



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 410.004.03.2015

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	Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95412 z dnia 27 maja 2015 r.
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Targówek, ul. Tykocińska 34, zwany dalej SZPZLO WT. ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Jakubowski, dyrektor.

(dowód: akta kontroli str.1-5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości² działalność kontrolowanej jednostki w zakresie tworzenia i udostępniania dokumentacji medycznej (DM).

Uzasadnienie oceny ogólnej

1. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów (karty zdrowia i choroby) była prowadzona w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, zawierała oznaczenie podmiotu i pacjenta, osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz datę dokonania wpisu, tj. zgodnie z wymogami § 10 ust. 1 pkt 1-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (dalej „rozporządzenie w sprawie DM”). Dokumentacja ta nie zawierała jednak pełnej, informacji o ogólnym stanie zdrowia pacjenta, m.in. o chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach, pobycie w szpitalu, zabiegach chirurgicznych oraz obciążeniach dziedzicznych, co było niezgodne z wymaganiami § 42 rozporządzenia w sprawie DM.

2. W badanym okresie (2013- I kw.2015) nie zapewniono właściwej organizacji procesu udostępniania DM. Spośród 90 badanych wniosków złożonych przez osoby fizyczne o udostępnienie DM w 39 przypadkach (43,3 %) niemożliwe było ustalenie czasu oczekiwania na wydanie dokumentacji, z powodu niewpisania daty

¹ W skład SZPZLO WT wchodzi: Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna, przy ul. Rembielińskiej 8, Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna przy ul. Łojewskiej 6, Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna przy ul. Poborzańskiej 6, Przychodnia Internistyczno-Pediatryczna przy ul. Tykocińskiej 34, Przychodnia Specjalistyczna dla Dzieci i Młodzieży, przy ul. Poborzańskiej 6, Przychodnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży przy ul. Balkonowej 4, Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny przy ul. Remiszewskiej 14 i Kompleks Basenów Rehabilitacyjnych przy ul. Balkonowej 2.

² 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

³ J.t. Dz.U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

złożenia wniosku lub daty wydania DM. Natomiast spośród badanych 90 wniosków złożonych przez osoby prawne o udostępnienie DM datę wpływu odnotowano tylko w 11 przypadkach (12,2%).

4. W Przychodniach zapewniono odpowiednie warunki przechowywania i zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, a także dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych.

5. Wdrożony w SZPZLO WT system informatyczny jest przygotowany do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej, jednakże bez możliwości przesyłania danych obrazowych z aparatury rtg do systemu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

1. Badaniem objęto po 30 kart historii zdrowia i choroby :

a) pacjentów⁴, przyjętych przez trzech lekarzy w Poradni Lekarza POZ dla dorosłych, przy ul. Tykocińskiej 34 w marcu 2015 r.,

b) pacjentów⁵ przyjętych przez czterech lekarzy w Poradni Kardiologicznej, przy ul. Łojewskiej 6 w marcu 2015 r.,

c) pacjentów⁶, przyjętych przez trzech lekarzy w Poradni Ortopedycznej, przy ul. Poborzańskiej 6 w marcu 2015 r.,

d) pacjentów⁷, przyjętych przez trzech lekarzy w Poradni Neurologicznej w Warszawie przy ul. Rembielińskiej 8 w marcu 2015 r.

Wszystkie ww. karty (120) miały ponumerowane strony (100%), wpisy były czytelne (100%), w porządku chronologicznym (100%), dwa błędne wpisy były skorygowane zgodnie z wymogami, w 119 kartach (99,2 %) wpisy były autoryzowane. Karty zawierały także wpisy o rozpoznaniu choroby, (100 %), opisy badania podmiotowego 120 kart (100 %) i opisy badania przedmiotowego 111 kart (92,5 %).

(dowód: akta kontroli str. 15-37)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Nie wszystkie karty historii zdrowia i choroby pacjentów były prowadzone rzetelnie, tj. zgodnie z wymogami określonymi w § 42 rozporządzenia w sprawie DM.⁸ Spośród 30 kart zdrowia i choroby pacjentów przyjętych w Poradni:

- a) Lekarza POZ, nie odnotowano informacji: w 2 (6,7%) o przebytych chorobach, w 3 (10%) o chorobach przewlekłych, w 17 (56,7%) o pobytach w szpitalu, w 23 (76,7%) o zabiegach lub operacjach, w 29 (96,7%) o obciążeniach genetycznych. Jeden wpis był nieautoryzowany. W jednej karcie wystawiono zlecenie do Poradni Neurochirurgicznej (w dniu 14.01.2014 r.), ale wyników badań nie dołączono. W 8 kartach brakowało informacji o badaniu przedmiotowym m.in. w ramach kwalifikacji pacjenta do szczepienia oraz omówienia wyników badań dodatkowych.

⁴ Osób w: wieku 45-65 lat, które korzystały ze świadczeń lekarza POZ w miesiącu marcu 2015 r. i złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ w tej jednostce po 1 stycznia 2013 r., z dokonaniem sprawdzenia wpisów w tych kartach od 1 stycznia 2013 r. do 31 marca 2015 r.

⁵ Osób w wieku 35-65 lat, które korzystały ze świadczeń lekarza w Poradni w marcu 2015 r.

⁶ Osób w wieku 35-65 lat, które korzystały ze świadczeń w Poradni w marcu 2015 r.

⁷ Osób w wieku 35-65 lat, które korzystały ze świadczeń w Poradni w marcu 2015 r.

⁸ Dz.U. 2014 r., poz. 177 ze zm.

- b) Kardiologicznej, nie odnotowano informacji: w 7 (23,3 %) o przebytych chorobach, w 15 (50 %) o pobycie w szpitalu, w 23 (76,7 %) o zabiegach lub operacjach, 30 (100 %) o obciążeniach genetycznych. W 4 kartach nie było informacji dla lekarza POZ, o której mowa w § 1 ust. 4 pkt. 6 rozporządzenia w sprawie DM, tj. o stanie zdrowia pacjenta, z powodu nie zakończenia diagnostyki u pacjentów.
- c) Ortopedycznej, nie odnotowano informacji: w 10 kartach (33,3 %) o przebytych chorobach, w 5 (16,7%) o chorobach przewlekłych, w 16 (53,3 %) o pobycie w szpitalu, w 24 (80%) o zabiegach operacyjnych, w 30 (100%) o obciążeniach genetycznych. Ponadto stwierdzono dwa przypadki (6,7 %) braku adnotacji o przekazaniu lekarzowi POZ informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy.
- d) Neurologicznej, nie odnotowano informacji: w 3 kartach (10 %) o przebytych chorobach, w 1 (3,3 %) o chorobach przewlekłych, 15 (50 %) o pobycie w szpitalu i 20 (66,7%) o zabiegach operacyjnych, w 30 kartach (100 %) o obciążeniach genetycznych. Ponadto w 14 kartach (46,7 %) nie było adnotacji o przekazaniu lekarzowi POZ informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy. W jednej karcie nie było opisu badania przedmiotowego.

(dowód: akta kontroli str.15-18, 22-30)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Do obowiązków lekarza należy m.in. prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁹) w sposób określony przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰ i rozporządzenia w sprawie DM¹¹. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie DM, historia zdrowia i choroby w części ogólnej zawiera (§ 42 ust. 3, pkt 1-7) dane z wywiadu lekarskiego, w szczególności m.in. o przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach i obciążeniach dziedzicznych. Ta część winna być wypełniana podczas zakładania karty zdrowia, w trakcie pierwszej wizyty pacjenta w Poradni, a następnie uzupełniana, w przypadku gdy przebywał w szpitalu, rozpoznano u niego chorobę przewlekłą czy miał wykonany zabieg operacyjny. Ponadto ta część historii zdrowia powinna być aktualizowana przynajmniej raz do roku lub częściej, jeśli istnieją do tego wskazania. Ma to znaczenie, jeśli z DM korzysta więcej niż jeden lekarz – pozwala to na szybkie zorientowanie się w głównych problemach zdrowotnych pacjenta, a także zredukować ryzyko nierozpoznania początkowo asymptomatycznych stanów chorobowych, jak również w przyszłości będzie możliwa ocena progresji choroby lub efektów leczenia, porównując aktualny stan pacjenta z wynikiem pierwszego badania¹². Karta w części dotyczącej porad ambulatoryjnych powinna zawierać (§ 42 ust. 4 pkt 1-9) m.in. dane z wywiadu i badania przedmiotowego, adnotacje o zleconych zabiegach, wyniki badań diagnostycznych oraz opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa SZPZLO WT, podał że z wyjaśnień otrzymanych od lekarzy wynika, że przyczyną uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej było przeoczenie, gdyż lekarze bywają przemęczeni udzielając codziennie wielu porad pacjentom zapisanym na wizyty planowe i zgłaszającym się w trybie pilnym (bywa ponad 35 pacjentów dziennie). Wszyscy lekarze zatrudnieni w SZPZLO WT otrzymali w maju 2012 r. pisemną informację o prowadzeniu dokumentacji zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie DM. W celu zminimalizowania ww. uchybień w SZPZLO zamierza się wprowadzić do druku „Historia zdrowia i choroby” w części „Wywiad” zapis przypominający o konieczności wpisywania wszystkich wymaganych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 9)

⁹ Dz.U z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.)

¹⁰ Dz.U. 2012 r., poz. 742 ze zm.

¹¹ Dz.U. 2014 r., poz. 177.

¹² Dokumentacja medyczna. Tomasz Banaś i inni. Red. Piotr Pochopień. Wolters Kluwer. Polska, 2012 r.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zakresie prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej.

2. Ocena organizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej (DM).

Opis stanu
faktycznego

1. Dyrektor SZPZLO WT zarządzeniem z dnia 16 marca 2012 r. i 29 grudnia 2014 r. wprowadził regulamin dotyczący m.in. udostępniania DM. Od 29 grudnia 2014 r. określono m.in., że regulamin dotyczy wszystkich osób zatrudnionych oraz że DM prowadzona jest w postaci papierowej i elektronicznej. Za bieżącą aktualizację wysokości opłat i przekazywanie jej do wiadomości kierowników jednostek odpowiedzialny jest dział statystyki medycznej oraz że kierownicy jednostek są zobowiązani do cyt. „podawania ich do wiadomości pracowników i interesantów w sposób zwyczajowo przyjęty w SZPZLO WT”, czyli jak wyjaśnił Dyrektor SZPZLOWT - ogłaszana jest na tablicy ogłoszeń lub przy rejestracjach.

2. W regulaminie organizacyjnym¹³ SZPZLO W-T obowiązującym od 18 czerwca 2012 r. określono m.in., że maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę wyciągu lub odpisu DM wynosi 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia¹⁴, a za jedną stronę kopii 0,00015 ww. wynagrodzenia. Ustalona wysokość tych opłat była niższa od maksymalnej określonej w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵, wynoszącej odpowiednio 0,0002 i 0,002 wynagrodzenia o którym mowa w przepisie 13.

(dowód: akta kontroli str. 119-132,181-182, 336,351)

Informacja o wysokości opłat była przekazywana przez Kierownika ds. Statystyki do wszystkich Poradni SZPZLO i zamieszczana na tablicy ogłoszeń. Wysokość opłat z tytułu udostępnienia DM wyniosła przykładowo w I kw. 2013 r. – 5,50 za jedną stronę wyciągu lub odpisu, a za jedną stronę kopii DM – 0,50 zł, a w I kw. 2015 r. odpowiednio 5,80 i 0,58 zł i była sukcesywnie uaktualniana. SZPZLO WT rejestruje opłaty z tytułu udostępniania dokumentacji medycznej przy pomocy kas fiskalnych znajdujących się we wszystkich placówkach Zespołu i ewidencjonuje na oddzielnym koncie księgowym. Wysokość opłat za wydanie DM wyniosła ogółem w: 2013 r. -315,10 zł, w 2014 r. -324,12 zł, a w 2015 r. (I kw.) -109,62. W regulaminie nie określono czasu, w jakim DM winna być udostępniona wnioskującemu od czasu złożenia wniosku w tej sprawie. Dyrektor SZPZLO W-T wyjaśnił, że cyt. „Przyjęto zasadę, że dokumentację wydaje się niezwłocznie lub z datą, na którą strony się umówiły” oraz że oryginały DM były wydawane sporadycznie na wniosek Sądu Lub Prokuratury. Oryginał przed wysłaniem jest kserowany, a kopia pozostaje w Przychodni. Dokumentacja jest wysyłana listem poleconym z potwierdzeniem odbioru. Do dokumentacji dołącza się pismo przewodnie o odesłaniu dokumentów, niezwłocznie po wykorzystaniu. Dotychczas nie zdarzyło się aby oryginał DM nie został zwrócony lub zniszczony.

(dowód: akta kontroli str.190,226-227,249-261,336)

¹³ Stanowiącym załącznik do zarządzenia nr 29/2012 dyrektora SZPZLO z dnia 18 czerwca 2012 r.

¹⁴ W poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.

3. Sposób zabezpieczenia dokumentacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych dyrektor SZPZLO WT uregulował w zarządzeniu z :

a) 16 marca 2012 r. cyt. m.in. „dokumentacja jest przechowywana w szafach pancernych lub kartotekowych, zamykanych na klucz, do których dostęp posiadają tylko osoby upoważnione”,

b) 7 sierpnia 2012 r. w którym ustalono Politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych SZPLZO, w tym m.in.:

-do pomieszczeń, gdzie znajdują się stacje robocze dostęp mają wyłącznie osoby posiadające imienne upoważnienie od administratora danych (dyrektora SZPLZO). W pomieszczeniach w których stoi serwer i komputery zawierające dane osobowe i kartoteki osobowe pacjentów są okratowane okna i wzmocnione drzwi wejściowe, dostęp do kluczy mają pracownicy Działu Informatyki, ochronę przed awarią zasilania zapewniają zasilacze UPS, kartoteki papierowe znajdują się w meblowych szafach, zamykanych na zamki w pokojach w których przetwarzane są dane osobowe. Kopie bezpieczeństwa centralnych baz danych są przechowywane w dwóch różnych budynkach SZPZLO WT a dostęp do nich mają tylko uprawnione osoby,

-zalogowanie do systemu wymaga podania nazwy użytkownika i hasła; każdy użytkownik ma przypisane uprawnienia do wykonywania operacji, wykorzystywany jest system szyfrowania danych, stosuje się aktywną ochronę antywirusową w czasie rzeczywistym, wykonywane są kopie bezpieczeństwa na nośnikach magnetycznych.

c) 29 grudnia 2014 r. w którym ustalono m.in., że cyt. „dokumentacja jest przechowywana w szafach pancernych lub kartotekowych, zamykanych na klucz, do których dostęp posiadają tylko osoby upoważnione”, oraz zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej (zachowania w tajemnicy posiadanych haseł i kont i ich zmiany, co najmniej raz na miesiąc, wynoszenia sprzętu i oprogramowania poza siedzibę SZPZLO, prowadzenie DM w formie elektronicznej w systemie teleinformatycznym zapewniającym m.in. zabezpieczenie przed uszkodzeniem lub utratą, stały dostęp tylko dla osób uprawnionych, identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych).

(dowód: akta kontroli str. 122,124, 129, 279-287)

Oględziny pomieszczeń w dniu 8 lipca 2015 r. w trzech budynkach w których znajdowały się serwery do obsługi informatycznej SZPZLO WT zawierające m.in. dane medyczne pacjentów wykazały że:

- a) w pomieszczeniach, w których znajdowały się serwery, zamontowane były metalowe drzwi i okratowane okna,
- b) ochronę przed awariami oraz zakłóceniami w sieci energetycznej serwerów zapewniły zasilacze UPS,
- c) pomieszczenia były wyposażone w zamykane szafy,
- d) kopie bezpieczeństwa centralnych baz danych przechowywane były w dwóch różnych budynkach SZPZLO WT,
- e) każde pomieszczenie było wyposażone w klimatyzację,
- f) budynki są dozorowane.

Dla zapewnienia poufności, integralności i sporządzania danych w systemie informatycznym SZPZLO WT stosuje m.in.: logowanie do systemu, szyfrowanie hasła, system zapory ogniowej na routerach i na stacjach roboczych oraz ochronę antywirusową, sprawdzanie kopii bezpieczeństwa pod względem przydatności do odtworzenia danych, wymuszenie sytemowe zmiany hasła po 30 dniach, szyfrowanie aplikacji medycznych, przeszkolenie pracowników przed podjęciem

pracy w zakresie bezpieczeństwa danych i podpisania oświadczenia o znajomości i przestrzeganiu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych. W sześciu Przychodniach SZPZLO WT, dokumentacja medyczna przechowywana jest w Rejestracji, w metalowych zamykanych szafach.

(dowód: akta kontroli str. 187-189, 191-192)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1) W badanym okresie nie prowadzono rejestru podmiotów (np. Sądy, ZUS i inne organy) występujących o udostępnienie DM oraz podmiotów, którym ją udostępniono. Korespondencja (wnioski o udostępnienie DM) kierowana do SZPZLO WT była wkładana do segregatorów, a w zeszycie odnotowywano datę wysłania DM.

2) W poszczególnych Przychodniach SZPZLO WT stosowano różne zasady ubiegania się pacjentów o udostępnienie im DM. W Przychodni przy ul. Rembielińskiej 8, Poborzańskiej 6, Tykocińskiej 34 dokumentacja miała być wydawana na podstawie „Rejestru” w którym winno być odnotowane: imię i nazwisko osoby ubiegającej się o DM, nazwa poradni wydającej DM, data odbioru z zaznaczeniem oryginał/ ksero, dokument tożsamości osoby odbierającej i jej podpis, a w Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym przy ul. Remiszewskiej 14 w „Rejestrze” winny być odnotowane m.in. dane pacjenta, potwierdzenie odbioru DM, liczba stron, opłata za DM, podpis osoby udostępniającej DM. Analiza Rejestrów wykazała, że nie wszystkie pozycje były wypełniane.

Dyrektor SZPZLO WT wyjaśnił m.in., że dyrekcja pozostawiła kierownikom w poszczególnych jednostkach, dowolność w sposobie udostępniania DM pacjentom. W związku z ustaleniami kontroli w tym zakresie, Dyrektor wydał z dniem 15 lipca 2015 r. zarządzenie wprowadzające we wszystkich jednostkach organizacyjnych SZPZLO WT wzór wniosku o udostępnienie DM i wzór rejestru wydanej DM.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Ocena cząstkowa

3. Ocena realizacji zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

1. W latach 2013-2015 możliwość potwierdzania kopii udostępnianej DM za zgodność z oryginałem DM na podstawie upoważnienia dyrektora posiadało 17 osób (m.in. kierownik ds. statystyki medycznej, kierownicy lub z-cy jednostek SZPZLO W-T, 6 pielęgniarek) oraz – jak wyjaśnił Dyrektor SZPZLO WT- również personel medyczny tworzący DM (lekarz, psycholog, psychoterapeuta, logopeda itp.), a udostępniać pacjentom przygotowaną DM może także personel rejestracji. Do kierownika statystyki medycznej należała współpraca z Prokuraturą, Sądami, ZUS i firmami ubezpieczeniowymi w zakresie udostępniania DM.

(dowód: akta kontroli str.221, 223, 229-248, 345)

2. Liczbę złożonych i zrealizowanych wniosków o udostępnienie DM przedstawiono w poniższej tabeli:

Liczba wniosków o udostępnienie DM	2013		2014		2015 (I kw.)	
	Przez pacjentów lub upow. osoby	Inny podmiot	Przez pacjentów lub upow. osoby	Inny podmiot	Przez pacjentów lub upow. osoby	Inny podmiot
Ogółem	411	169	471	183	173	36
Zrealizowanych pozytywnie	411	169	471	183	173	36

3. Wszystkie wnioski objęte kontrolą o udostępnienie DM (180 spośród 1443 złożonych) zostały zrealizowane. Najczęstszymi przyczynami złożenia wniosku o udostępnienie DM w przypadku osób prawnych (spośród 90 wniosków zbadanych) było: prowadzone przez ZUS postępowanie orzecznicze w sprawie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, postępowanie sądowe (m.in. odszkodowanie za utratę zdrowia, przywróceniem do pracy, wypadek przy pracy) i postępowanie prowadzone przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Pacjenci najczęściej zwracali się o wydanie dokumentacji z poradni rehabilitacyjnej, alergologicznej i kardiologicznej. W każdym zbadanym przypadku (180) DM była udostępniana w formie kserokopii.

4. Procedura udostępniania DM w latach 2013 – 2015 (I kw.) nie była przedmiotem nadzoru i kontroli przez MZ, NFZ lub inny organ.

(dowód: akta kontroli str. 67-117, 307-309, 314-323)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Spośród 17 pracowników SZPZLO WT, których w latach 2013-2015 upoważniono do potwierdzania za zgodność z oryginałem DM¹⁶ dwie osoby nie były przeszkolone, w zakresie ochrony danych osobowych, a 13 przeszkolono w latach 2005-2010 (według stanu na dzień 11 czerwca 2015).

Dyrektor SZPZLO WT wyjaśnił, że dwie osoby zostaną odsunięte od wydawania pacjentom DM i przeszkolone do dnia 31 sierpnia 2015 r., a pozostałe będą przeszkolone według aktualnych przepisów, w ww. terminie.

2. SZPZLO WT nie posiadał informacji o liczbie złożonych przez pacjentów wniosków i liczbie udostępnionej DM w badanym okresie przez Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny przy ul. Remiszewskiej 14. W tym Ośrodku funkcjonuje 6 poradni i pracownia fizjoterapii dla dorosłych. Kierownik ds. Statystyki Medycznej wyjaśniła, że Ośrodek wydaje DM na podstawie zgłoszenia, które po wypełnieniu i wydaniu pacjentowi dokumentacji, zamieszczane jest w jego karcie oraz zestawienie danych nie jest możliwe ze względu na dużą liczbę historii choroby znajdujących się w placówce.

Dyrektor SZPZLO WT, wyjaśnił, że dyrekcja dopuściła taki sposób prowadzenia DM, bowiem żaden przepis nie reguluje formy prowadzenia DM, jednakże od 15 lipca 2015 r. wszystkie jednostki SZPZLO WT zobowiązano do prowadzenia rejestru wydanej DM według określonego wzoru.

(dowód: akta kontroli str. 221, 223-224, 229-248, 311-312, 325, 329, 351)

3. SZPZLO w latach 2013-2015 nierzetelnie prowadził rejestr udostępniania DM osobom fizycznym. Badanie wybranych losowo 90 wniosków (po 30 z poszczególnych lat objętych kontrolą) dotyczących pacjentów Przychodni przy ul. Łojewskiej 6 wykazało że:

a) w 2013 r. - w 16 przypadkach niemożliwe było ustalenie czasu oczekiwania na wydanie dokumentacji, z powodu niewpisania daty złożenia wniosku lub daty wydania dokumentacji, a w 4 nie podano formy udostępnienia dokumentacji (oryginał/ ksero),

b) w 2014 r. - w 12 przypadkach niemożliwe było ustalenie czasu oczekiwania pacjentów na wydanie dokumentacji, z powodu niewpisania daty złożenia wniosku lub daty wydania dokumentacji, a w 2 nie podano formy udostępnienia dokumentacji (oryginał/ ksero);

¹⁶ W formie papierowej kopii.

c) w I kwartale 2015 r. - w 11 przypadkach niemożliwe było ustalenie czasu oczekiwania pacjentów na wydanie dokumentacji z powodu niewpisania daty złożenia wniosku lub daty wydania dokumentacji, a w jednym przypadku nie podano formy udostępnienia dokumentacji (oryginał/ ksero).

Dyrektor SZPZLO wyjaśnił m.in., że wprowadzony nowy rejestr zawiera m.in. datę złożenia wniosku, datę i godz. umówionego terminu odbioru DM oraz datę i godz. faktycznego jej wydania.

(dowód: akta kontroli str. 307-310,314-323,326-327, 330-332,335-340)

4. W Sekretariacie SZPZLO WT (przy ul. Tykocińskiej 34), nie odnotowuje się daty wpływu wszystkich wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej złożonych przez inne podmioty (Sądy ZUS, itp.) niezależnie od tego czy wniosek wpłynął wcześniej do innych Przychodni SZPZLO WT (a następnie do Sekretariatu), czy bezpośrednio do Sekretariatu. Spośród zbadanych 90 wniosków o udostępnienie DM (po 30 z poszczególnych lat objętych kontrolą), które wpłynęły do Zespołu:

a) w 2013 r., datę wpływu wniosku odnotowano tylko w 7 przypadkach (w 23 brakowało daty),

b) w 2014 r., datę wpływu odnotowano tylko w 4 przypadkach,

c) w I kwartale 2015 r., datę wpływu odnotowano tylko w 1 przypadku.

Dyrektor SZPZLOWT wyjaśnił m.in., że wnioski o udostępnienie DM przekazywane są przez podmioty zarówno do sekretariatu (SZPZLO WT – uwaga kontrolera), jak też do innych placówek SZPZLO i osoby upoważnione mają obowiązek dotrzymania terminu zawartego we wniosku. Z uwagi na różne miejsca wpływu wniosków, nie ma możliwości, aby były one rejestrowane w sekretariacie, ponieważ data wpływu z placówki nie będzie datą wpływu do SZPZLO oraz, że Zakład rozważy możliwość odrębnego wpisywania daty wpływu przez osoby odbierające korespondencję zarówno w placówkach, jak i w komórce statystyki.

(dowód: akta kontroli str. 331-332,352-446)

5) Nie zawsze DM była udostępniana innym podmiotom bez zbędnej zwłoki. Spośród zbadanych 90 wniosków (po 30 z każdego roku) stwierdzono::

a) Sąd Rejonowy W-wa Praga Północ Wydział Pracy i Ubezpieczeń, zwrócił się pismem z 26 kwietnia 2013 r. do Poradni Neurologicznej przy ul. Rembielińskiej 8 o pilne przesłanie historii choroby w celu ustalenia stopnia niepełnosprawności pacjenta. Daty wpływu wniosku nie odnotowano. Dokumentację wysłano 20 maja 2013 r. (tj. 24 dni od daty sporządzenia wniosku),

b) Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieście, pismem z 10 lipca 2014 r., zwrócił się do Przychodni przy ul. Poborzańskiej 6 o przesłanie historii choroby pacjenta w związku z jego powództwem przeciwko zakładowi ubezpieczeń, co nie zostało wykonane. Sąd, pismem z 2 września 2014 r, ponownie zwrócił się o jej nadesłanie w terminie 3 dni, pod rygorem grzywny. Dokumentację wysłano 5 września 2014 r. Od daty sporządzenia pierwszego pisma przez Sąd do daty wysłania żądanej dokumentacji do Sądu upłynęło 57 dni.

c) ZUS II O/W-wa Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, zwrócił się pismem z dnia 7 sierpnia 2014 r. o udostępnienie dokumentacji (brak daty wpływu). Dokumentację SZPZLO WT przesłał 10 września 2014 r. (od daty sporządzenia pisma przez ZUS do daty wysłania przez SZPZLO WT upłynęły 34 dni),

d) Pismo ZUS II O/W-wa Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w sprawie dokumentacji medycznej wpłynęło do SZPZLO w dniu 6 marca 2014 r., a dokumentację przesłano w dniu 27 marca 2014 r., tj. po 21 dniach,

e) ZUS II O/W-wa Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, zwrócił się pismem z dnia 21 stycznia 2014 r. o przekazanie dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta. Dokumentację wysłano 10 lutego 2014 r. Od daty sporządzenia wniosku do daty wysłania upłynęło 20 dni,

f) Towarzystwo Ubezpieczeniowe zwróciło się pismem z dnia 27 stycznia 2015 r. o przesłanie w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma, dokumentacji wskazanego zmarłego pacjenta w celu realizacji roszczenia ubezpieczeniowego. Daty wpływu pisma do SZPZLO WT nie odnotowano. Dokumentację wysłano 25 lutego 2015 r., tj. 29 dni od daty sporządzenia pisma.

Dyrektor SZPZLO wyjaśnił m.in., że: odnośnie wniosków ZUS, których okres realizacji wyniósł 34, 21 i 20 dni, zebranie danych wymagało dodatkowych czynności (archiwum), co wydłużyło czas przesłania DM; wniosek Sądu z 10 lipca 2014 r. dotarł w okresie urlopowym, kiedy w pracy była tylko jedna osoba upoważniona do sporządzenia kserokopii DM, która w wyniku wypadku trafiła do szpitala. Po przesłaniu upomnienia przez sąd DM została niezwłocznie przesłana. Wniosek Towarzystwa Ubezpieczeniowego wymagał zwrócenia się o dodatkowe informacje od lekarzy POZ, którzy brali udział w procesie leczenia wskazanego pacjenta.

W ocenie NIK, w myśl § 78 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM, podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom upoważnionym bez zbędnej zwłoki. Można przyjąć, że nie jest konieczne przekazanie dokumentacji natychmiast po złożeniu wniosku przez osobę upoważnioną, jednakże zobowiązany podmiot powinien uczynić to jak w najkrótszym czasie.¹⁷

(dowód: akta kontroli str.314-323, 332)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

4. Ocena sposobu załatwiania skarg pacjentów na trudności w dostępie do dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

W okresie 2013 – I kw. 2015 do SZPZLO wpłynęła jedna skarga pacjenta na trudności w udostępnieniu DM. Pacjent w skardze wniesionej 4 lipca 2014 r. poinformował m.in., że, zgłosił się wraz z matką w dniu 30 czerwca 2014 r. ok. godz. 13.30 do Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej przy ul. Łojewskiej 6 w Warszawie z prośbą o odpis karty medycznej. W rejestracji został poinformowany, że odpis zostanie wydany w dniu 4 lipca po godz. 12.00. W oznaczonym dniu i godzinie zgłosił się razem z matką po odbiór, jednakże został poinformowany, że dokumentacja będzie przygotowana do odbioru po godz. 16.00. Matka (lat 80) poinformowała rejestratorkę, że nie może czekać, bo jest zapisana do lekarza i potrzebuje leków na nadciśnienie.

Dyrektor SZPZLO W-T w odpowiedzi na skargę (pismem z 4 sierpnia 2014 r.) poinformował m.in., że rejestratorka, która przyjęła zgłoszenie o przygotowanie

¹⁷ Rafał Kubiak. Udostępnianie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej. Medycyna Praktyczna 2/2014.

dokumentacji, przyszła 4 lipca 2014 r. do pracy o godz. 13.00 i być może mogła wcześniej (bez oczekiwania) wykonać kserokopię dokumentacji, jednakże nie była pewna czy jej koleżanka wcześniej tego nie uczyniła i przeprosił za zaistniałą sytuację.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W dokumentacji poradni wpisano datę odbioru DM o której wyżej mowa, bez określenia godziny odbioru, co mogło przyczynić się do powstania sytuacji opisanej w skardze. Dyrektor SZPZLO WT od 15 lipca 2015 r. wprowadził Rejestr udostępniania DM pacjentom, zawierający m.in. rubrykę „Data i godzina umówionego terminu odbioru kserokopii dokumentacji medycznej”.

(dowód: akta kontroli str. 118, 220, 337,340)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

5. Ocena przygotowania do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej.

Opis stanu
faktycznego

Wdrożony w 2010 r. system informatyczny do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej Medicus On Line, wersja A2015042_35, którego producentem jest firma Atende Medica, umożliwia prowadzenie w postaci elektronicznej następującej dokumentacji:

- a) indywidualna zewnętrzna -17 dokumentów m.in: recepta, zlecenie na wyroby medyczne, skierowanie na badania, skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne, opinia lekarska, informacja dla lekarza kierującego
- b) indywidualna wewnętrzna - 9 dokumentów m.in: historia choroby, deklaracja POZ, oświadczenie/upoważnienie, bilanse, wyniki badań,
- c) zbiorcza wewnętrzna - 17 dokumentów, m.in: raport statystyczny z wykonania badań POZ, POZ: Deklaracje, Porady, Kolejki, Faktury, Karty MZ (06,12,13,14, 15,19,24, 35A, 55),
- d) zbiorcza wewnętrzna – raport punktów pobrań.

System umożliwia wystawianie m.in. zleceń, skierowań, historii choroby, recept, zapotrzebowani, upoważnień, zaświadczeń orzeczeń oraz umożliwia rozliczenia z NFZ.

W trakcie kontroli wygenerowano z systemu następujące dokumenty pacjenta: raport wizyta, informację dla lekarza kierującego POZ, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, oświadczenie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, historie choroby, skierowanie do punktu pobrań, receptę, skierowanie do szpitala, skierowanie do poradni specjalistycznej. Wydruki tych dokumentów zawierały informacje o których mowa w dokumencie „Reguły biznesowe i walidacyjne określające strukturę dokumentów medycznych (eRecepta, eSkierowanie i eZlecenie) przetwarzanych na platformie P1” który został opublikowany przez CSIOZ.¹⁸

Spośród 122 lekarzy zatrudnionych w SZPZLO WT, na koniec I kw. 2015 r., ośmiu nie prowadziło DM w wersji elektronicznej. Lekarze ci zostali poinformowani konieczności nabycia niezbędnych umiejętności obsługi komputerów, które znajdują się we wszystkich gabinetach lekarskich.

¹⁸ Na podstawie § 3 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej.

Po ogłoszeniu standardów zapisywania i przechowywania plików DM oraz standardu przekazywania DM – jak wyjaśnił dyrektor - system zostanie zmodyfikowany i będzie wykorzystywany do prowadzenia pełnej dokumentacji w wersji elektronicznej.

Zakończenie wdrożenia systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie dokumentacji wyłącznie w postaci elektronicznej i połączenie SIM planowane jest w II połowie 2016 r. Dyrekcja SZPZLO WT planuje dostosowanie systemu rtg do przesyłania danych do SIM w I-II kw. 2016 r. poprzez zakup ucyfrowienia do aparatury rtg wraz z integracją z obecnym systemem medycznym. Szacowany koszt to 500-600 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.185-186,194-215,221,228, 325, 328-329,330)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

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 Kontroli¹⁹, wnosi o:

1. Rzetelne prowadzenie historii zdrowia i choroby pacjentów, zgodnie z wymogami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa,
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki,
3. Wprowadzenie do druku „Historia zdrowia i choroby” funkcjonującego w systemie informatycznym SZPZLO WT, w części wywiad zapisu przypominającego o konieczności wpisywania wszystkich informacji wymaganych prawem.
4. Udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób umożliwiający ustalenie daty wpływu wniosku i daty jej udostępnienia.
5. Przeprowadzenie szkoleń pracowników, których upoważniono do udostępniania dokumentacji medycznej, w zakresie przepisów ochrony danych osobowych.

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

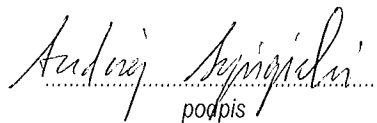
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

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.

¹⁹ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami

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 28 sierpnia 2015 r.

Kontroler
Andrzej Szpigielski
Główny Specjalista Kontroli Państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis/wasilewski

