z kontroli przeprowadzonych od 2010 roku nie obejmowała swym zakresem procedury udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 492-518)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Z informacji uzyskanych w toku kontroli wynika, że w Szpitalu zdarzały się przypadki zaginięcia dokumentacji medycznej i jak wyjaśniła Dyrektor SP CSK, w latach 2013 – 2015 (do 31 marca), z tego powodu nie udostępniono jej siedmiu wnioskującym podmiotom²⁸. Stanowiło to 0,2% złożonych wniosków w tej sprawie. Historie chorób nie zostały przekazane do Archiwum Zakładowego z Klinik: Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej (1), Neurologii (3), Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii (2), Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii (1). W związku z zagubieniem dokumentacji, wnioskodawcom udzielono informacji na temat rozpoznania na podstawie danych w elektronicznym systemie szpitalnym, udostępniono dokumentację z późniejszych pobytów pacjenta w Szpitalu, udostępniono odpis karty informacyjnej ze wszystkimi przeprowadzonymi badaniami. W trzech przypadkach nie udostępniono dokumentacji i poinformowano wnioskodawców, iż trwa postępowanie mające na celu jej odnalezienie.

(dowód: akta kontroli str. 463, 468-469)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala w badanym zakresie.

4. Załatwianie skarg pacjentów na trudności w dostępie do dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013 – 2015 (I kwartał) do Szpitala wpłynęły dwie skargi pacjentów dotyczące dokumentacji medycznej. Stanowiły one 1,8% wszystkich 113 skarg, jakie wpłynęły do Szpitala w tym okresie.

– W okresie luty – maj 2015 r. Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadził postępowanie wyjaśniające, w sprawie naruszenia praw pacjenta J.B. w związku z prowadzeniem dokumentacji medycznej i sposobem jej udostępniania przez Szpital. Pacjent poinformował Rzecznika, że w lipcu 2013 r. odmówiono mu udostępnienia dokumentacji medycznej prowadzonej przez Stację Hemodializ Kliniki Nefrologii (nie złożył wówczas formalnego pismego wniosku o udostępnienie dokumentacji, pomimo, iż został poinformowany o takiej formie postępowania). Wskazał także, że na początku 2014 r. działający w jego

²⁷ Do dnia 12 sierpnia 2015 r.

²⁸ W związku z zagubieniem, nie udostępniono wnioskowanej dokumentacji medycznej trzem pacjentom, firmie ubezpieczeniowej (1 dokumentacja), Sądom Rejonowym (3 dokumentacje).

imieniu adwokat wystąpił do Szpitala o wydanie kompletnej dokumentacji za pokwitowaniem odbioru. Szpital przygotował dokumenty, o które proszono. Następnie w styczniu 2015 r. pacjent próbował odebrać oryginał dokumentacji medycznej, jednak po wstępnej weryfikacji stwierdził, że w dokumentacji występuje szereg nieprawidłowości i nie odebrał jej.

W postępowaniu wyjaśniającym Rzecznik Praw Pacjenta nie potwierdziła zarzutów dotyczących nieprawidłowości w procedurze udostępniania dokumentacji. Stwierdziła²⁹ jednak naruszenie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. 1 w związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegające na jej prowadzeniu niezgodnie z przepisami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej (strony dokumentacji nie były ponumerowane i nie stanowiły chronologicznie uporządkowanej całości, karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz karta gorączkowa nie zawierały pieczętki oraz podpisu lekarza, na wynikach badań brak było nr PESEL pacjenta).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Szpitala podjął działania dyscyplinujące i pisemnie wystąpił do kierowników klinik zobowiązując ich do postępowania zgodnie z przepisami, zwracając szczególną uwagę na nieprawidłowości wskazane przez Rzecznika.

– W lutym 2015 r. wpłynęła skarga pacjentki wypisanej ze szpitala na nieścisłości w epikryzie Karty informacyjnej. Po wyjaśnieniu sprawy, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych uznał skargę za niezasadną, gdyż epikryza zawierała najistotniejsze informacje, sporządzona została na podstawie historii choroby i nie było podstaw do zmiany treści epikryzy.

(dowód: akta kontroli str. 519-564)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym zakresie.

5. Przygotowanie Szpitala do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Do lipca 2015 r. w Szpitalu nie został wdrożony system informatyczny do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, spełniający wymogi SIM.

Od 2007 r. Szpital posiada informatyczny system szpitalny CliniNET oraz system do rozliczeń z NFZ. Zrealizowano zakup infrastruktury sieciowej, zakupiono komputery i terminale oraz rozbudowano serwerownię, główną i zapasową. Od dnia 1 sierpnia 2014 r.³⁰, personel Szpitala mógł wypełniać w tym systemie podstawową dokumentację pacjenta, miał dostęp online do wyników badań radiologicznych i laboratoryjnych, mógł zlecać badania laboratoryjne (97% jednostek szpitala zlecenia te wykonuje się już tylko drogą elektroniczną).

Na dzień 8 lipca 2015 r. Szpital był w trakcie wdrożenia oprogramowania dla Przychodni i Apteki Centralnej z apteczkami oddziałowymi.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno Technicznych przewiduje, że Szpital będzie wystawiał recepty w postaci elektronicznej od 1 sierpnia 2016 r., a od 1 marca 2017 r. w Szpitalu mają być wystawiane elektroniczne skierowania i zlecenia na wyroby medyczne.

Planowany jest zakup modułu bloku operacyjnego w celu ułatwienia pracy personelu z dokumentacją pacjenta, który umożliwi personelowi kompleksowe opisanie operacji jak i zarządzanie blokiem operacyjnym.

Personel Szpitala wyposażony jest sukcesywnie w komputery i terminale niezbędne do pracy w systemie do obsługi systemu elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Sprzęt ten dostarczony został do większości jednostek korzystających ze zintegrowanego systemu do obsługi pacjenta i elektronicznej dokumentacji medycznej. Znacznym ograniczeniem tempa prac jest konieczność przeszkolenia liczego personelu medycznego,

²⁹ Pismo Rzecznika Praw Pacjenta RzPP-ZPR.431.90.2015.ANA z dnia 19.05.2015 r.

³⁰ Art. 58 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, nakładał obowiązek na podmioty lecznicze prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej od dnia 1 sierpnia 2014 r. Termin ten został jednak przedłużony do 1 sierpnia 2017 r. ustawą z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2014 r., poz. 998); ustawa weszła w życie z dniem 31 lipca 2014 r.

tj. ok. 800 lekarzy i ok. 1100 pielęgniarek, natomiast szkolenia prowadzone są – jak wyjaśniono – sukcesywnie i na bieżąco.

Proces informatyzacji prowadzony jest, jak wyjaśniono, zgodnie z możliwościami finansowymi. Szpital bezskutecznie starał się o dofinansowanie ze środków UE w ramach perspektywy finansowej 2007-2013³¹, a aktualnie stara się pozyskać fundusze niezbędne do prowadzenia dalszych prac wdrożeniowych w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020. Na mocy porozumienia z Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Szpital przystąpił do projektu „Wprowadzanie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia”, w ramach prowadzonego konkursu.

Szpital, do czerwca 2015 r., poniósł koszty dotyczące wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w kwocie ok. 4,5 mln zł. W związku z trwającymi pracami wdrożeniowymi Przychodni i Apteki Centralnej z apteczkami oddziałowymi, na podstawie podpisanych umów poniesione zostaną wydatki w latach 2015-2016 w kwocie ok. 3 mln zł. Pełne zainformatyzowanie i dostosowanie do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia będzie wiązało się z poniesieniem dodatkowych wydatków ok. 5 mln zł.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno Technicznych stwierdziła, że SP CSK podjął działania, aby termin ustawowy wdrożenia systemu informatycznego na dzień 1 sierpnia 2017 r. został dotrzymany.

(dowód: akta kontroli, str. 569-572)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od dokonania oceny działalności Szpitala w badanym zakresie, ponieważ w Szpitalu nie funkcjonował elektroniczny system informacji medycznej.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³², wnosi o:

1. Przestrzeganie obowiązku tworzenia dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z wymogami w tym zakresie, tj. rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej.
2. Zamieszczenie informacji o zasadach udostępnienia dokumentacji medycznej i opłacie za jej udostępnienie w widocznym miejscu w Szpitalu oraz na stronie internetowej Szpitala.
3. Zwiększenie nadzoru nad obiegiem dokumentacji w celu wyeliminowania przypadków zaginięcia dokumentacji medycznej w Szpitalu.
4. Bieżące przekazywanie dokumentacji medycznej z Kliniki Neurologii do Archiwum Zakładowego oraz zintensyfikowanie działań mających na celu przekazanie zaległej dokumentacji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie

³¹ Szpital znalazł się jedynie na liście rezerwowej beneficjentów.

³² Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 3 września 2015 r.

Kontroler
Teresa Zielińska
Główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis