



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.010.01.2015

P/15/061

UNK 40491/15

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/061 – Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Marcin Bielawski – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93349 z dnia 27 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Szalanda – Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach ¹ (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 11 czerwca 2015 r. w Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę tę uzasadnia spełnianie przez dokumentację medyczną większości wymogów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³, prawidłowa organizacja procesu udostępniania dokumentacji i wdrożenie systemu informatycznego umożliwiającego prowadzenie jej w formie elektronicznej.

W trakcie pobytu pacjenta w Szpitalu nie numerowano jednak na bieżąco stron dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej, zaś przy niektórych wpisach lekarza brakowało informacji o posiadanych przez niego specjalizacjach, wymaganej § 10 ust. 1 pkt 3 lit. c i ust. 2 powołanego rozporządzenia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą indywidualną dokumentację medyczną w Szpitalu prowadzono w formie elektronicznej oraz papierowej (o czym szerzej w pkt 5. wystąpienia). Badaniem objęto dokumentację medyczną 60 pacjentów⁴ z oddziałów: [1] Chorób Wewnętrznych, Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Endokrynologii, [2] Neurologii z Pododdziałem Udarowym, [3] Ortopedyczno-Urazowego oraz [4] Chirurgii Ogólnej.

Objęte badaniem historie choroby spełniały wymogi § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej w części dotyczącej przyjęcia do Szpitala. Zawierały one bowiem wymagane informacje, w tym numer w księdze głównej przyjęć, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta, dane pacjenta, tryb przyjęcia, datę przyjęcia pacjenta, istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego uzasadniające przyjęcie oraz rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego.

¹ Pan Adam Szalanda dyrektorem Szpitala jest od 1 marca 2011 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm. Rozporządzenie zwanej jest dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

⁴ Liczba ta stanowi 0,13% pacjentów leczonych w Szpitalu od 1 stycznia 2013 r. do 11 czerwca 2015 r. Do badania wybrano dokumentację 40 pacjentów leczonych do 31 grudnia 2014 r. (po 10 z oddziałów: [1] Chorób Wewnętrznych, Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Endokrynologii, [2] Neurologii z Pododdziałem Udarowym, [3] Ortopedyczno-Urazowego oraz [4] Chirurgii Ogólnej) i 20 leczonych podczas kontroli NIK (po pięciu z wymienionych oddziałów).

W części dotyczącej przebiegu hospitalizacji analizowane historie choroby zawierały dane wymagane § 18 ust. 1 i 2 powołanego rozporządzenia, tj. informację o wynikach badań diagnostycznych lub konsultacji, karty obserwacji lekarskich, karty zleceń lekarskich oraz karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa. Dołączono do nich też – zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia – wyniki badań diagnostycznych.

Pierwszego wpisu w dokumentacji dokonano w dniu przyjęcia. Kolejnych wpisów w historiach choroby 50 z 60 pacjentów lekarze sprawujący opiekę nad pacjentem lub lekarze konsultanci dokonywali codziennie. W przypadku dokumentacji pozostałych pacjentów przerwy pomiędzy wpisami wynosiły od jednego do czterech dni⁵. Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. zarządzania lecznictwem wyjaśnił, że *przerwy powyżej jednego dnia dotyczyły okresów świątecznych (25-28 grudnia 2014 r. lub 6-7 czerwca 2015 r.), a brak wpisów nie był równoznaczny z brakiem opieki nad pacjentem.*

Stosownie do § 19 i 20 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, skontrolowane historie choroby 40 pacjentów przebywających w Szpitalu do 31 grudnia 2014 r. zawierały (w części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala) dane z rozpoznania klinicznego, opis zastosowanego leczenia i wykonanych badań diagnostycznych, informacje o przebytych zabiegach i operacjach, adnotację o przyczynie, okolicznościach i terminie wypisania pacjenta lub niezbędne adnotacje w przypadku zgonu.

Do dokumentacji dołączono również kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, sporządzoną przez lekarza wypisującego, która spełniała wymogi określone w § 22 powołanego rozporządzenia. Zawierała m.in. rozpoznanie choroby, opis wyników badań diagnostycznych i konsultacji, opis zastosowanego leczenia, datę wykonanych zabiegów i operacji oraz wskazania dotyczące dalszego przebiegu leczenia. Karty informacyjne wydawane były pacjentom niezwłocznie, tj. w ciągu dwóch dni od wypisania pacjenta (w 35 przypadkach nastąpiło to w dniu wypisu). Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. zarządzania lecznictwem wyjaśnił, że nieznaczne opóźnienia spowodowane były trudnościami z wygenerowaniem karty w programie informatycznym, w dniach wolnych od pracy, w związku niedokończonym procesem komputeryzacji Szpitala. Skierowanie do poradni, recepty oraz zlecenie badań pacjenci otrzymywali w dniu wypisu.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, w analizowanych przypadkach wpisy oraz korekty błędów dokonywane były w sposób czytelny z oznaczeniem osoby korygującej. W prawie wszystkich jednak przypadkach (59 z 60 badanych) w dokumentacji medycznej zamieszczano wpisy lekarzy bez wskazania ich specjalizacji. Stanowiło to naruszenie wymogów określonych w § 10 ust. 1 pkt 3 lit. c i ust. 2 wymienionego rozporządzenia. Ustalenie specjalizacji lekarzy dokonujących wpisu możliwe było na podstawie innych części historii choroby (problematykę tę przedstawiono również w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

Strony historii choroby 40 pacjentów przebywających w Szpitalu do 31 grudnia 2014 r. były numerowane, stosownie do wymogu § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej (w jednej nie ponumerowano dwóch stron). We wszystkich 20 analizowanych historiach choroby pacjentów leczonych w takcie kontroli NIK strony dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji papierowej ponumerowano dopiero po zakończeniu leczenia (problematykę tę szerzej przedstawiono w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”). Skontrolowana dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej stanowiła chronologicznie uporządkowaną całość, a wykonane z niej wydruki zostały ponumerowane.

Dokumentacja 40 analizowanych pacjentów przebywających w Szpitalu do 31 grudnia 2014 r. – stosownie do § 24 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej – została oceniona przez kierownika oddziału. W 35 przypadkach dokonano tego w dniu wypisu, w trzech – w dniu następnym, a w dwóch – dwa dni po wypisie. Dokumentacja po ocenie Pełnomocnika ds. zarządzania lecznictwem i dokonaniu na wniosek Dyrektora lub jego Zastępcy ewentualnych korekt, była przekazana do archiwum Szpitala. Jak wyjaśnił Pełnomocnik ds. zarządzania lecznictwem: *okres od wypisania pacjenta do przekazania*

⁵ W przypadku dokumentacji czterech pacjentów przerwa wynosiła jeden dzień, w przypadku dwóch – dwa dni, a w przypadku czterech – cztery dni.

dokumentacji archiwum nie przekracza dwóch – trzech dni, w przypadku dokumentacji niewymagającej korekt oraz siedmiu dni w przypadku ponownego przekazania dokumentacji do kierownika oddziału celem poprawy. (dowód: akta kontroli str. 4-72)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niżej wymienione zagadnienia:

1. We wszystkich 20 objętych badaniem historiach choroby pacjentów leczonych w Szpitalu podczas kontroli NIK, dokumentacja prowadzona w formie papierowej nie była ponumerowana (wpisy były datowane, co pozwalało na chronologiczne odczytanie zapisów przed naniesieniem numerów stron). Dyrektor oraz Pełnomocnik ds. zarządzania lecznictwem odpowiedzialny m.in. za sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną i właściwym jej prowadzeniem wyjaśnili, że rozporządzenie nie nakłada obowiązku numerowania dokumentacji medycznej w trakcie leczenia. W związku z czym przyjęto zasadę, że numeracja dokonywana jest po wypisie chorego i autoryzacji ordynatora. Zdaniem NIK dobrą praktyką byłoby numerowanie stron dokumentacji już w trakcie leczenia. Uniemożliwia to bowiem dołączanie do niej lub wyłączanie z niej poszczególnych stron.

W jednej z 40 historii chorób pacjentów leczonych do 31 grudnia 2014 r. nie ponumerowano dwóch z 56 stron. Pełnomocnik ds. zarządzania lecznictwem wyjaśnił, że wynikało to z: *omyłki sekretarki medycznej, spowodowanej najprawdopodobniej znaczną ilością wypisów.* (dowód: akta kontroli str. 13, 45-72, 217-220)

2. W 59 z 60 objętych analizą przypadków dokumentacje medyczne zawierały wpisy lekarzy bez wskazania ich specjalizacji, wymaganych § 10 ust. 1 pkt 3 lit. c oraz ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Ustalenie specjalizacji lekarza dokonującego wpisu możliwe było na podstawie innych części historii choroby. Pełnomocnik ds. zarządzania lecznictwem wyjaśnił, że spowodowane to było: *ustawieniami programu informatycznego, który nie na wszystkich dokumentach generował specjalizacje lekarskie, m.in. na skutek niedostosowania do zmian przepisów rozporządzenia (do 2010 roku nie było obowiązku wskazywania specjalizacji). Ponadto problematyczne byłoby dokonywanie wpisów przez lekarzy posiadających dużą liczbę specjalizacji na kartach zaleceń, z uwagi na zbyt mało miejsca na dokumencie, co utrudnia ich późniejsze odczytanie.* Informatyk odpowiedzialny za wdrażanie programu wyjaśnił, że w części dokumentów nie odznaczono opcji wydruku specjalizacji, co było spowodowane dużą ilością formularzy wymagających poprawienia. (dowód: akta kontroli str. 5-31, 33-72, 205, 217-220)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Proces przekazywania uprawnionym osobom i instytucjom dokumentacji medycznej uregulowany został *Procedurą udostępniania dokumentacji medycznej i udzielania informacji o stanie zdrowia*⁶, obowiązującą od 19 listopada 2014 r. Do czasu jej wprowadzenia udostępnianie odbywało się w oparciu o regulacje zawarte w art. 23–30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷. (dowód: akta kontroli str. 80)

Przyjęta do stosowania Procedura stanowi, że dokumentacja medyczna powinna być udostępniana:

— bez zbędnej zwłoki,

⁶ Procedura DM-PO-02-2014, wprowadzona zarządzeniem nr 138/124 Dyrektora z 19 listopada 2014 r.

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm. Ustawa zwana jest dalej: „ustawą o prawach pacjenta”.

- pacjentowi lub osobie upoważnionej na podstawie wniosku⁸ i dokumentu potwierdzającego prawo wnioskodawcy do udostępnienia mu dokumentacji medycznej,
- po sprawdzeniu dokumentu tożsamości oraz okazaniu dowodu wpłaty,
- w trakcie hospitalizacji pacjenta przez lekarza kierującego oddziałem,
- po wypisaniu pacjenta ze Szpitala przez pracowników archiwum,
- upoważnionym organom w sprawach sądowo-ubezpieczeniowych, po uprzednim sprawdzeniu jej przez ordynatora oddziału pod względem merytorycznym (ocena dokumentowana jest w formie notatki) i podpisaniu przez zastępcę dyrektora ds. leczenia,
- do wglądu (w archiwum lub właściwym oddziale Szpitala), w formie wypisów, odpisów lub kopii oraz poprzez wydanie oryginału, po uprzednim sporządzeniu kopii z zastrzeżeniem zwrotu. (dowód: akta kontroli str. 73-79)

Szpital od 1 stycznia 2013 r. do 31 marca 2015 r. uzyskał przychody z tytułu udostępniania dokumentacji w kwocie 8,4 tys. zł. Pobieranie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej – zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹ – przewidziano w Regulaminie Organizacyjnym. Wysokość opłat ustalał Dyrektor w zarządzeniach¹⁰, stosownie do § 34 Regulaminu, w maksymalnej dopuszczalnej wysokości, określonej art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta. Analiza uiszczonych w latach 2013–2015 (do końca I kwartału) opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej¹¹ wykazała, że pobierano je w wysokości określonej zarządzeniem Dyrektora. Wysokość opłat aktualizowana była w oparciu o komunikaty Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Szpital nie prowadził rejestru opłat pobranych za udostępnianie dokumentacji medycznej, ze względu – jak wyjaśniła Główna Księgowa – na ich znikomy udział w przychodach. (dowód: akta kontroli str. 81-87)

Archiwum Szpitala prowadziło rejestr podmiotów, którym udostępniona została dokumentacja medyczna. Dokonano w nim 316 wpisów w 2013 roku, 298 w 2014 roku oraz 95 w I kwartale 2015 roku. W rejestrze odnotowywano informacje o dacie wpływu wniosku, podmiocie składającym wniosek, jego treści, dacie przekazania oraz adnotację o ewentualnym przekazaniu oryginałów. (dowód: akta kontroli str. 88, 149)

Informacje na temat obowiązującej procedury udostępniania dokumentacji medycznej podano do publicznej wiadomości, poprzez publikację na stronie internetowej Szpitala¹², a o wysokości opłat informowano w chwili składania wniosku (jeżeli składany był osobiście) lub wraz z fakturą (po przesłaniu kopii dokumentacji). (dowód: akta kontroli str. 144-148)

Warunki przechowywania dokumentacji określone zostały w Instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego oraz w Instrukcji kancelaryjnej¹³. Sposób przechowywania dokumentacji zabezpieczał ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą. Dokumentacja pacjentów, którzy byli leczeni w Szpitalu przechowywana była w zabezpieczonych pomieszczeniach archiwum, natomiast dokumentacja pacjentów aktualnie leczonych – w zamykanych szafkach znajdujących się w pokojach lekarzy i pielęgniarek. Przetwarzanie dokumentacji w formie elektronicznej odbywało się na zasadach określonych w Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym

⁸ Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej powinien zawierać dane wnioskodawcy (imię, nazwisko, serię i nr dowodu osobistego, miejsce zamieszkania), wskazanie dokumentacji medycznej, której dotyczy, formę udostępnienia (do wglądu, sporządzenie wyciągów, odpisów i kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu) oraz zobowiązanie do uiszczenia opłaty za udostępnienie.

⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

¹⁰ Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej od 1 stycznia 2013 r. do 31 marca 2015 r. wynosiła od 7,38 zł do 7,89 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej i za sporządzenie na nośniku elektronicznym wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej oraz od 0,74 zł do 0,79 zł za jedną stronę kserokopii.

¹¹ Analizie poddano 42 dokumenty księgowe wystawione w związku z uiszczeniem opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z 552 uiszczonych (7,6%). Dochody uzyskane z tych opłat wyniosły 470 zł (5,6% dochodów z tego tytułu).

¹² <http://www.szpital.suwalki.pl/pl/szpital/dla-pacjentow>.

¹³ Instrukcje te wprowadzono zarządzeniem nr 4/2015 Dyrektora z dnia 7 stycznia 2015 r.

do przetwarzania danych osobowych¹⁴. Dostęp do oprogramowania komputerowego służącego do prowadzenia dokumentacji medycznej zabezpieczony był hasłami.

(dowód: akta kontroli str. 89-114)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację procesu udostępniania dokumentacji medycznej.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Udostępnianie dokumentacji medycznej należało do kierowników oddziałów w przypadku dokumentacji aktualnie leczonych pacjentów, pracowników archiwum udostępniających dokumentację po jej przekazaniu do archiwum oraz zastępcy dyrektora w przypadku udostępniania dokumentacji upoważnionym organom w sprawach sądowo-ubezpieczeniowych. Osoby udostępniające dokumentację potwierdziły fakt zapoznania się z procedurą jej udostępniania. (dowód: akta kontroli str. 73-79, 115-133)

Od 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 marca 2015 r. złożono 747 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej (316, 310 i 121 w kolejnych latach)¹⁵. Pacjenci i osoby upoważnione zgłosiły 100 wniosków, a inne podmioty uprawnione na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjentów – 647. Pozytywnie zrealizowano 744 wnioski, a w trzech przypadkach Szpital odmówił udostępnienia dokumentacji medycznej, z powodu:

- braku dostatecznych danych niezbędnych do zidentyfikowania dokumentacji (po ich przekazaniu dokumentację udostępniono),
- braku upoważnienia osoby wnioskującej,
- złożenia wniosku bezprzedmiotowego (pacjent nie był leczony w Szpitalu).

Stosownie do § 79 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, Szpital poinformował wnioskodawców pisemnie o przyczynach odmowy udostępnienia dokumentacji. Osoby, którym odmówiono udostępnienia dokumentacji medycznej nie składały odwołań oraz skarg w tej sprawie. (dowód: akta kontroli str. 134-135)

Dokumentacja medyczna udostępniania była pacjentom i uprawnionym organom bez zbędnej zwłoki, zgodnie z § 78 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej i wewnętrzną procedurą. W 59 z 60 zbadanych postępowań¹⁶ wydano ją w ciągu 16 dni od złożenia wniosku. W jednym przypadku udostępniono ją po 30 dniach, gdyż – jak wyjaśniła Kierownik Działu Administracyjnego – pacjent, mimo telefonicznego poinformowania o możliwości wcześniejszego odbioru, odebrał ją po upływie tego okresu.

(dowód: akta kontroli str. 136-140, 144-152, 217-220)

Spośród 30 analizowanych przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej innym upoważnionym podmiotom, 17 razy przekazano ją na potrzeby postępowania odszkodowawczego i w celu ustalenia prawa do świadczeń (zakładom ubezpieczeniowym, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego), ośmiokrotnie na potrzeby nadzorowanego przez prokuraturę postępowania przygotowawczego, trzy razy na potrzeby postępowań sądowych oraz po jednym razie na potrzeby dochodzenia prowadzonego przez Policję i postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Z 30 zaś zbadanych przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym, powód żądania jej udostępnienia wskazało czterech pacjentów (w dwóch przypadkach były nim postępowania odszkodowawcze, a w pozostałych postępowanie sądowe i kontynuacja leczenia). W 24 analizowanych

¹⁴ Instrukcję wprowadzono zarządzeniem Dyrektora z dnia 26 maja 2015 r. Poprzedzało je zarządzenie Nr 110/04 z dnia 22 grudnia 2004 r. wprowadzające m.in. Instrukcję określającą sposób zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach.

¹⁵ Liczba faktycznych udostępnień była w 2014 roku i 2015 roku wyższa niż wpisów w rejestrze udostępnień (opisanym w pkt 2. wystąpienia), ponieważ do rejestru od 2014 roku nie wpisywano wniosków składanych osobiście przez pacjentów lub osoby upoważnione, które przechowywano w oddzielnej teczce.

¹⁶ Z 60 przeanalizowanych postępowań w sprawie udostępnienia dokumentacji medycznej, 30 wszczęto na wniosek pacjentów lub osób upoważnionych i 30 na wniosek uprawnionych instytucji.

przypadkach Szpital udostępnił pacjentom całość dokumentacji medycznej (w tym wyniki specjalistycznych badań diagnostycznych), w pięciu przypadkach tylko wyniki badań, a raz – zgodnie z wnioskiem – udzielił pisemnej informacji.

Dokumentacja udostępniana była formach przewidzianych w art. 27 pkt 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta, w tym 55 razy poprzez sporządzenie kopii, trzykrotnie poprzez udzielenie pisemnych informacji oraz dwa razy poprzez wydanie oryginałów. Stosownie do § 78 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, oryginały dokumentacji udostępniane były z zastrzeżeniem zwrotu i po uprzednim sporządzeniu ich kopii. Udostępniona dokumentacja została zwrócona. (dowód: akta kontroli str. 136-140)

Od 2013 roku do końca I kwartału 2015 roku prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej była przedmiotem 20 kontroli, w tym dziewięciu w 2013 roku, dziesięciu w 2014 roku i jednej w 2015 roku. Siedem kontroli przeprowadzonych zostało przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostałe zaś przez konsultantów wojewódzkich. W ich wyniku wydanych zostało osiem wniosków dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej i nałożono kary o łącznej wartości 821 zł. Żadna z kontroli przeprowadzonych od 2010 roku nie obejmowała swym zakresem procedury udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 141-142)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie udostępnianie dokumentacji medycznej.

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

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi na trudności w dostępie do dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 153)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania oceny w tym obszarze, z uwagi na niewystępowanie zdarzeń będących przedmiotem badania.

5. Stan przygotowań do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu
faktycznego

Szpital wykorzystuje do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej program komputerowy KS-Medis firmy Kamsoft S.A., w wersji 2015.01.2.0., zakupiony na podstawie umowy z 19 grudnia 2012 r., której przedmiotem była dostawa oprogramowania aplikacyjnego¹⁷, a od 1 kwietnia 2013 r. do 31 marca 2015 r. – także realizowanie nadzoru autorskiego¹⁸ wraz z usługami serwisowymi umożliwiającymi bieżącą eksploatację¹⁹. W dniu 1 kwietnia 2015 r. zawarto kolejną umowę na realizację nadzoru autorskiego wraz z usługami serwisowymi, obowiązującą do 31 marca 2016 r.²⁰

(dowód: akta kontroli str. 154-202)

Według stanu na koniec czerwca 2015 roku, w Szpitalu w formie elektronicznej prowadzona była dokumentacja:

- indywidualna wewnętrzna w formie: historii choroby, karty noworodka, karty obserwacji, karty gorączkowej, wyników badań diagnostycznych oraz wyników konsultacji,

¹⁷ Umowa z firmą Kamsoft S.A. obejmowała udzielenie bezterminowej licencji na użytkowanie oprogramowania, przeniesienie danych z użytkowanych przez Szpital systemów, instalację i konfigurację systemów, przeprowadzenie szkoleń personelu oraz dostarczenie zapasowego serwera. W ramach umowy oprócz oprogramowania generującego dokumentację medyczną dostarczono pakiet związany z obsługą administracyjno-księgową Szpitala.

¹⁸ Realizacja nadzoru autorskiego polegała na zapewnieniu poprawy jakości oraz poszerzenie zakresu funkcjonalnego zakupionego oprogramowania i dostosowaniu go do zmian czynników wewnętrznych Szpitala, będących efektem nowelizacji uwarunkowań prawnych.

¹⁹ Usługi serwisowe obejmowały poszerzenie zakresu usług wynikających z nadzoru autorskiego oraz dostęp do konsultantów.

²⁰ Od 1 stycznia 2013 r. do 29 maja 2015 r. Szpital przeznaczył 1.100 tys. zł na zakup, wdrożenie, nadzór autorski wraz z usługami serwisowymi systemu informatycznego do obsługi jego działalności. Nadzór autorski kosztował 489 tys. zł, serwis 295 tys. zł, wdrożenie i uruchomienie dodatkowych modułów 240 tys. zł, dostawa serwera 76 tys. zł.

- indywidualna zewnętrzna w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz skierowania i zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza Szpitalem,
- zbiorcza wewnętrzna prowadzona w formie księgi: głównej przyjęć i wpisów, odmów i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, chorych oddziału, raportów lekarskich, raportów pielęgniarских, bloku operacyjnego (sali operacyjnej), bloku porodowego (sali porodowej), noworodków, pracowni diagnostycznej i listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowego ze środków publicznych.

W formie papierowej prowadzona była dokumentacja indywidualna wewnętrzna w postaci kart: indywidualnej opieki pielęgniarской, indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, zleceń lekarskich, przebiegu znieczulenia, zabiegów fizjoterapeutycznych oraz protokołu operacyjnego, a także dokumentacja zbiorcza w postaci księgi zabiegów.

Harmonogram wdrażania do użytkowania poszczególnych funkcji przewiduje prowadzenie całości dokumentacji w formie elektronicznej od kwietnia 2016 roku²¹, tj. przed upływem terminu określonego – w art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²² – na 1 sierpnia 2017 r.

Informatyk odpowiedzialny za wdrażanie programu wyjaśnił, że części dokumentacji prowadzona jest w formie papierowej, ponieważ w trakcie użytkowania poszczególnych modułów wystąpił szereg problemów funkcjonalnych. Wymagały one wypełniania przez użytkowników znacznej ilości formularzy dla jednego typu dokumentu medycznego, znajdujących się w różnych częściach systemu. W związku z czym konieczne było uproszczenie obsługi formularzy, co wymagało dodatkowych nakładów pracy oraz konsultacji z użytkownikami i producentem.

Natomiast Dyrektor wyjaśnił, że część dokumentacji prowadzona jest w wersji papierowej, ponieważ proces informatyzacji Szpitala oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej składa się z wielu etapów, a wdrożenie systemu informatycznego jest tylko jednym z nich. Z chwilą wdrożenia systemu informatycznego rozpoczęte zostały następne procesy, w tym zakup dodatkowych komputerów, niezbędnych do pracy personelu, integracja urządzeń diagnostycznych z systemem informatycznym w celu przyspieszenia przepływu danych, budowa sieci bezprzewodowej, zakup urządzeń wspomagających pracę personelu podczas obchodu oraz przebudowa infrastruktury sieciowej i serwerowej. Szpital planuje wdrożenie również kolejnych rozwiązań pozwalających na automatyzację niektórych procesów, w tym ucyfrowienie kolejnych urządzeń diagnostycznych (umożliwiających podgląd wyników badań diagnostycznych w systemie informatycznym np. holter, ekg), zakup dodatkowych komputerów dla personelu, wdrożenie podpisów elektronicznych (umożliwiających zlecenie oraz oznaczanie wykonania poszczególnych zleceń, bez konieczności składania odręcznego podpisu na karcie zleceń), zakup skanerów umożliwiających dołączenie do dokumentacji dokumentów dostarczonych przez pacjenta. Odnosnie trudności związanych z wdrażaniem systemu umożliwiającego prowadzenie dokumentacji tylko formie elektronicznej wskazał, że rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej nie precyzuje warunków prowadzenia w tej formie dokumentacji, wymagającej podpisu pacjenta. Może to uniemożliwić prowadzenie jej tylko w wersji elektronicznej. (dowód: akta kontroli str. 203-208, 217-220, 222-258)

Generowane w programie informatycznym dokumenty medyczne nie spełniają wymagań określonych w *Regułach biznesowych i walidacyjnych określających strukturę dokumentów medycznych, przetwarzanych na platformie P1*, opublikowanych na podstawie § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej²³. Producent oprogramowania wskazał, że dokumenty te: *wymagają uruchomienia platformy P1 co najmniej w zakresie nadawania numerów identyfikacyjnych podmiotom tworzącym dokumentację medyczną w formacie HL7-CDA, co za tym idzie do czasu jej uruchomienia brak jest technicznych możliwości wykorzystania tych formatów w aplikacjach medycznych.* Aktualnie trwają prace dostosowujące stosowane w systemie

²¹ Harmonogram przewiduje prowadzenie w formie elektronicznej: karty zleceń lekarskich od sierpnia 2015 roku, karty przebiegu znieczulenia i zbiegów fizjoterapeutycznych oraz księgi zbiegów od stycznia 2016 roku, karty indywidualnej opieki pielęgniarской, opieki prowadzonej przez położną oraz protokołu operacyjnego od kwietnia 2016 roku.

²² Dz. U. z 2015 r., poz. 636.

²³ Dz. U. z 2013 r., poz. 463.

Ks-Medis formaty skierowań, zleceń na środki pomocnicze, recept, karty informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz konsultacji lekarskich, których termin zakończenia uzależniony jest od terminu udostępnienia platformy P1 przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. (dowód: akta kontroli str. 209-216)

Z postanowień umowy w sprawie realizacji nadzoru autorskiego wraz z usługami serwisowymi, umożliwiającymi bieżącą eksploatację oprogramowania aplikacyjnego do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej wynika m.in., że w okresie trwania umowy, tj. do 31 marca 2016 r. dostawca oprogramowania zobowiązał się do jego dostosowywania do zmieniających się przepisów. (dowód: akta kontroli str. 187-202)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie stan przygotowań do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej.

IV. 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 Kontroli²⁴, wnosi o:

1. Numerowanie na bieżąco dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej, tj. również w trakcie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Każdorazowe wskazywanie w dokumentacji medycznej specjalizacji lekarza dokonującego wpisu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 Delegatury NIK w Białymstoku.

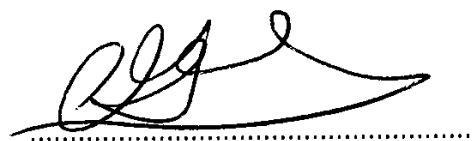
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

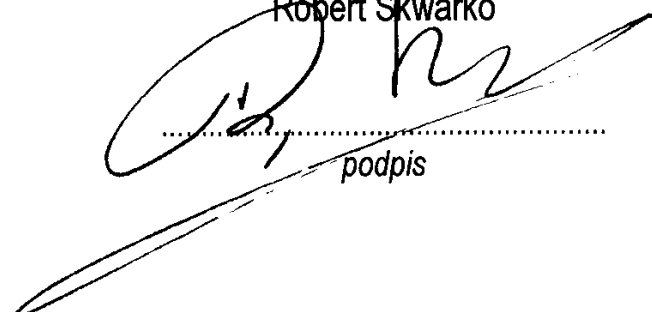
Białystok, dnia 17 lipca 2015 r.

Kontroler
Marcin Bielawski
Starszy inspektor kontroli państwowej



podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko



podpis

²⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.