



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.010.01.2015

P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz

T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60

lby@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 Bydgoszczy
Kontrolerzy	Łukasz Burczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94702 z dnia 11 czerwca 2015 r.; Leszek Murat, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94701 z dnia 8 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2, 29-30)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. bł. ks. J. Popiełuszki, ul. Wieniecka 49, 87-800 Włocławek (dalej „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Bruzdowicz, p.o. Dyrektor Szpitala ¹ . (dowód: akta kontroli str. 24-28, 230)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w okresie objętym kontrolą (1 stycznia 2013 r. – 31 lipca 2015 r.) dokumentacja medyczna pacjentów w zasadniczej części prowadzona była w sposób prawidłowy. Zawierała ona w szczególności datę i tryb przyjęcia do szpitala, rozpoznanie kliniczne oraz opis zastosowanego leczenia. Stwierdzone nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej dotyczyły m.in. niespełnienia przez część objętych badaniem historii chorób pacjentów wymogów prawnych³ dotyczących: autoryzowania wpisów (85%), dokonywania korekt wpisów (25%) oraz wypisania pacjenta ze szpitala (12,5%). W badanej dokumentacji występowały również przypadki nieczytelnych wpisów.

W Szpitalu rzetelnie prowadzono rejestr podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz podmiotów, którym ją udostępniono. Badanie 60 przypadków wnioskowania do Szpitala o udostępnienie dokumentacji medycznej wykazało:

- występowanie nieuzasadnionej zwłoki w udostępnianiu dokumentacji medycznej (od 30 do 44 dni od złożenia wniosku) – w pięciu badanych przypadkach;

¹ Od dnia 18 czerwca 2015 r. W okresie objętym kontrolą obowiązki Dyrektora Szpitala pełnili także: Stefan Kwiatkowski (do 3 kwietnia 2013 r.) oraz Krzysztof Malatyński (od 4 kwietnia 2013 r. do 17 czerwca 2015 r.).

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

- brak możliwości ustalenia czasu oczekiwania przez wnioskodawcę na dokumentację z powodu nieodnotowania przez Szpital daty złożenia wniosku – w pięciu przypadkach;
- nieprawidłowe udostępnienie wnioskodawcy dokumentacji medycznej – w jednym przypadku;
- niezwłoczne udostępnienie dokumentacji medycznej wnioskodawcy – w 49 przypadkach.

Pisemną procedurę udostępniania dokumentacji medycznej Szpital wprowadził dopiero w trakcie kontroli NIK⁴.

Jako nieprawidłowy NIK oceniła sposób przechowywania części dokumentacji medycznej. Warunki jej przechowywania nie zabezpieczały w pełni przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

1.1. Do badania dokumentacji medycznej wybrano historie choroby 40 pacjentów powyżej 35 roku życia, hospitalizowanych na oddziałach: kardiologii, neurologii, chirurgii i ortopedii, przebywających w Szpitalu w okresie 1 stycznia 2013 r. – 31 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

W wyniku badania ustalono m.in., że we wszystkich historiach choroby:

- wpisano datę i tryb przyjęcia pacjenta do Szpitala (w 27 przypadkach – doraźnie, a w 13 przypadkach – planowo), a wpisy znajdowały się w porządku chronologicznym;
- podpisane wpisy posiadały adnotację o specjalizacji lekarza, który dokonywał wpisu (jeżeli lekarz posiadał specjalizację);
- wpisano rozpoznanie kliniczne, opis zastosowanego leczenia, datę wypisania ze szpitala.

Ponadto do wszystkich historii chorób dołączono: kartę zaleceń lekarskich, kartę indywidualnej opieki lekarskiej, wyniki badań, konsultacji lub zabiegów oraz kartę informacyjną.

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

W większości historii chorób znajdowały się wpisy dotyczące: wywiadu lekarskiego (38), badania przedmiotowego (37), rozpoznania wstępnego (39), przyczyn i okoliczności wypisania ze Szpitala (35), a także podpis lekarza kierującego oddziałem (38).

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

W dziewięciu zbadanych historiach choroby pierwszego wpisu dokonano w dniu przyjęcia pacjenta na oddział, w 22 przypadkach – następnego dnia, natomiast w dziewięciu wpisów dokonano po upływie 2 dni.

⁴ Obowiązywała od 8 czerwca 2015 r.

W 27 zbadanych historiach choroby wpisy były dokonywane codziennie, w 12 – z częstotliwością od 2 do 3 dni, natomiast w jednej karcie wpisy były dokonywane z przerwami przekraczającymi 7 dni.

W 28 przypadkach dokumentacja medyczna została przekazana do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem w dniu wypisu.

Jedna spośród przebadanych historii chorób dotyczyła pacjenta, który zmarł podczas pobytu w Szpitalu. Dokumentacja zawierała wszystkie adnotacje określone w § 20 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

Spośród objętych badaniem 40 historii choroby stwierdzono, że w dwóch historiach choroby⁵ nie dokonano wpisu dotyczącego wywiadu lekarskiego, a w trzech historiach choroby⁶ nie dokonano wpisu dotyczącego badania przedmiotowego. Zgodnie z § 17 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, historia choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala powinna zawierać m.in. istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego.

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

W Szpitalu nie dokonywano adnotacji o przekazaniu dokumentacji medycznej do działu statystyki Szpitala oraz z działu statystyki do archiwum. Kierownik Działu Organizacji i Rozliczeń poinformowała, że dokumentacja przekazywana jest w praktyce w ciągu 2 tygodni do działu statystyki oraz w terminie 2 tygodni do archiwum. Pan Krzysztof Szczepański – p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podał m.in., że „w Szpitalu nie dokonuje się adnotacji o przekazaniu (przejęciu) dokumentacji medycznej do Sekcji Dokumentacji Chorych oraz Archiwum z uwagi na brak przepisów prawnych regulujących taki obowiązek. Dyrekcja wprowadzi Zarządzeniem Wewnętrznym obowiązek ewidencjonowania przekazywania dokumentacji medycznej”.

Zdaniem NIK, w celu lepszego zabezpieczenia funkcjonowania obiegu dokumentów w Szpitalu, zasadne jest wprowadzenie obowiązku ewidencjonowania dokumentacji przy jej przekazywaniu pomiędzy ww. komórkami organizacyjnymi, obniżając ryzyko jej zagubienia.

(dowód: akta kontroli str. 241-320, 372)

Opis stanu
faktycznego

1.2. Do badania dokumentacji medycznej wybrano historie choroby 20 pacjentów powyżej 35 roku życia, przebywających w Szpitalu co najmniej sześć dni, hospitalizowanych w dniu prowadzenia kontroli NIK w tym zakresie na oddziałach: kardiologii, neurologii, chirurgii i ortopedii. Ustalono, że wszystkie ww. historie chorób pacjentów spełniały wymogi dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, a także wymogi dotyczące przebiegu hospitalizacji, określone w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej, w tym:

- we wszystkich historiach choroby wpisano datę i tryb przyjęcia pacjenta do Szpitala (w 17 przypadkach – doraźnie, a w 3 przypadkach – planowo), a wpisy znajdowały się w porządku chronologicznym;
- podpisane wpisy posiadały adnotację o specjalizacji lekarza, który dokonywał wpisu (jeżeli lekarz posiadał specjalizację);
- do wszystkich historii chorób dołączono kartę obserwacji, kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, a także wyniki badań, konsultacji lub zabiegów;

⁵ Numer pozycji w księdze przyjęć: 20935/2014, 19456/2014.

⁶ Numer pozycji w księdze przyjęć: 20935/2014, 19456/2014, 13183/2014.

- we wszystkich historiach choroby wpisano rozpoznanie kliniczne, badanie przedmiotowe i wywiad lekarski, a wpisy były czytelne.

(dowód: akta kontroli str. 335-354)

W ośmiu zbadanych historiach choroby pierwszego wpisu dokonano w dniu przyjęcia pacjenta na oddział, w 12 przypadkach – następnego dnia, natomiast w dwóch – wpisu dokonano po upływie 2 dni. Pozostałe zbadane wpisy we wszystkich zbadanych historiach choroby dokonywane były codziennie.

(dowód: akta kontroli str. 335-354)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

W ocenie NIK, prowadzenie na Oddziale Kardiologii części dokumentacji medycznej bezpośrednio w komputerze w edytorze tekstów⁷ oraz stosowanie na Oddziale Ortopedii i Traumatologii programu komputerowego służącego do prowadzenia dokumentacji medycznej, nie zapewniało warunków rzetelnego jej prowadzenia, ponieważ dokonywane wpisy mogły być dowolnie korygowane i usuwane bez pozostawienia śladów takich operacji (w tym wskazania osoby dokonującej korekty, daty korekty i przyczyn).

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił, że „w Oddziale Kardiologii dokumentacja medyczna jest prowadzona w sposób mający maksymalnie spełnić wszelkie wymagania dotyczące czytelności dokumentacji medycznej, w związku z tym jest prowadzona w komputerowym edytorze tekstów. Po pełnym wdrożeniu programu AMMS (...) personel Oddziału będzie korzystał z tego programu (...). Konieczność sporządzenia rejestru zmian w każdym momencie uzupełniania dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej zostanie zgłoszona do producenta oprogramowania celem dostosowania go do obowiązujących przepisów”.

(dowód: akta kontroli str. 340-348, 372)

Ustalono
nieprawidłowości

W objętych badaniem 40 historiach choroby stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W jednej historii choroby⁸ (tj. w 2,5%) nie dokonano wpisu dotyczącego rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego, co stanowiło naruszenie § 17 ust. 1 pkt. 6 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.
2. Dwie historie choroby⁹ (tj. 5%) nie posiadały dołączonej karty obserwacji, co stanowiło naruszenie § 18 ust. 2 pkt. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.
3. Pięć historii choroby¹⁰ (tj. 12,5%) nie spełniało wymogu dotyczącego wypisania pacjenta ze szpitala, tj. nie zawarto w nich adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania pacjenta ze szpitala, co stanowiło naruszenie § 19 pkt. 5 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.
4. Dwie historie choroby¹¹ nie zostały ocenione i podpisane przez lekarza kierującego oddziałem, co stanowiło naruszenie obowiązku wynikającego z § 24 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.
5. W dziesięciu historiach choroby¹² dokonano korekty wpisów niezgodnie z wymogami (stwierdzono brak adnotacji o przyczynie błędu oraz oznaczenia osoby dokonującej

⁷ Wpisy z obserwacji lekarskiej (numer pozycji w księdze przyjęć: 14201/2015, 13264/2015, 14361/2015).

⁸ Numer pozycji w księdze przyjęć: 7958/2013.

⁹ Numer pozycji w księdze przyjęć: 16138/2013, 28382/2014.

¹⁰ Numer pozycji w księdze przyjęć: 16585/2013, 12154/2013, 10696/2013, 9826/2013, 7958/2013.

¹¹ Numer pozycji w księdze przyjęć: 27156/2014, 12740/2014.

¹² Numer pozycji w księdze przyjęć: 19490/2013, 18137/2013, 16585/2013, 13085/2013, 12154/2013, 7958/2013, 4789/2013, 20935/2014, 6869/2014, 6178/2014.

adnotacji), co stanowiło naruszenie § 4 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.

6. W 34 historiach choroby¹³ znajdował się co najmniej jeden nieautoryzowany wpis, co stanowiło naruszenie § 4 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.
7. W 31 historiach choroby¹⁴ strony dokumentacji choroby nie były ponumerowane, co stanowiło naruszenie § 5 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.

(dowód: akta kontroli str. 241-320)

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił, że ww. nieprawidłowości wynikały z niedopatrzenia osób udzielających świadczeń i dokonujących wpisów do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 371-372, 415-417, 433-436)

8. Osiem historii chorób¹⁵ zawierało nieczytelne wpisy¹⁶, co stanowiło naruszenie § 4 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił, że ww. nieprawidłowości wynikały z charakteru pisma osób dokonujących wpisów.

(dowód: akta kontroli str. 241-320, 432)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, prowadzenie i przetwarzanie przez Szpital dokumentacji medycznej.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

2.1. Od 8 czerwca 2015 r. w Szpitalu obowiązywała procedura udostępniania dokumentacji medycznej przyjęta zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 89/2015 (zwanym dalej „zarządzeniem w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej”)¹⁷.

W okresie wcześniejszym objętym kontrolą w Szpitalu nie obowiązywał regulamin udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 3-14, 372-373)

W *zarządzeniu w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej* określono trzy formy jej udostępniania:

1. do wglądu na miejscu w Szpitalu w obecności pracownika Archiwum lub Sekcji Dokumentacji Chorych bądź lekarza prowadzącego albo w razie jego nieobecności Kierownika Oddziału, w którym pacjent przebywał;

¹³ Numer pozycji w księdze przyjęć: 24713/2013, 21123/2013, 19490/2013, 18137/2013, 16585/2013, 16138/2013, 13549/2013, 13085/2013, 12154/2013, 10696/2013, 10183/2013, 9826/2013, 9670/2013, 7958/2013, 4789/2013, 3970/2013, 3264/2013, 2370/2013, 2176/2013, 2141/2013, 26741/2014, 20291/2014, 19552/2014, 14548/2014, 13183/2014, 12740/2014, 11212/2014, 6869/2014, 6178/2014, 28382/2014, 1077/2014, 4804/2014, 5518/2014, 5985/2014.

¹⁴ Numer pozycji w księdze przyjęć: 24713/2013, 21123/2013, 19490/2013, 18137/2013, 16585/2013, 16138/2013, 13549/2013, 13085/2013, 12154/2013, 10696/2013, 10183/2013, 9826/2013, 9670/2013, 7958/2013, 4789/2013, 3970/2013, 3264/2013, 2370/2013, 2176/2013, 2141/2013, 20935/2014, 19456/2014, 14548/2014, 13183/2014, 12740/2014, 11212/2014, 6869/2014, 1077/2014, 4804/2014, 5518/2014, 5985/2014.

¹⁵ Numer pozycji w księdze przyjęć: 24713/2013, 21123/2013, 18137/2013, 16585/2013, 16138/2013, 10696/2013, 7958/2013, 3264/2013.

¹⁶ Za nieczytelne uznano wpisy, których nie mogła odczytać osoba wyznaczona przez kierownika jednostki kontrolowanej do udziału w badaniu dokumentacji medycznej.

¹⁷ Zarządzenie wewnętrzne Nr 89/2015 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Wrocławiu z dnia 8 czerwca 2015 r. w sprawie wprowadzenia procedury udostępniania dokumentacji medycznej P-O-22.

2. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii;
3. poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

W ww. zarządzeniu określono także ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej (w tym m.in. wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, wzór upoważnienia do odbioru dokumentacji medycznej), termin udostępnienia (niezwłocznie, nie później niż w terminie do 10 dni roboczych licząc od daty złożenia wniosku), miejsce odbioru dokumentów, osobę odpowiedzialną za nadzorowanie udostępniania dokumentacji medycznej.

Wzory wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz upoważnienia do odbioru dokumentacji medycznej zostały opublikowane na stronie internetowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 3-13, 168-173)

Realizacja zadań związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej wykonywana była przez:

- a) Sekretariat Szpitala (przyjmowanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, wydawanie dokumentacji medycznej);
- b) Archiwistę wyznaczonego przez Kierownika Działu Organizacji i Rozliczeń (załatwianie wniosków składanych przez pacjentów, przedstawicieli ustawowych i osoby przez nich upoważnione) lub pracownika Sekcji Dokumentacji Chorych (pozostałe wnioski);
- c) Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (wyrażanie zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej).

(dowód: akta kontroli str. 3-13, 169)

Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej została określona w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala¹⁸, a także została opublikowana na stronie internetowej Szpitala. Według stanu na 29 czerwca 2015 r. za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej szpital pobierał 8,11 zł brutto, natomiast za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej 0,81 zł brutto. W badanym okresie opłata za udostępnianie dokumentacji medycznej nie przekraczała maksymalnych wielkości określonych w art. 28 ust. 4 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁹. Z opłat zwolniono instytucje uprawnione do nieodpłatnego otrzymania dokumentacji (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

(dowód: akta kontroli str. 3-13, 62, 144-145, 169, 373, 408-413)

Szpital nie prowadził rejestru opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Pan Krzysztof Malatyński – Dyrektor Szpitala (do 17 czerwca 2015 r.) podał, że wpłaty dokonywane są w wyznaczonych miejscach, na potwierdzenie czego wystawiany jest paragon fiskalny lub faktura.

(dowód: akta kontroli str. 14)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu prowadzono rejestr podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji medycznej, oraz podmiotów, którym ją udostępniono, w postaci zeszytów, w których wpisywano m.in. datę otrzymania

¹⁸ W § 159 ust. 1 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wprowadzonego zarządzeniem wewnętrznym Nr 95/2014 Dyrektora Szpitala z dnia 16 lipca 2014 r. oraz w § 125 ust. 1 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wprowadzonego zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala Nr 51/2013 z dnia 8 lipca 2013 r.

¹⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

korespondencji, dane wnioskodawcy, treść otrzymanej korespondencji i treść wysłanej korespondencji.

(dowód: akta kontroli str. 414, 429-430)

2.2. W Szpitalu nie określono przepisów wewnętrznych regulujących sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 321-334, 373, 375-402, 414)

W wyniku przeprowadzonych oględzin ustalono, że dokumentacja medyczna przechowywana jest w Szpitalu w ośmiu pomieszczeniach. Wszystkie pomieszczenia zostały wyposażone w gaśnice przeciwpożarowe, higrometry oraz odpowiednie oświetlenie.

(dowód: akta kontroli str. 321-322)

Ustalona
nieprawidłowość

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szpital nie zapewnił odpowiednich warunków przechowywania dokumentacji medycznej, tj. zabezpieczających ją w pełni przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, do czego Szpital był zobowiązany na mocy § 73 *rozporządzenia w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej*. W dwóch pomieszczeniach (nr 6 w piwnicy budynku administracji i nr 63 w piwnicy głównego budynku Szpitala) otwory okienne nie były zabezpieczone okratowaniem, a w trzech pomieszczeniach (nr 416 w piwnicy budynku Pulmonologii oraz nr 5 i 6 w piwnicy budynku administracji) stwierdzono zacieki wodne, które mogły spowodować utratę lub zniszczenie dokumentacji, zwłaszcza że zabezpieczona ona została poprzez częściowe nakrycie jej folią lub nie zabezpieczono jej wcale.

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił m.in., że nie dokonano zabezpieczeń okien ze względu na brak zatwierdzenia Instrukcji Archiwalnej przez Archiwum Państwowe w Toruniu, a „pomieszczenie w piwnicy budynku Pulmonologii jest pomieszczeniem tymczasowym. Dokumenty tam się znajdujące zostaną przeniesione do przygotowanych pomieszczeń w piwnicy budynku głównego Szpitala”.

(dowód: akta kontroli str. 321-322, 373)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

W Szpitalu nie określono zasad udostępniania kluczy zapasowych do pomieszczeń, w których przechowuje się dokumentację medyczną. Jednocześnie stwierdzono rozbieżności pomiędzy niektórymi pracownikami Szpitala co do kategorii osób upoważnionych do pobierania kluczy. Kasjerka Szpitala poinformowała, że klucze wydaje osobom upoważnionym przez Głównego Księgowego Szpitala, podczas gdy Archiwistka stwierdziła, że klucze kasjer powinien wydawać wyłącznie za zgodą dyrektora Szpitala (lub jego zastępcy).

W ocenie NIK stwierdzony stan faktyczny stwarza ryzyko dostępu do dokumentacji medycznej osób nieupoważnionych i związku z tym konieczne jest określenie w przepisach wewnętrznych Szpitala jednoznacznych zasad udostępniania wszystkich kluczy do pomieszczeń, w których znajduje się dokumentacja medyczna, a także zasad dokumentowania udostępniania tych pomieszczeń. Z obowiązującymi zasadami należy następnie zapoznać wszystkich pracowników, w posiadaniu których znajdują się ww. klucze.

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił m.in., że „zasady te zostaną opracowane po otrzymaniu z Archiwum Państwowego w Toruniu Instrukcji Archiwalnej”.

(dowód: akta kontroli str. 321-322, 414)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala w zakresie organizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

3. Udostępnianie dokumentacji medycznej

3.1. Pracownicy Szpitala zajmujący się udostępnianiem dokumentacji medycznej, tj. dwie osoby zatrudnione na stanowisku archiwisty oraz starszy statystyk medyczny w Sekcji Dokumentacji Chorych, otrzymali – celem zapoznania się i stosowania – „Procedurę udostępniania dokumentacji medycznej P-O-22” wprowadzoną zarządzeniem w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej. Jedna z tych osób uczestniczyła w szkoleniu z zakresu prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przeprowadzonym w Szpitalu w dniu 16 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 355-358)

3.2. W badanym okresie do Szpitala wpłynęło łącznie 1 168 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej (365 w 2013 r., 526 w 2014 r. i 277 w I kwartale 2015 r.), z których 341, tj. 29,2% (90 w 2013 r., 185 w 2014 r. i 66 w I kwartale 2015 r.) złożyli pacjenci lub osoby przez nich upoważnione, a 827, tj. 70,8% (275 w 2013 r., 341 w 2014 r. i 211 w I kwartale 2015 r.) – inne uprawnione podmioty.

Spośród złożonych wniosków zrealizowano 1 113 (95,3%), a 55 (4,7%) rozpatrzono negatywnie. Głównymi przyczynami braku realizacji wniosków były: nieodebranie przygotowanych kopii dokumentów przez wnioskodawcę (16 przypadków); brak stosownego upoważnienia do otrzymania dokumentów (16); rezygnacja z odbioru dokumentów przed ich skopiowaniem, tj. faktyczne wycofanie złożonego wniosku (6); brak w bazie pacjentów Szpitala pacjenta wskazanego we wniosku (4); zniszczenie dokumentacji związane z upływem określonego w przepisach terminu jej przechowywania przez Szpital (3); niemożność skopiowania dokumentów z powodu przekazania oryginałów prokuraturze (2). Nie stwierdzono przypadków odwoływania się do sądu wnioskodawców, którym odmówiono dostępu do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 14-23, 223-227)

3.3. Analiza sposobu i terminowości realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej przeprowadzona na próbie 60 wybranych losowo wniosków²⁰, w tym 30 złożonych przez pacjentów lub członków ich rodzin i 30 złożonych przez inne uprawnione podmioty, wykazała że:

– w przypadku pięciu wniosków Szpital nie udokumentował daty ich wpływu. Spośród pozostałych 55 wniosków, w 25 przypadkach (45,5%) dokumentację udostępniono w terminie do pięciu dni, w ośmiu przypadkach (14,5%) – od sześciu do 10 dni, w 22 przypadkach (40,0%) powyżej 10 dni, w tym w pięciu przypadkach²¹ (9,1%) w terminie 30 i więcej dni (tj. 37 i 44 dni). Przeciętny czas realizacji wniosku wynosił 10,4 dni, przy czym dla wniosków składanych przez pacjentów i członków ich rodzin czas ten wynosił 2,6 dni, a dla wniosków składanych przez inne uprawnione podmioty – 16,9 dni;

²⁰ Po 20 wniosków z lat: 2013, 2014 i I kwartału 2015 r.

²¹ Dotyczyło to wniosków złożonych przez: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w Warszawie, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. we Wrocławiu, Amplico Life S.A. w Warszawie (wszystkie złożone 7 stycznia 2013 r. i zrealizowane 6 lutego 2013 r., tj. po 30 dniach), Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. Oddział w Toruniu (złożony 31 grudnia 2012 r., zrealizowany 6 lutego 2013 r., tj. po 37 dniach), Prokuraturę Rejonową w Rypinie (złożony 5 stycznia 2015 r., zrealizowany 18 lutego 2015 r., tj. po 44 dniach).

- wnioskodawcy będący osobami fizycznymi co do zasady nie podawali we wnioskach przyczyn ich składania; przyczyny takie określono jedynie w trzech wnioskach na 30 zbadanych, podając kolejno „załatwienie formalności ubezpieczeniowych”, „okazanie w sądzie” i „dalsze leczenie”;
- wszystkich 30 wnioskodawców będących osobami prawnymi wskazało we wnioskach powód ich złożenia. Najczęściej wymienianymi powodami były: realizacja roszczenia odszkodowawczego przez towarzystwo ubezpieczeniowe (12 przypadków), prowadzenie postępowania przygotowawczego lub karnego przez sąd/prokuraturę (12), nadzorowanie przez prokuraturę dochodzenia prowadzonego przez policję (3);
- w przypadku wnioskowania przez pacjenta o udostępnienie mu wyników specjalistycznych badań diagnostycznych wniosek taki był realizowany;
- dokumentację udostępniano wnioskującym w formie kserokopii (55 przypadków), poprzez wydanie oryginałów dokumentów z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (4) oraz w postaci pisemnej informacji będącej częściowym odpisem z historii choroby (1).

(dowód: akta kontroli str. 359-366, 417, 438-451)

3.4. W badanym okresie Szpital przekazał właściwym organom (sądom, prokuraturze, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych) oryginały dokumentacji medycznej 32 pacjentów (w 2013 r. – 17, w 2014 r. – dziewięciu, w I kwartale 2015 r. – sześciu). Do 30 czerwca 2015 r. Szpitalowi zwrócono dokumenty dotyczące 14 pacjentów, z tego osiem kompletów przekazanych w 2013 r. i sześć przekazanych w 2014 r. Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił m.in., że Szpital nie praktykował wnioskowania o zwrot dokumentacji medycznej przekazanej w oryginale podmiotom zewnętrznym, ograniczając się do prowadzenia ewidencji wydanych dokumentów.

(dowód: akta kontroli str. 367-374)

3.5. W latach 2013-2015 (I kwartał) w Szpitalu przeprowadzono łącznie siedem kontroli zewnętrznych dotyczących m.in. prowadzenia dokumentacji medycznej²². Żadna z tych kontroli nie obejmowała swoim zakresem procedury udostępniania przez Szpital dokumentacji medycznej. W latach 2010-2012 nie przeprowadzano w Szpitalu kontroli prowadzenia dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 14-23, 223-227, 407)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W pięciu na 60 zbadanych spraw w zakresie terminowości realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpiła zwłoka w udostępnieniu tej dokumentacji. Udostępnienie nastąpiło w trzech przypadkach w terminie 30 dni, w dwóch przypadkach w terminie 37 i 44 dni od dnia złożenia wniosku. Zgodnie z § 78 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*, dokumentację medyczną udostępnia się podmiotom i organom upoważnionym bez zbędnej zwłoki.
2. W pięciu przypadkach Szpital nie odnotował daty wpływu pięciu wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. W tych przypadkach nie było możliwe ustalenie, w jakim terminie nastąpiła ich realizacja.

²² Kontrole zostały przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia (3), Narodowy Fundusz Zdrowia (3) i Rzecznika Praw Pacjenta (1).

3. Wniosek Prokuratury Rejonowej we Włocławku złożony w dniu 19 grudnia 2013 r. został przez Szpital zrealizowany nieprawidłowo, gdyż zamiast żadanego oryginału wnioskodawcy przesłano kopię dokumentacji medycznej. Prokuratura ponowiła swój wniosek, który Szpital zrealizował prawidłowo w dniu 21 stycznia 2014 r., tj. po upływie ponad miesiąca od daty wpływu pierwszego wniosku w tej sprawie.

(dowód: akta kontroli str. 359-366, 417, 438-451)

Pan Krzysztof Szczepański wyjaśnił m.in., że wydłużony czas realizacji niektórych wniosków spowodowany był nieprecyzyjnym określaniem przez wnioskodawców dat udzielonych przez Szpital świadczeń medycznych, czego konsekwencją było długotrwałe przeszukiwanie bazy danych pacjentów. Ponadto przygotowanie żądanych dokumentów przedłużało się w przypadkach, gdy pochodziły one z różnych komórek organizacyjnych. Wniosek Prokuratury Rejonowej we Włocławku z dnia 19 grudnia 2013 r. został zrealizowany nieprawidłowo z powodu niedopatrzenia zajmującego się nim pracownika.

(dowód: akta kontroli str. 371-374)

W ocenie NIK do wydłużenia okresu realizacji wniosków w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej mógł przyczynić się brak formalnego uregulowania tego procesu. Pisemną procedurę w tej sprawie wprowadzono dopiero 8 czerwca 2015 r, tj. w trakcie kontroli NIK.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, udostępnianie przez Szpital dokumentacji medycznej.

4. Załatwianie skarg pacjentów

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęła żadna skarga od pacjenta lub uprawnionego podmiotu na trudności w udostępnianiu dokumentacji medycznej lub jej nieudostępnienie, długi czas oczekiwania na jej udostępnienie bądź zawyżenie opłaty za jej udostępnienie.

(dowód: akta kontroli str. 14-23, 207-217, 223-227)

Ocena częściowa

Z powodu braku skarg, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od oceny załatwiania przez Szpital skarg pacjentów.

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu
faktycznego

Szpital nie prowadził Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (dalej „EDM”). Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, tj. podmiot tworzący Szpital, prowadził w trakcie kontroli NIK postępowanie przetargowe na dostawę i wdrożenie szpitalnych systemów informatycznych (HIS) w ramach projektu „e-Usługi – e-Organizacja – pakiet rozwiązań informatycznych dla jednostek organizacyjnych Województwa Kujawsko-Pomorskiego”. Uruchomienie HIS planowane było przed 31 grudnia 2015 r., natomiast zakończenie wszystkich prac związanych z wdrożeniem EDM w Szpitalu planowano na 31 grudnia 2016 r. Pan Krzysztof Malatyński wyjaśnił, że na obecnym etapie postępowania nie występują trudności w jego realizacji mogące skutkować niedotrzymaniem ww. terminów i opóźnieniem w implementacji EDM.

(dowód: akta kontroli str. 14-23, 223-227, 418-428)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena częściowa

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Z powodu prowadzenia postępowania na dostawę i wdrożenie Systemu Informacji Medycznej przez podmiot tworzący, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od oceny wdrażania Systemu Informacji Medycznej przez Szpital.

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 Kontroli²³, wnosi o:

1. Zapewnienie warunków przechowywania dokumentacji medycznej zabezpieczających ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą.
2. Skuteczne egzekwowanie od lekarzy prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z wymaganiami wynikającymi z rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
3. Niezwłoczne udostępnianie dokumentacji medycznej, a także odpowiednie dokumentowanie procesu jej udostępniania.

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 Delegatury NIK w Bydgoszczy.

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.

Bydgoszcz, dnia września 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontroler
Leszek Murat
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
podpis

²³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

