



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.010.02.2015
P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

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	Jerzy Chwiedosik – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93343 z 19 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDICUS” s.c. Alicja Leończyk Dariusz Leończyk w Grajewie, Osiedle Południe 9, 19-203 Grajewo, zwany dalej „NZO” lub „Zakładem” (dowód: akta kontroli str. 3)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Leończyk – Dyrektor Naczelny i Alicja Leończyk – Dyrektor Operacyjny.

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację przez NZOZ postanowień ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ w zakresie udostępniania w latach 2013–2015 (I kwartał) dokumentacji medycznej pacjentom, osobom upoważnionym oraz innym uprawnionym podmiotom². Udostępnianie dokumentacji odbywało się zgodnie z zasadami ustalonymi w Regulaminie organizacyjnym NZOZ i w instrukcjach procedury systemu zarządzania jakością ISO 9001, a opłata pobierana za kopie dokumentacji medycznej nie przekraczała wysokości określonej w art. 28 ust. 4 powołanej ustawy.

Nieprawidłowości stwierdzono w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej. NZOZ nie spełniał niektórych wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.”), bowiem:

- w analizowanych historiach zdrowia i choroby nie zamieszczano informacji o ogólnym stanie zdrowia pacjenta, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach,
- w 11 spośród 120 objętych kontrolą historii zdrowia i choroby brakowało opisów badań podmiotowych i przedmiotowych,
- stwierdzono przypadki niechronologicznych i nieautoryzowanych zapisów, niezamieszczania opisu wyników zleconych badań, a także braku numeracji poszczególnych kart historii zdrowia i choroby.

Świadczy to o niezrealizowaniu wniosku skierowanego po kontroli NIK przeprowadzonej w 2007 roku.

Ponadto nie zapewniono należytej ochrony części dokumentacji archiwalnej przed dostępem osób nieuprawnionych oraz możliwością jej utraty lub zniszczenia, co stanowiło naruszenie § 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.

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 Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

1.1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

W latach 2013–2015 (I kwartał) w NZOZ dokumentację medyczną pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej (dalej „POZ”) prowadzono w formie papierowej. Analiza historii chorób 30 pacjentów wybranych spośród osób w wieku 45–65 lat, którzy po 1 stycznia 2013 r. złożyli deklarację wyboru lekarza w NZOZ i w marcu oraz w kwietniu 2015 roku skorzystali ze świadczeń zdrowotnych⁴ wykazała, że – zgodnie z wymogami § 10 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. – wszystkie historie zdrowia i choroby zostały oznaczone pieczęcią Zakładu oraz zawierały dane identyfikacyjne pacjentów, określone w art. 25 pkt 1 lit. a-e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- poszczególne wpisy we wszystkich historiach zdrowia i choroby były czytelne,
- w 28 historiach (93,3% badanych) wszystkie wpisy zostały sporządzone w porządku chronologicznym,
- błędne wpisy, stwierdzone w pięciu historiach (16,7% analizowanych) skorygowano zgodnie z wymogami § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.,
- w 29 historiach (96,7%) wszystkie wpisy posiadały autoryzację lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, tj. zawierały datę, podpis i pieczęć lekarza,
- wpisy o zleceniu badań diagnostycznych znajdowały się w 25 (83,3%) historiach zdrowia i choroby, opisy wyników badań – w 24 (80%), w jednym przypadku dołączono wyniki dostarczone przez pacjenta,
- w 25 (83,3%) historiach zamieszczono opisy badania podmiotowego i przedmiotowego,
- wywiad o przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych, obciążeniach dziedzicznych oraz pobytach w szpitalu znajdował się w jednej historii zdrowia i choroby,
- numerację poszczególnych stron posiadało 27 (90%) historii zdrowia i choroby.

(dowód: akta kontroli str. 210-246)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W dwóch z 30 (6,7%) analizowanych historii zdrowia i choroby lekarze POZ nie zachowali chronologii zapisów (w jednej historii wizytę z 19 marca 2015 r. odnotowano po zapisie wizyty z 9 kwietnia 2015 r., natomiast w kolejnej – po zapisach z lat 2003–2014 zamieszczono karty z zapisami od 25 marca 1991 r. do 8 kwietnia 2003 r., a następnie od 20 marca 2015 r.), co stanowiło naruszenie § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.
2. W jednej z 30 (3,3%) historii zdrowia i choroby, przy dwóch z pięciu znajdujących się w niej zapisów, nie zamieszczono podpisu i danych lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, co było niezgodne z wymogami § 10 ust. 1 pkt 3 powołanego rozporządzenia.
3. W pięciu z 30 (16,7%) historii zdrowia i choroby (w jednym z pięciu zapisów w każdej z historii), w części dotyczącej porad ambulatoryjnych, brakowało opisu badania podmiotowego i przedmiotowego, a w jednej (3,3%) – zapisu o rozpoznaniu choroby, co naruszało § 42 ust. 4 pkt 2 i 3 wymienionego rozporządzenia.
4. Lekarze w historiach zdrowia i choroby, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia pacjenta, nie zamieścili informacji wymaganych postanowieniami § 42 ust. 3 pkt 1–4 i 7 powołanego rozporządzenia, tj.:
 - o przebytych zabiegach chirurgicznych lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia oraz o wzroście i masie ciała – we wszystkich 30 analizowanych historiach zdrowia i choroby,

⁴ Analizowaną dokumentację prowadziło pięciu lekarzy.

- o przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych, obciążeniach dziedzicznych lub o ich niewystępowaniu, o pobytach w szpitalu lub o niekorzystaniu z takich form leczenia – w 29 z 30 skontrolowanych historii zdrowia i choroby.
5. W trzech z 30 (10%) analizowanych historii zdrowia i choroby nie ponumerowano stron dokumentacji, co naruszało wymogi § 5 wymienionego rozporządzenia.
(dowód: akta kontroli str. 210-247)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił: „Brak wywiadów dotyczących przebytych poważnych chorób, chorób przewlekłych, pobytów w szpitalu, zabiegów chirurgicznych, obciążeń dziedzicznych, wzrostu i wagi ciała prawdopodobnie wynikał z faktu, że nie miały one istotnego znaczenia dla dalszego trybu leczenia i zostały pominięte w zapisach dokumentacji. Brak zapisów dotyczących badań podmiotowych, przedmiotowych i rozpoznania choroby wynikał z przeoczenia lekarza prowadzącego pacjenta, z racji dużej liczby przyjmowanych pacjentów. Brak autoryzacji wynikał z niedopatrzenia lekarza. Takie przypadki zdarzają się sporadycznie. Natomiast brak numeracji stron, chronologii zapisów jest spowodowany błędami personelu rejestracji”.
(dowód: akta kontroli str. 248)

Odnosnie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia przez lekarzy dokumentacji medycznej, Dyrektor Naczelny NZOZ wyjaśnił: „Ja osobiście sprawuję nadzór nad całością działalności Zakładu, w tym również nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez lekarzy. W tym okresie (lata 2013–2015 I kwartał) przeprowadziłem jedną kontrolę w POZ. Zostały opracowane specjalne druki dotyczące badania podmiotowego, przedmiotowego i ogólnego stanu zdrowia pacjentów, aby ułatwić pracę lekarzom. Druki te dołączano do każdej nowozakładanej historii choroby, niestety nie udało się zdyscyplinować lekarzy do uzupełniania tego druku. Nieuzupełnianie formularzy lekarze tłumaczyli dużą ilością przyjmowanych pacjentów i brakiem czasu”. Ponadto Dyrektor NZOZ oświadczył, że od 1 czerwca 2015 r. w POZ wprowadzany jest system elektronicznej dokumentacji medycznej. System zawiera wszystkie elementy wymagane przepisami prawa i pominięcie ich nie będzie możliwe, co przyczyni się do prawidłowego prowadzenia dokumentacji.
(dowód: akta kontroli str. 287-288)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej stwierdzono również podczas kontroli NIK przeprowadzonej w NZOZ w 2007 roku (w zakresie realizacji zadań POZ). W wystąpieniu pokontrolnym z 18 grudnia 2007 r. NIK wniosowała o wyegzekwowanie od lekarzy obowiązku prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej⁵. Opisane wyżej nieprawidłowości wskazują jednak, iż NZOZ nie zrealizował tego wniosku.
(dowód: akta kontroli str. 287, 289-293)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w NZOZ.

1.2. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2015 w NZOZ dokumentację medyczną pacjentów poradni specjalistycznych prowadzono w formie papierowej. Analiza historii chorób 90 losowo wybranych pacjentów (po 30 z poradni kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej), w wieku 35–65 lat, którym świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielono w marcu 2015 roku wykazała, że stosownie do wymogów § 10 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. wszystkie historie zdrowia i choroby objęte analizą zawierały oznaczenie Zakładu (pieczęć) oraz dane identyfikacyjne pacjentów określone w art. 25 pkt 1 lit. a-e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto:

- poszczególne wpisy w historiach zdrowia i choroby były czytelne i sporządzone w porządku chronologicznym,
- błędne wpisy, stwierdzone w dziewięciu historiach (10% analizowanych) zostały skorygowane zgodnie z wymogami § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.,

⁵ Pismo LBI-410/20-9-2007.

- w 87 historiach (96,7%) wszystkie wpisy posiadały autoryzację lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, tj. zawierały datę, podpis i pieczęć lekarza,
- wpisy o zleceniu badań diagnostycznych znajdowały się w 77 (85,5%) historiach zdrowia i choroby, natomiast opisy wyników badań – w 65 (72,2%),
- opis badania przedmiotowego znajdował się we wszystkich historiach, zaś opis badania podmiotowego – w 89 (98,9% badanych dokumentów),
- wywiad o stanie zdrowia pacjenta obejmujący informacje o: przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu i przebytych zabiegach chirurgicznych znajdował się w odpowiednio ośmiu (8,9%), pięciu (5,5%), trzech (3,3%) i dwóch (2,2%) historiach zdrowia i choroby,
- numerację poszczególnych stron posiadało 88 (97,8%) badanych historii zdrowia i choroby. (dowód: akta kontroli str. 280-285)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na niezamieszczaniu przez lekarzy udzielających specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w historiach zdrowia i choroby wszystkich danych wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. I tak:

1. Z 30 analizowanych historii zdrowia i choroby pacjentów poradni kardiologicznej:

- w żadnej nie podano informacji o obciążeniach dziedzicznych lub o ich niewystępowaniu oraz o wzroście i masie ciała,
- w 29 nie było adnotacji o zabiegach chirurgicznych lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia,
- w 28 nie zamieszczono danych o pobytach w szpitalu lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia,
- w 26 brakowało wpisów o chorobach przewlekłych lub o ich niewystępowaniu,
- w 24 nie podano informacji o przebytych poważnych chorobach lub o ich niewystępowaniu,
- w jednej historii jeden wpis nie został opatrzony podpisem i danymi lekarza.

Stanowiło to naruszenie § 4 ust. 2 oraz § 42 ust. 3 pkt 1–4 i 7 powołanego rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 147-205)

2. Z 30 badanych historii zdrowia i choroby pacjentów poradni neurologicznej:

- w żadnej nie zamieszczono informacji o chorobach przewlekłych lub o ich niewystępowaniu, pobytach w szpitalu i zabiegach chirurgicznych lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia, obciążeniach dziedzicznych lub o ich niewystępowaniu, a także o wzroście i masie ciała,
- w 29 nie było wpisów o przebytych poważnych chorobach lub ich niewystępowaniu,
- w dwóch historiach, trzy z pięciu wpisów nie posiadało autoryzacji (podpisu i pieczęć lekarzy udzielających świadczeń),
- w jednej poszczególne karty nie zostały ponumerowane.

Stanowiło to naruszenie postanowień § 4 ust. 2, § 5 oraz § 42 ust. 3 pkt 1–4 i 7, rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. (dowód: akta kontroli str. 87-145)

3. Z 30 sprawdzanych historii zdrowia i choroby pacjentów poradni ortopedycznej:

- w żadnej nie zamieszczono danych o obciążeniach dziedzicznych lub o ich niewystępowaniu oraz o wzroście i masie ciała,
- w 29 nie podano informacji o przebytych poważnych chorobach, chorobach przewlekłych lub o ich niewystępowaniu, pobytach w szpitalu i zabiegach chirurgicznych lub o niekorzystaniu z takiej formy leczenia,
- w pięciu nie było opisów badań ani nie dołączono wyników badań, mimo zlecenia ich wykonania,
- w jednej brakowało numeracji stron, a w kolejnej nie zamieszczono opisu badania podmiotowego (jeden z pięciu zapisów).

Stanowiło to naruszenie § 5 oraz § 42 ust. 3 pkt 1-4 i 7, ust. 4 pkt 2 i 6 powołanego rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 27-86)

Dyrektor Naczelny wyjaśnił: „Brak w historiach chorób wywiadu odnośnie przebytych poważnych chorób, chorób rozwlekłych, pobytów w szpitalu, zabiegów chirurgicznych, obciążeń dziedzicznych, wzrostu i masy ciała jest prawdopodobnie spowodowany brakiem czasu i dużą ilością pacjentów przyjmowanych przez lekarzy specjalistów. Powodem braku autoryzacji zapisów, jak też braku numeracji stron jest przeoczenie lekarzy i personelu pracującego w rejestracji. W przypadku braku opisów badań istnieje prawdopodobieństwo, że pacjent z wynikami trafił do szpitala lub innej poradni i dlatego nie przedstawił ich lekarzowi zlecającemu badania. Brak opisu badania podmiotowego wynikał najprawdopodobniej z przeoczenia, bowiem trudno przypuszczać by wizyta odbyła się bez pytania o dolegliwości”. (dowód: akta kontroli str. 207)

W kwestii sprawowanego nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez lekarzy specjalistów, Dyrektor Naczelny NZOZ wyjaśnił, że w 2014 roku sprawdzał prowadzoną przez tych lekarzy dokumentację i prosił o prawidłowe jej sporządzanie. Nie przyniosło to jednak efektu, gdyż lekarze specjaliści pracują tylko kilka godzin tygodniowo i przyjmują w tym czasie kilkudziesięciu pacjentów, co powoduje skrócenie czasu na wizytę do minimum i brak czasu na przeprowadzenie pełnego wywiadu o ogólnym stanie zdrowia pacjenta. Ponadto Dyrektor oświadczył, że od lipca 2015 roku w poszczególnych poradniach NZOZ będzie wprowadzany system elektronicznej dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 287-288)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej przez lekarzy poradni kardiologicznej, neurologicznej i ortopedycznej Zakładu.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określone w Regulaminie organizacyjnym NZOZ, ustalonym 1 lipca 2011 r. przez Dyrektora Naczelnego i Dyrektora Operacyjnego, były zgodne z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, bowiem:

- dostęp do dokumentacji medycznej zagwarantowano pacjentom, ich przedstawicielom ustawowym oraz osobom upoważnionym, a także innym uprawnionym podmiotom, w tym Narodowemu Funduszowi Zdrowia, podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, sądom, organom rentowym oraz zespołom ds. orzekania o niepełnosprawności, zakładom ubezpieczeń,
- zapewniono wszystkie formy udostępnienia, w tym wgląd do dokumentacji w siedzibie Zakładu, wydawanie kopii, odpisów i wyciągów oraz wypożyczenie oryginału (za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu),
- ustalono sposób naliczania opłaty za sporządzenie kopii, wyciągów i odpisów dokumentacji odpowiadający wymogom powołanej ustawy.

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego NZOZ, w celu uzyskania odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej albo wglądu do tej dokumentacji osoby uprawnione były zobowiązane złożyć wniosek wg ustalonego wzoru. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna oraz zbiorcza udostępniana miała być za pośrednictwem lekarza prowadzącego pacjenta, w terminie pięciu dni roboczych od daty złożenia wniosku. Przewidziano, że pełna dokumentacja medyczna uprawnionym organom i podmiotom udostępniana będzie w postaci kopii dokumentacji (bez klisz z badań diagnostycznych), na pisemny wniosek, z adnotacją żądania wydania „pełnej dokumentacji”. Odbieranie wniosków oraz wydawanie kopii dokumentacji medycznej powierzono pracownikom Rejestracji. (dowód: akta kontroli str. 10-20)

Zasady postępowania przy udostępnianiu dokumentacji medycznej zostały określone także w instrukcjach sporządzonych w 2009 roku w ramach procedury systemu zarządzania jakością ISO 9001. I tak:

- w instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej instytucjom uprawnionym do jej otrzymania przewidziano, że po odszukaniu właściwej historii choroby i jej skopiowaniu, osoba kompetentna (nie wskazano konkretnej osoby ani stanowiska) potwierdza kopię

za zgodność z oryginałem i po wpisaniu przesyłki do książki korespondencji wysyła ją pod wskazany adres,

- w instrukcji wydawania kopii dokumentacji wskazano, że o udostępnienie kopii dokumentacji pacjenci występują z ustną prośbą, a ich dane oraz nazwę poradni, z której pochodzi dokumentacja odnotowuje się w zeszycie „Pobrane kopie dokumentacji” (nie określono osób i komórek organizacyjnych Zakładu odpowiedzialnych za przyjmowanie próśb pacjentów, prowadzenie ewidencji wydanych kopii oraz potwierdzanie za zgodność z oryginałem udostępnianych kopii),
- w instrukcji wydawania pacjentom oryginałów dokumentacji medycznej przewidziano, że oryginały dokumentacji są udostępniane pacjentom po złożeniu podania do Dyrektora NZOZ. Po wyrażeniu zgody, pielęgniarka lub rejestratorka w zeszycie „Rzeczy pobrane” odnotowuje dane pacjenta, nazwę poradni, z której dokumentację udostępniono oraz datę wydania. (dowód: akta kontroli str. 21-23)

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określa regulamin organizacyjny. W regulamin tym ustalenie wysokości opłat zastrzeżono Dyrekcji NZOZ⁷ i określono maksymalne stawki zgodne z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Informację o pobieraniu przez NZOZ opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz sposób ustalania opłat wywieszono przy Rejestracji (znajdującej się na parterze siedziby Zakładu). (dowód: akta kontroli str. 15-16, 25)

W okresie objętym kontrolą opłata za sporządzenie jednej strony kopii dokumentacji medycznej wynosiła 70 gr. Kwota ta nie przekraczała progu 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, poczynając od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁸.

Opłaty za wydane kopie dokumentacji wnoszone przez pacjentów ewidencjonowano w kasie rejestrującej (fiskalnej). W sporządzanych raportach (dobowych i miesięcznych) wyszczególniano ogólną kwotę sprzedaży zaewidencjonowanej w kasie w ciągu dnia i miesiąca, w rozbiciu na poszczególne stawki VAT. W celu zapewnienia kontroli prawidłowości rozliczania podatku, sporządzano dodatkowo raport sprzedaży asortymentowej – „niefiskalny zerujący miesięczny raport sprzedaży”, w którym wyszczególniano m.in. ogólną kwotę opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wpływy z tego tytułu uzyskane przez NZOZ wyniosły 1.916 zł w 2013 roku, 2.876 zł w 2014 roku i 871 zł w I kwartale 2015 roku. Nie wyszczególniono natomiast wpływów za wydanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 24)

Odnośnie wysokości opłat za sporządzenie kopii oraz pobierania opłat za wyciągi i odpisy dokumentacji medycznej, Dyrektor Naczelny NZOZ wyjaśnił: „Wysokość opłat za udostępnienie kopii dokumentacji medycznej wynosiła w latach 2013–2015 70 gr. za jedną stronę i nie była zmieniana. Nie przypominam sobie aby w latach 2013–2015 były wnioski o udostępnienie odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej. Dlatego najprawdopodobniej nie została określona wysokość opłat za odpisy i wyciągi. Gdyby były wnioski o udostępnienie odpisu lub wyciągu wysokość opłaty ustalono by zgodnie z zasadami wynikającymi z Regulaminu organizacyjnego Zakładu” (w Regulaminie opisano sposób ustalania opłat). (dowód: akta kontroli str. 208)

⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 618

⁷ Zgodnie z §§ 9-11 Regulaminu organizacyjnego NZOZ, Zakładem kieruje dyrektor naczelny i dyrektor operacyjny. Dyrektorzy są przełożonymi wszystkich pracowników i decydują we wszystkich sprawach dotyczących działalności Zakładu związanych z lecznictwem, administracją i gospodarką.

⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 748. Wysokość przeciętnego wynagrodzenia wynosiła w: I kwartale 2015 roku – 4.054,89 zł (MP z 2015 r. poz. 410), IV kwartale 2014 roku – 3.942,67 zł (MP z 2015 r. poz. 181), III kwartale 2014 roku – 3.781,14 zł (MP z 2014 r. poz. 1077), II kwartale 2014 roku – 3.739,97 zł (MP z 2014 r. poz. 682), I kwartale 2014 roku – 3.859,31 zł (MP z 2014 r. poz. 326), IV kwartale 2013 roku – 3.823,32 zł (MP z 2014 r. poz. 148), III kwartale 2013 roku – 3.651,72 zł (MP z 2013 r. poz. 904), II kwartale 2013 roku – 3.612,51 zł (MP z 2013 r. poz. 672), I kwartale 2013 roku – 3.740,05 zł (MP z 2013 r. poz. 392).

Zgodnie z instrukcjami procedury systemu zarządzania jakością, ewidencjonowano wypożyczenie oryginału oraz wydanie kopii dokumentacji. Nie prowadzono natomiast rejestru wpływających wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Dyrektor Operacyjna Zakładu wyjaśniła: „Nie widzieliśmy potrzeby prowadzenia takich rejestrów, gdyż nie są one wymagane żadnymi przepisami. Wpływające do Zakładu wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej są przechowywane w Rejestracjach, a po upływie roku są przekazywane do archiwum”. (dowód: akta kontroli str. 21-23, 209, 272-273)

Aktualną dokumentację medyczną pacjentów NZOZ zabezpieczono przed zniszczeniem oraz dostępem osób nieuprawnionych. Przechowywano ją w drewnianych i metalowych szafkach ustawionych w Rejestracjach poradni specjalistycznych (na I piętrze) i poradni POZ (na parterze), w gabinecie medycyny pracy (nr 2) oraz w specjalnie wydzielonym pomieszczeniu (nr 35) zamykanym drzwiami ze standardowym zamkiem.

Odpowiednio zabezpieczono też część dokumentacji archiwalnej. Przechowywano ją bowiem w pomieszczeniu archiwum zlokalizowanym w suterenie siedziby NZOZ, obok pomieszczeń administracyjnych. Historie zdrowia i choroby znajdowały się w regałach, szafach oraz w pięciu kartonowych pudłach ustawionych na podłodze. Drzwi do archiwum zamykano standardowym zamkiem. Natomiast historie zdrowia i choroby pacjentów poradni kardiologicznej urodzonych w latach 1912–1965 znajdowała się w drewnianych, niezamykanych szafkach, ustawionych w korytarzu części administracyjnej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Dyrektorzy Zakładu nie ustalali wewnętrznych uregulowań określających sposób przechowywania i zabezpieczenia dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych. (dowód: akta kontroli str. 26)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nienależytym zabezpieczeniu przed dostępem osób nieuprawnionych oraz możliwością utraty i zniszczenia historii zdrowia i choroby pacjentów poradni kardiologicznej, urodzonych w latach 1912–1965. Dokumenty te przechowywano bowiem w drewnianych niezamykanych boksach, ustawionych w korytarzu na wprost pomieszczenia archiwum, zlokalizowanego w suterenie budynku NZOZ, obok pomieszczeń administracyjnych, do których dostęp miały także osoby postronne (pacjenci, interesanci). Stanowiło to naruszenie § 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia, w myśl których podmiot, który sporządził dokumentację zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. (dowód: akta kontroli str. 26)

Dyrektor Operacyjna Zakładu wyjaśniła: „Brak zabezpieczeń dokumentacji medycznej pacjentów wynika z warunków lokalowych, braku dodatkowych pomieszczeń na dokumentację”. (dowód: akta kontroli str. 209)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niespójne uregulowania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, zawarte w Regulaminie organizacyjnym Zakładu z 1 lipca 2011 r. oraz w instrukcjach procedur systemu zarządzania jakością z 2009 roku. W Regulaminie ustalono bowiem, że sporządzenie i udostępnienie odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej dla uprawnionych osób uwarunkowane jest złożeniem wniosku wg określonego wzoru. Natomiast zgodnie z instrukcjami, udostępnienie kopii dokumentacji następuje na podstawie ustnej prośby pacjenta. (dowód: akta kontroli str. 10-23)

Dyrektor Naczelny Zakładu wyjaśnił: „Regulamin Organizacyjny został sporządzony później niż instrukcje i przeoczono nieco inne zapisy w procedurach ISO. Udostępnianie dokumentacji odbywa się przede wszystkim w oparciu o procedury ISO”. (dowód: akta kontroli str. 207-208)

Przepisy art. 23-27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie określają formy wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, zorganizowanie w NZOZ procesu udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, osobom upoważnionym oraz uprawnionym podmiotom.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2015 (I kwartał), zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego Zakładu, zadania związane z udostępnianiem uprawnionym osobom i innym podmiotom dokumentacji medycznej wykonywało siedem osób zatrudnionych w Rejestracji, na stanowiskach rejestratora usług medycznych, asystenta stomatologa i pracownika administracyjnego (w tym jedna osoba zatrudniona na umowę zlecenie od 1 lutego 2012 r. do 21 listopada 2014 r.). W aktach osobowych tych pracowników znajdowały się podpisane oświadczenia o zapoznaniu się z tajemnicą przedsiębiorstwa, a w przypadku pięciu osób – także m.in. zobowiązanie do zachowania poufności w zakresie wszystkich spraw związanych z działalnością pracodawcy, nieujawniania tajemnicy handlowej i służbowej, także po ustaniu stosunku pracy oraz do zwrotu posiadanej dokumentacji w przypadku rozwiązania stosunku pracy. Dyrektor Operacyjnej Zakładu wyjaśniła, że osoby te zostały zapoznane z przepisami o ochronie danych osobowych, co wynika z podpisanych oświadczeń o zapoznaniu się z tajemnicą przedsiębiorstwa.

(dowód: akta kontroli str. 14-15, 209, 249-261)

W NZOZ znajdowało się 117 wniosków o udostępnienie oryginałów dokumentacji medycznej, złożonych przez pacjentów i upoważnione osoby, z tego 51 z 2013 roku, 55 z 2014 roku i 11 z I kwartału 2015 roku. NZOZ posiadał też pięć z 21 wniosków wniesionych w latach objętych kontrolą przez uprawnione podmioty (wg danych z dziennika korespondencji 10 wniosków złożył ZUS, sześć sądy, a pięć inne instytucje). Analiza 30 losowo wybranych wniosków pacjentów wykazała, że najczęstszym powodem ubiegania się o udostępnienie dokumentacji medycznej była konieczność przedłożenia jej komisjom lekarskim (18 przypadków) oraz wizyty u lekarzy w innych placówkach. Natomiast powody złożenia wniosków przez inne uprawnione podmioty, to postępowanie przed komisją ZUS (trzy wnioski) i prowadzenie postępowania sądowego (dwa wnioski).

Wszystkie wnioski pacjentów z lat 2013–2014 zostały rozpatrzone pozytywnie. Natomiast z 11 wniosków złożonych w I kwartale 2015 roku, cztery nie zostały wykazane w rejestrach udostępnionej dokumentacji, ani nie wydano w stosunku do nich decyzji odmownej. Pozytywnie rozpatrzono wszystkie wnioski innych uprawnionych podmiotów.

Odnośnie liczby wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej wniesionych przez uprawnione podmioty Dyrektor Operacyjna wyjaśniła: *„Wnioski były realizowane na bieżąco i odkładane do archiwum razem z inną dokumentacją. W czasie kontroli udało się odszukać tylko 5 wniosków. Uważaliśmy, że skoro wnioski są rozpatrywane na bieżąco, to nie ma potrzeby zakładania ich ewidencji”*. Co do czterech wniosków z 2015 roku Dyrektor podała, że: *„Wnioski te zostały rozpatrzone pozytywnie, nie zostały ujęte w rejestrze z powodu przeoczenia”*.

(dowód: akta kontroli str. 262-271, 278-279)

Zakład prawidłowo wywiązywał się z obowiązku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom i uprawnionym podmiotom. Zgodnie z instrukcjami procedur systemu zarządzania jakością, kopie historii zdrowia i choroby wydawano pacjentom i uprawnionym osobom na podstawie ustnych próśb, zgłaszanych do pracowników Rejestracji NZOZ. Wydanie kopii odnotowywano w „Rejestrach pobranych kopii dokumentacji medycznej”, wskazując imię i nazwisko pacjenta, datę wydania dokumentacji, nazwę poradni oraz podpis osoby odbierającej (nie wskazywano daty złożenia próśby o dokumentację). W latach 2013–2015 pracownicy Rejestracji POZ potwierdzili wydanie dokumentacji odpowiednio pięciu, dziewięciu i 12 osobom. Natomiast pracownicy Rejestracji poradni specjalistycznych, do 25 maja 2015 r. odnotowali wydanie kopii dokumentacji 248 osobom, przy czym od 25 stycznia 2013 r. nie podawano dat wydania kopii dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 272)

Oryginały dokumentacji medycznej wydawano pacjentom i upoważnionym osobom na podstawie pisemnych wniosków, sporządzonych wg wzoru ustalonego w Regulaminie organizacyjnym Zakładu. Udostępnienie dokumentacji ewidencjonowano w „Zeszytach wypożyczonych historii choroby”, prowadzonych przez pracowników Rejestracji, wpisując między innymi dane identyfikacyjne pacjenta, którego dokumentację wypożyczono, datę wydania dokumentacji, datę jej zwrotu oraz podpisy osoby zwracającej i przyjmującej

dokumentację. Nie prowadzono natomiast ewidencji dokumentacji udostępnionej innym uprawnionym podmiotom. (dowód: akta kontroli str. 263-270, 272-273)

Analiza 30 losowo wybranych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, złożonych w latach objętych kontrolą przez pacjentów i upoważnione osoby oraz pięciu wniosków wniesionych przez inne uprawnione podmioty, wykazała, że w 15 przypadkach dotyczących pacjentów dokumentację wydano w dniu otrzymania wniosku, zaś w pozostałych 15 – nie można było ustalić terminu, z powodu nieodnotowania daty złożenia wniosku. Dokumentacja medyczna, o udostępnienie której wnioskowały inne uprawnione podmioty została przesłana w wyznaczonych terminach.

Pacjenci wnioskowali głównie o udostępnienie oryginałów historii zdrowia i choroby, w dwóch przypadkach także o wypożyczenie zdjęcia rtg. Dyrektor Operacyjna NZOZ wyjaśniła, że: „Wyniki badań specjalistycznych udostępniano pacjentom na podstawie ustnych wniosków zgłaszanych do pracowników Rejestracji. W rejestrach wydanej dokumentacji podawano ogólnie, że udostępniono dokumentację”.

(dowód: akta kontroli str. 263-270, 278)

W latach 2013–2015 (do 31 maja 2015 r.) procedura udostępniania dokumentacji medycznej przez NZOZ nie była przedmiotem nadzoru i kontroli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych organów. (dowód: akta kontroli str. 275-277)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w prowadzonym rejestrze wypożyczonych historii chorób wykazano udostępnienie oryginałów dokumentacji medycznej 73 pacjentom w 2013 roku, 74 pacjentom w 2014 roku i 13 do końca I kwartału 2015 roku, podczas gdy w dokumentacji Zakładu znajdowało się odpowiednio 51, 55 i 11 wniosków o wypożyczenie dokumentacji. Dyrektor Operacyjna NZOZ wyjaśniła: „W rejestrze odnotowano wszystkie wnioski, które zostały złożone i rozpatrzone pozytywnie. Część wniosków nie zawierała daty złożenia i dlatego pewnie została włożona do archiwum wraz z dokumentami dotyczącymi wcześniejszych lat”.

(dowód: akta kontroli str. 262, 272-273, 278-279)

Ponadto z rejestru wypożyczonych historii chorób wynika, że w latach 2013–2015 (I kwartał) w pięciu przypadkach nie odnotowano czy wypożyczona dokumentacja została zwrócona. Dyrektor Operacyjna NZOZ wyjaśniła: „Na podstawie weryfikacji dokumentacji pacjenta sprawdza się czy wypożyczona dokumentacja została zwrócona. W przypadku gdy weryfikacja stwierdzi, że dokumentacja nie została zwrócona w ustalonym terminie, kierownik administracyjny Zakładu telefonuje do pacjenta i przypomina o konieczności jej zwrotu. Brak adnotacji w rejestrze o zwrocie dokumentacji wynikał z przeoczenia”.

(dowód: akta kontroli str. 272-273, 278-279)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie udostępnianie przez NZOZ dokumentacji medycznej pacjentom i innym uprawnionym podmiotom.

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

Opis stanu
faktycznego

W myśl postanowień Regulaminu organizacyjnego NZOZ, skargi oraz wnioski składane przez wszystkich użytkowników Zakładu przyjmują i rozstrzygają Dyrektor Naczelny i Dyrektor Operacyjny. W prowadzonym w NZOZ zeszycie skarg i wniosków odnotowano cztery skargi – po jednej w 2009 roku i 2010 roku oraz dwie skargi w 2012 roku. Żadna z nich nie dotyczyła odmowy wydania dokumentacji medycznej, utrudnień w dostępie do dokumentacji, w tym czasu oczekiwania na dokumentację oraz wysokości opłat. Dyrektor Operacyjny NZOZ wyjaśniła, że do zeszytu skarg i wniosków wpisywane są wszystkie zgłaszane skargi.

(dowód: akta kontroli str. 209, 274, 286)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Z uwagi na niewystępowanie zdarzeń będących przedmiotem badania, NIK nie formułuje oceny w tym obszarze.

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 Kontroli⁹, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów NZOZ prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Zabezpieczenie całej archiwalnej dokumentacji medycznej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

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
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.

Białystok, dnia 14 lipca 2015 r.

Kontroler
Jerzy Chwiedosik
główny specjalista kontroli państwowej

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

.....
podpis

.....
podpis

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.