



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.010.02.2015

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

Wiesław Warzocha, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 94698 z dnia 25 maja 2015 r.

Szymon Hałasiewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 96908 z dnia 3 września 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2, 135-136)

Jednostka kontrolowana

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, ul. Ligi Polskiej 8, 87-100 Toruń (dalej: „ZPO” lub „Zakład”).

Kierownik jednostki kontrolowanej

Grażyna Śmiarowska – Dyrektor Zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej oraz jej udostępnianie przez Zakład w kontrolowanym okresie².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych prowadzona była przez Zakład zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia”). W sposób prawidłowy dokonywano udostępniania dokumentacji medycznej, a także prawidłowo naliczano należności za jej udostępnienie. Stwierdzone w kontroli nieprawidłowości dotyczyły dokonywania w dokumentacji medycznej nieczytelnych wpisów, co jednak nie wpłynęło na obniżenie oceny ogólnej ze względu na fragmentaryczność ich występowania.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Celem Zakładu było podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez pielęgnację, opiekę, rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia. Celem Zakładu było również prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

(dowód: akta kontroli str. 8, 18-30)

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² W latach 2013-2015 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych, tj. 7 września 2015 r.).

³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

Analiza dokumentacji medycznej⁴ historii zdrowia i choroby 20 pacjentów przebywających w ZPO do 31 grudnia 2014 r. oraz 20 pacjentów przebywających w Zakładzie od co najmniej 3 miesięcy⁵ wykazała m.in., że:

- w części dotyczącej przyjęcia do Zakładu, dokumentacja zawierała dane określone w § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia, w tym:
 - a) numer w księdze głównej przyjęć, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala,
 - b) tryb i datę przyjęcia pacjenta do szpitala,
 - c) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, rozpoznanie wstępne;
- w części dotyczącej pobytu w Zakładzie dokumentacja pacjentów spełniała wymagania określone w § 18 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia, tj. zawierała m.in. wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji, karty obserwacji lekarskich, karty zleceń lekarskich, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa;
- w części dotyczącej wypisania pacjenta z Zakładu dokumentacja pacjentów przebywających w Zakładzie do 31 grudnia 2014 r. prowadzona była zgodnie z § 19 i 20 ww. rozporządzenia, tj. zawierała rozpoznanie kliniczne, opis zastosowanego leczenia i wykonanych badań diagnostycznych, adnotację o przyczynie, okolicznościach i terminie wypisania z Zakładu lub wymagane adnotacje w przypadku zgonu pacjenta;
- stosownie do § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia strony w dokumentacji były ponumerowane w porządku chronologicznym;
- do analizowanej dokumentacji dołączono wyniki badań diagnostycznych, zgodnie z § 15 ust. 1 pkt. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia;
- w przypadku 35 pacjentów pierwszego wpisu do dokumentacji dokonano w dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu, w pozostałych pięciu przypadkach wpisu dokonano drugiego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 55 – 92)

Spośród objętych badaniem 20 sztuk dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów przebywających w zakładzie do 31 grudnia 2014 r. stwierdzono, że w 9 przypadkach nastąpił zgon pacjentów, z tego w trzech przypadkach w zakładzie. ZPO w tych przypadkach sporządził odpowiednie karty informacyjne, stosowanie do wymogów określonych w § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 55, 56, 57, 62, 63, 64, 108, 115, 137)

Dyrektor ZPO wyjaśniła, że „pacjenci hospitalizowani, których zgon nastąpił w szpitalach, nie otrzymują od Zakładu (...) karty informacyjnej z przebiegu choroby oraz wypisu. W takich przypadkach kartę informacyjną wystawiał szpital”.

(dowód: akta kontroli str. 113, 115)

Ustalone
nieprawidłowości

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia wpisu w dokumentacji medycznej dokonuje się w sposób czytelny. W 39 przypadkach spośród 40 sztuk badanej dokumentacji medycznej stwierdzono fragmenty wpisów, które były nieczytelne⁶.

Lekarze dokonujący wpisów wyjaśnili, że wpisy w dokumentacji medycznej pisane były zwykłym charakterem pisma codziennego i dotychczas nikt z personelu nie

⁴ Zakład prowadził dokumentację medyczną w formie papierowej.

⁵ tj. pacjentów hospitalizowanych w dniu 6 lipca 2015 r., tj. w trakcie kontroli NIK.

⁶ Za nieczytelne uznane zostały zapisy, których nie mogła odczytać osoba wyznaczona przez Dyrektora Zakładu do udziału w badaniu przez NIK dokumentacji medycznej.

zgłaszał uwag w zakresie ich czytelności. Dyrektor Zakładu wyjaśniła, iż „wpisy lekarzy w dokumentacji medycznej są dokonywane odręcznie. Charakter pisma jest sprawą indywidualną i charakterystyczną dla każdego, dlatego może być bardziej lub mniej czytelny dla innych. Nie zmienia to faktu, że do tej pory nie było przypadku zgłoszenia przez kogokolwiek zastrzeżeń co do nieczytelności wpisów lekarskich. Sformułowania używane w dokumentacji medycznej dotyczą przebiegu chorób oraz ich leczenia i zawierają głównie specjalistyczne zwroty powszechnie znane personelowi medycznemu. Odczytanie wpisów przez personel jest możliwe ze względu na znajomość terminologii medycznej.”

(dowód: akta kontroli str. 55-92, 102, 106, 110, 111, 128-129)

Ocena częściowa

Opis stanu
faktycznego

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

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określono w Regulaminie Organizacyjnym ZPO oraz w ustalonych Zasadach udostępniania dokumentacji medycznej.

(akta kontroli, str. 8, 18-30)

W ww. uregulowaniach określono m.in.:

- podmioty, którym udostępnia się dokumentację (m.in. pacjenci, osoby upoważnione przez pacjentów, przedstawiciele ustawowi pacjentów),
- formy udostępniania dokumentacji, tj. do wglądu w ZPO za pośrednictwem pielęgniarki koordynującej, poprzez sporządzanie wyciągów, odpisów lub kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
- wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji. Przyjęte opłaty wynosiły 6,99 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej i 0,70 zł za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 18-30, 96-98)

Zgodnie z ww. uregulowaniami za udostępnianie dokumentacji medycznej odpowiedzialna jest:

- pielęgniarka koordynująca (udostępnienie do wglądu);
- księgowa lub osoba ją zastępująca, która sporządza kopię dokumentacji na podstawie wniosku zaakceptowanego przez Dyrektora Zakładu;
- Dyrektor Zakładu lub osoba zastępująca, która potwierdza zgodność kserokopii dokumentacji z oryginałem.

(dowód: akta kontroli str. 94-96)

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz Regulamin Organizacyjny Zakładu określające prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz formy udostępniania tej dokumentacji za odpłatnością podano do wiadomości publicznej poprzez ich zamieszczenie na tablicach informacyjnych na każdym oddziale oraz przy wejściu do Sekretariatu ZPO.

(dowód: akta kontroli str. 6)

W Zakładzie nie prowadzono odrębnego rejestru opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Dyrektor ZPO podała, że „za wydanie dokumentacji medycznej wystawiana jest faktura, która jest rejestrowana w programie finansowo-

księgowym Infomedica (w ostatnich 2 latach przyjęto cztery wnioski i następnie wydano dokumentację medyczną). Nie jest prowadzony odrębny rejestr obejmujący wyłącznie same opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej. Prowadzenie odrębnego rejestru takich opłat i dublowanie zapisów rejestru finansowo-księgowego wydaje się niecelowe, zwłaszcza że w tak małej placówce jak ZPO przypadki pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej zdarzają się bardzo rzadko.”

(dowód: akta kontroli str. 7, 11-13, 95)

W Zakładzie prowadzono Rejestr udostępniania dokumentacji medycznej. W kontrolowanym okresie w rejestrze zaewidencjonowano cztery wnioski o udostępnienie dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 31)

Zgodnie z § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia udostępnianie dokumentacji odbywa się bez zbędnej zwłoki. W Regulaminie Organizacyjnym Zakładu wskazano, że dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu lub poprzez sporządzenie jej odpisów po uprzednim uzgodnieniu terminu ze składającym wniosek. W Zasadach udostępniania dokumentacji medycznej Zakładu nie określono terminu na udostępnienie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 18-30, 96-98)

Dyrektor ZPO podała, że wzmiankę w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu w sprawie uzgodnienia terminu udostępnienia dokumentacji wprowadzono w celu uwzględnienia oczekiwań osób wnioskujących o jej udostępnienie. W zbadanych czterech przypadkach udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpiło w terminie od 3 do 6 dni liczonych od złożenia wniosku.

(dowód: akta kontroli str. 8, 50-53)

Warunki przechowywania dokumentacji zostały określone w Instrukcji archiwalnej zakładu. Dostęp do dokumentacji medycznej znajdującej się w archiwum posiadała jedna osoba. Dostęp do dokumentacji medycznej znajdującej się na oddziałach mieli pracownicy medyczni. Dokumentacja ta przechowywana była w zamykanych na klucz szafach, które znajdowały się w dyżurkach pielęgniarskich.

(dowód: akta kontroli str. 25 - 35, 98, 100, 114)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność jednostki w zbadanym zakresie.

3. Udostępnianie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą osobami odpowiedzialnymi za udostępnianie dokumentacji medycznej były osoby zatrudnione na stanowiskach: koordynator oddziału, główny księgowy, księgowy i referent.

Ww. osoby złożyły oświadczenia o zapoznaniu się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej oraz przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 36-49)

W okresie objętym kontrolą do ZPO wpłynęły cztery wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej. W dwóch przypadkach udostępnienie dokumentacji miało na celu przeprowadzenie konsultacji medycznej w innym podmiocie. W dwóch pozostałych przypadkach udostępnienie odbyło się w celu przedłożenia

dokumentacji w ZUS w związku z wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

(dowód: akta kontroli str. 16, 31, 50-53)

Wszystkie wnioski w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej zostały zrealizowane. Nie było przypadków odwołań do sądu w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej. Do Zakładu nie wpłynęły w kontrolowanym okresie wnioski o udostępnienie wyników badań specjalistycznych. W okresie objętym kontrolą nie było przypadków udostępniania oryginałów dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 16, 31, 50-53)

W latach 2013-2015 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych) procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem kontroli dokonywanej przez podmioty zewnętrzne.

(dowód: akta kontroli str. 16, 130-133)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność jednostki w zbadanym zakresie.

Opis stanu
faktycznego

4. Skargi na trudności w dostępie do dokumentacji medycznej

W okresie objętym kontrolą do ZPO nie wpłynęły skargi pacjentów na trudności związane z udostępnieniem dokumentacji medycznej przez Zakład.

(dowód: akta kontroli str. 9-10, 16)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania oceny w tym obszarze, z uwagi na brak spraw podlegających ocenie.

Opis stanu
faktycznego

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

W Zakładzie nie został wdrożony system informatyczny do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). W dniu 30 czerwca 2015 r. została zawarta umowa nr ZPO/8/2015 z firmą „INFOSERWIS – Andrzej Pakulski” m.in. na udzielenie licencji na korzystanie z oprogramowania aplikacyjnego, a także usługi jego instalacji i konfiguracji.

(dowód: akta kontroli str. 117-123)

Dyrektor ZPO wyjaśniła, że „wprowadzenie systemu EDM w Zakładzie wymaga znacznych nakładów finansowych, przekraczających możliwości pokrycia ich z bieżących przychodów zakładu. Według wstępnego rozeznania rynku w 2013 r. koszty wdrożenia systemu w ZPO oszacowano w granicach 300 tys. zł. Bez dodatkowych wpływów finansowych z zewnątrz zadanie to będzie trudne do wykonania. Zakład był i jest zainteresowany wcześniejszym wprowadzeniem systemu EDM. Pierwsze działania podjęte zostały pod koniec 2012 r. W celu zapoznania się z ofertą i zasadami wdrożenia systemu zostały przeprowadzone rozmowy z przedstawicielami firm oferujących ten produkt. (...) Z uwagi na fakt, że wszystkie oferty cenowe przekraczały nasze możliwości finansowe, podjęliśmy decyzję o etapowym wprowadzaniu systemu EDM. (...)”.

(dowód: akta kontroli str. 17, 100, 128)

Kadra zarządzająca Zakładu uczestniczyła w szkoleniu w ramach projektu systemowego pod nazwą "Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT".

(dowód: akta kontroli str. 124-127)

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 brak spraw podlegających ocenie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁷, wnosi o zapewnienie dokonywania czytelnych wpisów w dokumentacji medycznej prowadzonej przez Zakład.

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 prosimy 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.

Kontroler:
Wiesław Warzocha
doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
podpis

⁷ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.