



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.004.02.2015

P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/15/061 – Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia
<i>Kontrolerzy</i>	Maria Gostyńska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 95411 z dnia 18 maja 2015 r. Krzysztof Barej, gł. specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr 95410 z dnia 18 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1- 4)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecnicze Sp. z o.o.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Barbara Misińska, Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ocenia¹ działalność Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Lecniczego Sp. z o.o. (zwanego w dalszej części także „Spółką lub SCOL”) w zakresie tworzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie oceny

Ocena NIK została sformułowana na podstawie wyników kontroli procesu organizacji i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów wnioskodawcom oraz wyników kontroli dokumentacji medycznej 40 pacjentów ZOL przy ul. Szubińskiej 4².

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecnicze Sp. z o.o. działa zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, regulaminem organizacyjnym oraz innymi przepisami dotyczącymi ochrony zdrowia, na podstawie umowy zawartej z Mazowieckim OW NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w opiece długoterminowej³.

W skład Spółki wchodzi trzy zakłady opiekuńczo lecznicze, tj.

- ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 (450 miejsc);
- ZOL przy ul. Olchy 8 (170 miejsc);

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeśli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali nie dawałoby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnienie o dodatkowe objaśnienie.

² 20 pacjentów przebywających aktualnie w ZOL oraz 20 wypisanych z niego przed 31 grudnia 2014 r.

³ Umowy 07R-1-01449-14-01-2012-2014/14, 07R-1-01449-14-01-2012-2016/15 z 23.12.2013 r., (...)14-11-2012-2016/15 z 23.12.2013 r.,

- ZOL przy ul. Szubińskiej 4 (110 miejsc),
które do czasu przekształcenia ich w Spółkę były samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. SCOL posiada łącznie 730 miejsc dla pacjentów⁴.

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Do badania dokumentacji medycznej wybrano historie choroby 20 pacjentów przebywających w ZOL do 31 grudnia 2014 r. przez co najmniej 6 miesięcy (tj. 18,2%) spośród 110 wypisanych/ zmarłych do tego czasu oraz 20 pacjentów przebywających aktualnie w ZOL co najmniej od 3 miesięcy (tj. 18,2%) spośród 110 aktualnie przebywających.

1.1. Historie choroby pacjentów przebywających aktualnie w ZOL

We wszystkich kartach historii choroby pacjentów podawano datę ich przyjęcia do ZOL, dane z wywiadu lekarskiego, dane z badania przedmiotowego. Natomiast tryb, w jakim przyjęto pacjenta podano w 19 kartach (95%) i rozpoznanie wstępne również w 19 kartach (95%).

W 19 kartach pierwszego wpisu dotyczącego stanu zdrowia pacjenta dokonano w dniu przyjęcia pacjenta do ZOL, a w jednej karcie na drugi dzień po przyjęciu.

We wszystkich kartach częstotliwość wpisów lekarskich (lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem lub lekarza dyżurnego) wynosiła od 2 do 5 dni (średnio 3,41 dnia).

Trzynastu pacjentów przebywało w ZOL od 6 do 24 miesięcy, 7 powyżej 24 miesięcy.

We wszystkich kartach wpisy były czytelne, dokonane chronologicznie, poszczególne strony kart historii choroby były ponumerowane. Do historii choroby dołączone były wyniki badań lekarskich i konsultacji, wyniki obserwacji stanu zdrowia (karty obserwacji), informacje o zleceniach lekarskich i ich wykonaniu (karty zleceń lekarskich), informacje dotyczące pielęgnowania pacjenta (karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej).

(Dowód: akta kontroli, str. 98 – 118, 267)

Ustalone
nieprawidłowości

W jednej karcie stwierdzono brak wpisu rozpoznania wstępnego przez lekarza przyjmującego pacjenta do ZOL, w jednej karcie nie wpisano trybu w jakim pacjent został przyjęty, w 10 kartach w opisie badania przedmiotowego nie uwzględniono wagi i/ lub wzrostu. W trzech kartach stwierdzono po jednym przypadku, że lekarze dokonując korekty błędnych wpisów, nie autoryzowali ich. W dwóch kartach stwierdzono po dwa przypadki nie autoryzowania wpisów lekarskich. W trzech kartach pacjentów nie było adnotacji dotyczącej upoważnienia pacjenta do udostępnienia DM wskazanym osobom, w jednej z tych kart brakowało również adnotacji o upoważnieniu do informowania o stanie zdrowia.

Kierownik Zakładu wyjaśnił, że „lekarze prowadzący pacjentów przez nieuwagę nie dokonali autoryzacji wpisów. (...) Z uwagi na fakt, że do zakładu przyjmowani są pacjenci w ciężkich stanach klinicznych, leżący, nie zawsze istnieje możliwość dokonania właściwego pomiaru wzrostu oraz wagi ciała. (...)”. Ponadto wyjaśnił, że w karcie nie dokonano wpisu w rozpoznaniu wstępnym, ponieważ „nie mogłem od razu różnicować zespołu otępiennego od zespołu otępiennego w chorobie Alzheimera”.

Kierownik Zakładu wyjaśniając nieprawidłowości dotyczące upoważnień do DM pacjentów stwierdził, że „pacjenci samotni nie mających bliskiej rodziny świadomie nie wskazywali osób do informowania o ich stanie zdrowia oraz nie upoważniali nikogo do DM”.

(Dowód: akta kontroli, str. 217 – 219, 269)

⁴ <http://senioralna.um.warszawa.pl/wsparcie-dla-senior-w-zasady-kwalifikacji-do-zak-ad-w-opieku-czo-leczniczych>

W jednej karcie stwierdzono w jednym przypadku, że przerwa we wpisach wynosiła powyżej 14 dni. Kierownik ZOL wyjaśnił, że spowodowane to było nieobecnością w tym okresie lekarza prowadzącego (urlop), pozostali lekarze, którzy w tym czasie w zastępstwie kontynuowali opiekę nad pacjentem nie dokonywali wpisów w historii choroby „przez przeoczenie”.

1.2. Historie choroby pacjentów przebywających w ZOL do 31 grudnia 2014 r.

Opis stanu
faktycznego

We wszystkich kartach historii choroby (20) podano datę i tryb przyjęcia pacjenta do ZOL, rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego oraz dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego.

W 16 kartach (80%) pierwszego wpisu dokonano w dniu przyjęcia pacjenta do ZOL, w dwóch - na drugi dzień po przyjęciu i w dwóch - powyżej dwóch dni. Szesnastu pacjentów przebywało w ZOL od 6 do 24 miesięcy, czterech powyżej 24 miesięcy.

Częstotliwość wpisów lekarskich (lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem lub lekarza dyżurnego) wynosiła od 2 do 5 dni, poza dwoma kartami, gdzie stwierdzono po jednym przypadku, że przerwa we wpisach wynosiła powyżej 14 dni, co spowodowane było pobytem pacjentów w szpitalu. Średnio wpisów dokonywano co 3,1 dnia.

We wszystkich przypadkach wpisy były czytelne, dokonane chronologicznie. Poszczególne strony kart chorobowych były ponumerowane. W kartach podane było rozpoznanie kliniczne, opis zastosowanego leczenia

Do historii choroby dołączone były wyniki badań lekarskich i konsultacji, wyniki obserwacji stanu zdrowia (karty obserwacji), informacje o zleceniach lekarskich i ich wykonaniu (karty zleceń lekarskich), informacje dotyczące pielęgnowania pacjenta (karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej). Spośród 20 pacjentów, których historie choroby były badane, 3 pacjentów zostało wypisanych z ZOL, jeden zmarł w szpitalu, a 16 zmarło w ZOL.

Ustalone
nieprawidłowości

W trzech kartach lekarze prowadzący nie dokonali autoryzacji wpisu (w jednej karcie brakowało pięciu pieczętek i w dwóch po trzy pieczętki), zaś w jednej karcie 11 pieczętek było nieczytelnych.

W kartach dwóch pacjentów stwierdzono, że adnotacja o zgonie pacjenta została dokonana po 3 dniach i po 5 dniach.

Kierownik zakładu wyjaśnił, że „w pierwszym przypadku zgon pacjenta nastąpił w dniu świątecznym (wolnym od pracy) i wpisu w DM o tym fakcie dokonano od razu pierwszego roboczego dnia. Natomiast w drugim przypadku błędną datę zgonu pacjenta podano tylko w jednym z dokumentów (karta informacyjna skali Barthel) wchodzących w skład całej dokumentacji medycznej, a w pozostałych dokumentach jednostkowych podana była prawidłowa data.

W czterech kartach pacjentów brakowało upoważnienia pacjenta do uzyskiwania informacji na temat jego stanu zdrowia i udostępniania DM, w trzech kartach brakowało upoważnienia pacjenta do dostępu do DM i w dwóch kartach wpisano w odpowiednie miejsca nazwiska osób wskazanych przez pacjenta, ale nie określono jednoznacznie czy są one upoważnione lub nieupoważnione do otrzymania informacji o stanie zdrowia i dostępu do DM (brak odpowiedniego skreślenia na formularzu „upoważniony/ nieupoważniony”).

Kierownik ZOL wyjaśnił, że „brak odpowiedniego skreślenia (...) jest wynikiem niedopatrzenia przez pracownika w chwili przyjęcia pacjentów do zakładu”.

(Dowód: akta kontroli, str. 269)

W przypadku pacjentów zmarłych w ZOL (16) nie wykonano sekcji zwłok, jak również nie podano w ich historiach choroby uzasadnienia jej niewykonania.

Pan Wojciech Borkowski wyjaśnił, że „jedynym wskazaniem przyjętym w SCOL do wykonania sekcji zwłok jest zgon z przyczyn niewytłumaczalnych, niezwiązanych z chorobą podstawową”.

(Dowód: akta kontroli, str. 217 - 219)

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia prowadzenie dokumentacji medycznej w SCOL.

Opis stanu
faktycznego

2. 1. Organizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej (DM)

W Spółce nie opracowano regulaminu udostępniania dokumentacji medycznej. Funkcjonuje natomiast regulamin obiegu dokumentacji, którego postanowienia stosowane są również w procedurze udostępniania DM.

Według tego regulaminu wnioski o udostępnianie DM rejestrowane są w ogólnej księdze rejestrowej pism wchodzących (nie ma odrębnego rejestru wniosków o ich udostępnienie) i po zadekretowaniu wniosku przez Zarząd Spółki przekazywane są do kierownika ZOL, w którym przebywał/ przebywał pacjent, którego ten wniosek dotyczy.

Kierownik ZOL przygotowuje wnioskowaną dokumentację medyczną (kopię lub oryginał) i / lub stosowne pismo do wnioskodawcy.

Dalsze czynności związane z procedurą udostępniania DM prowadzi sekretariat Spółki, tj. wystawia i wysyła fakturę za jej udostępnienie, wysyła dokumentację oraz stosowne pismo/ odpowiedź do wnioskodawcy.

(Dowód: akta kontroli, str. 269)

W regulaminie tym nie podano terminu, w jakim DM winna być udostępniana wnioskodawcy. Członek Zarządu Pani B. Kaczmarek wyjaśniła, że „wszelka korespondencja wpływająca do Spółki, w tym dotycząca DM jest rozpatrywana w terminach określonych przez kodeks postępowania administracyjnego, tj. niezwłocznie, najczęściej w okresie 14 dni od czasu wpływu wniosku, a w szczególnych, złożonych przypadkach termin nie przekracza miesiąca”.

(Dowód: akta kontroli, str. 175)

W regulaminie organizacyjnym Spółki, w Rozdziale 11 pn. „Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej” podano stawkę za sporządzenie kopii jednej strony DM, jednej strony odpisu, wyciągu (0,73 zł brutto) lub sporządzenie jej na nośniku elektronicznym (7,38 zł brutto). W każdym przypadku, opłata za udostępnienie DM w określonej formie została naliczona prawidłowo, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵. W okresie objętym kontrolą wysokość stawek nie ulegała zmianie⁶.

(Dowód: akta kontroli, str. 72, 265)

Wpływy za udostępnianie DM ewidencjonowane są w dziale księgowości, który prowadzi firma zewnętrzna „Ecovist System Rewident Sp. z o.o.” na podstawie umowy nr 35/2013 z 30 sierpnia 2013 r.

(Dowód: akta kontroli, str. 252 - 264)

W żadnym ZOL (wchodzącym w skład Spółki) nie umieszczono na tablicy ogłoszeń w holu głównym informacji na temat udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokości odpłatności za jej udostępnianie.

Umieszczono natomiast na tablicy informację o możliwości wglądu do ustawy o prawach pacjenta (w pokojach pielęgniarek).

⁵ Dz. U. 2012 r. poz. 159 ze zm.

⁶ Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 stycznia 2014 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w IV kwartale 2013 r. (Dz. Urz. GUS z 2014 r., poz. 3)

Członek Zarządu Pani B. Kaczmarska wyjaśniła, że „Regulamin Organizacyjny, w którym zawarto informacje o udostępnianiu i odpłatności za udostępnianie DM jest częścią Aktu Założycielskiego Spółki i udostępniony jest na stronie BIP UM”.

(Dowód: akta kontroli, str. 176)

W każdym ZOL lekarska dokumentacja medyczna przechowywana jest w gabinetach lekarskich w szafach i/ lub regałach zamykanych na klucz. Dostęp do niej mają lekarze zatrudnieni w danym ZOL (oraz pielęgniarki w przypadkach koniecznych). Pozostała DM (np. karty czynności pielęgniarskich, karty gorączkowe, zmiany pozycji chorego itp.) przechowywana jest w gabinetach pielęgniarskich w szafach lub regałach zamykanych na klucz, dostęp do niej mają tylko pielęgniarki zatrudnione w danym ZOL (oraz lekarze w przypadkach koniecznych). Warunki przechowywania DM zabezpieczają ją przed zniszczeniem, utratą, a także dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych. Nadzór nad zabezpieczeniem DM sprawują kierownicy poszczególnych ZOL.

(Dowód: akta kontroli, str. 221 - 223)

Do 1 listopada 2014 r. dokumentacja medyczna pacjentów wypisanych lub zmarłych w ZOL przechowywana była w archiwum w każdej placówce (ZOL).

Od 1 listopada 2014 r. na mocy umowy, zawartej w dniu 30 października 2014 r. ze spółką „Rhenus Data Office Sp. z o.o.” w Piasecznie, dokumentacja archiwalna przekazywana jest co 6 miesięcy do archiwum. Procedura przekazywania DM do firmy archiwizującej i przechowującej ją została określona w dokumencie pn. „procedura obiegu dokumentacji archiwizowanej”. Do reprezentowania SCOL w kontaktach z firmą archiwizującą wyznaczonych zostało 9 pracowników, w tym 5 do spraw związanych z udostępnianiem DM, tj. członek Zarządu, kierownicy ZOL (3 osoby), pracownik SCOL (były kierownik ZOL).

Wszystkie wyznaczone osoby posiadają upoważnienia wystawione przez Prezesa Zarządu do przetwarzania danych osobowych. Jedna osoba, tj. członek Zarządu posiada certyfikat potwierdzający uzyskanie uprawnień do ochrony danych osobowych.

(Dowód: akta kontroli, str.198 – 212, 221 – 224, 271)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena
częstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, Spółka prawidłowo realizowała zadania w powyższym zakresie.

3. Realizacji zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W Spółce wyznaczono 5 osób do realizacji zadań związanych z udostępnianiem DM (trzech obecnych i jeden był kierownik ZOL oraz jeden członek Zarządu). Jedna osoba, tj. członek Zarządu posiada certyfikat potwierdzający uzyskanie uprawnień do ochrony danych osobowych.

(Dowód: akta kontroli, str. 175)

W roku 2013 do Spółki wpłynęło 8 wniosków o udostępnienie DM złożonych przez osoby prawne (4 – Sądy Rejonowe, jeden – firmę ubezpieczeniową, dwa – Prokuraturę Rejonową, jeden przez ZUS).

Siedem wniosków zostało zrealizowanych, tzn. wydano kopie dokumentacji medycznej wnioskodawcom, a jeden wniosek złożony przez ZUS nie został zrealizowany, ponieważ pacjent, o którego dokumentację wystąpił ZUS, nie był pacjentem ZOL w czasie wskazanym przez ZUS. Czas realizacji wniosków wynosił od 3 do 15 dni.

W 2013 r. wpłynął jeden wniosek pacjenta ZOL o udostępnienie wyników badania specjalistycznego, został zrealizowany w ciągu 9 dni.

W 2014 r. do Spółki wpłynęło 13 wniosków o udostępnienie DM, w tym 4 od członków rodzin pacjentów, 9 od innych wnioskodawców (3 – z sądów rejonowych, 3 – z towarzystw ubezpieczeniowych, 2 – z prokuratury rejonowej, jeden z okręgowej izby lekarskiej).

Dziesięć wniosków zostało zrealizowanych, tzn. wydano wnioskodawcom kopie (9) i oryginał (1) dokumentacji medycznej, trzy wnioski nie zostały zrealizowane, ponieważ wnioskodawcy nie byli upoważnieni do jej otrzymania. Czas realizacji 9 wniosków wynosił od 3 do 11 dni, jednego wniosku 19 dni.

W dniu 22 sierpnia 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska (OIL) w Warszawie wystąpiła o udostępnienie oryginału DM w związku z postępowaniem wyjaśniającym dotyczącym pacjenta ZOL. Spółka przekazała wnioskowane dokumenty 2 września 2014 r. W dniu 24 października 2014 r. Komisarzat Policji Warszawa Białoleka zwrócił się do Spółki o przesłanie DM tego samego pacjenta. W dniu 28 października 2014 r. Spółka poinformowała ww. wnioskodawcę, że dokumentacja jest od 2 września 2014 r. w OIL. Do dnia 10 czerwca 2015 r. dokumenty nie zostały zwrócone przez OIL, a Spółka nie występowała o ich zwrot.

Członek Zarządu wyjaśniła, że o zwrot udostępnionych oryginałów DM, Spółka będzie występować korespondencyjnie po upływie 3 lat od wydania dokumentów (ustalenie ustne na spotkaniu Zarządu Spółki).

(Dowód: akta kontroli, str. 216, 267)

W 2015 r. (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) do Spółki wpłynął jeden wniosek o udostępnienie DM, ale od nieuprawnionej osoby fizycznej. Wniosek nie został zrealizowany.

Wnioskodawcy, którym odmówiono udostępnienia DM nie odwoływali się do sądu.

Przyczyną złożenia wniosków o udostępnienie DM było postępowanie spadkowe lub ubezpieczeniowe po zmarłym pacjencie. Dokumentację udostępniano w postaci kserokopii, w jednym przypadku udostępniono oryginał.

Opłaty za udostępnienie DM we wnioskowanej formie pobierane były w wysokości zgodnej ze stawką określoną w regulaminie Organizacyjnym Spółki.

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem kontroli w okresie 2013 r. – 2015 r. (do czasu zakończenia kontroli NIK)⁷.

(Dowód: akta kontroli, str. 216)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena
częstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, Spółka prawidłowo realizowała zadania w powyższym zakresie.

⁷ Spółka funkcjonuje od 2 kwietnia 2013 r.

4. Skargi w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Każdy ZOL wchodzący w skład Spółki prowadzi własną „Książkę skarg i wniosków”. W omawianym okresie do Spółki nie wpłynęły żadne skargi na funkcjonowanie zakładów, a tym samym na utrudnianie dostępu do dokumentacji medycznej.
(Dowód: akta kontroli, str. 269)

**Ocena
częstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od dokonania oceny działalności Spółki w badanym zakresie, ponieważ w analizowanym okresie nie wpłynęły skargi na utrudnianie dostępu do dokumentacji medycznej.

5. Przygotowanie Spółki do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu
faktycznego

Według stanu na dzień 19 czerwca 2015 r. w SCOL nie został wdrożony system informatyczny służący prowadzeniu elektronicznej dokumentacji medycznej⁸.
(dowód: akta kontroli, str. 269)

Członek Zarządu, Pan Zbigniew Trzeciak wyjaśnił, że „realizacja zaplanowana na lata 2015 i 2016 to przede wszystkim zbudowanie sieci informatycznej, a w kolejnym etapie wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej oraz elektronicznego obiegu dokumentów. Koszt realizacji w/wym. zadania to 3 000 000 zł brutto. Zgodnie z uchwałą Rady m. st. Warszawy z dnia 28.05.2015 r. Rada przyznała kwotę 4.000.000 zł na podniesienie kapitału zakładowego Spółki, z której 1.200.000 zł przeznaczone jest na informatyzację. Procedurę przetargową na realizację I etapu Spółka rozpocznie niezwłocznie. Obecnie Spółka przygotowuje specyfikację istotnych warunków zamówienia. Termin zakończenia I etapu planowany jest do końca br. Wprowadzenie systemu przewidziane jest do 31.12.2016 r.”.
(Dowód: akta kontroli, str. 169)

**Ocena
częstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od dokonania oceny działalności Spółki w badanym zakresie, ponieważ w badanym okresie w Spółce 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 Kontroli⁹ wnosi o:

1. przestrzeganie obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej wszystkich informacji wymienionych w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej;
2. jednoznaczne odnotowywanie w dokumentacji medycznej decyzji pacjenta o upoważnieniu wskazanych osób do informowania ich o stanie zdrowia i udostępnieniu dokumentacji medycznej;
3. przestrzeganie obowiązku wypełniania w karcie informacyjnej, w przypadku zgonu pacjenta, uzasadnienia o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok;
4. zamieszczenie informacji o trybie udostępnienia dokumentacji medycznej i opłacie za jej udostępnienie w widocznym miejscu;
5. rozważenie zasadności prowadzenia wyodrębnionej ewidencji wpływających wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów.

⁸ Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2014 r., poz. 998), art. 58 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.

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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.

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 26 czerwca 2015 r.

Kontrolerzy

Maria Gostyńska

Doradca ekonomiczny


Krzysztof Barej

Gł. specjalista k.p.


.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski


.....

podpis

