



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY – 410.010.03.2015
P/15/061

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 Bydgoszczy
Kontrolerzy	Jerzy Kuzyniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94699 z dnia 3 czerwca 2015 r., Sławomir Kierat, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 94707 z dnia 15 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Miejska Przychodnia Specjalistyczna SP ZOZ w Toruniu, ul. Uniwersytecka 17 (dalej: „MPS” lub „Przychodnia”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Mleczek-Dąbrowska, Dyrektor MPS (dalej: „Dyrektor”). (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki² w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Indywidualna dokumentacja medyczna w formie historii zdrowia i choroby dla pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych prowadzona była przez Przychodnię zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ (dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia”). Nieliczne stwierdzone w kontroli nieprawidłowości i uchybienia dotyczyły nieprzestrzegania określonych w tym rozporządzeniu wymogów dotyczących czytelności wpisów, dokonywania ich korekt, oznaczenia osoby ich dokonującej oraz przekazywania niepełnej informacji na temat przeszłości zdrowotnej pacjenta. Nie stwierdzono natomiast nieprawidłowości w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej osobom uprawnionym.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Badaniem kontrolnym objęto dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną dotyczącą 120 pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, którą – zgodnie z § 40 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia – podmiot leczniczy

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

² Okres objęty kontrolą: lata 2013-2015 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych, tj. do dnia 22 lipca 2015 r.).

³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych winien sporządzać i prowadzić w formie historii zdrowia i choroby (dalej: „karta historii zdrowia i choroby”).

(dowód: akta kontroli str. 8-22)

1.1. W wyniku badania kart historii zdrowia i choroby 30 pacjentów⁴ Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej: „POZ”), sporządzonych i prowadzonych na drukach pn. „Historia choroby” przez czterech lekarzy POZ, ustalono że w kartach zawarte były m.in. następujące informacje:

- wywiad w zakresie przebytych (poważnych) chorób – w 16 kartach (53,3%),
- informacje o chorobach przewlekłych – w 29 kartach (96,7%),
- informacje dotyczące pobytu w szpitalu – w 13 kartach (43,3%),
- informacje dotyczące zabiegów lub operacji – w 11 kartach (36,7%).

Ponadto badanie wykazało, że:

- w 30 kartach (100%) poszczególne strony kart były ponumerowane, wpisy były sporządzone w porządku chronologicznym, karty zawierały wpisy o wydaniu indywidualnej dokumentacji zewnętrznej oraz wpisy o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego i urazach,
- w 17 kartach (56,7%) wpisy były czytelne,
- korekty błędnych wpisów dokonane zostały zgodnie z wymogami w tym zakresie – w 3 kartach (23,1% z 13 kart, w których dokonano korekt),
- wpisy opatrzone były oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych) – w 26 kartach (86,7%),
- wpisy o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów, konsultacji zawarto w 29 kartach (96,7%),
- opisy badań diagnostycznych, konsultacji lub dołączone wyniki zawarto w 28 kartach⁵,
- opis badania podmiotowego zawarto w 19 kartach (63,3%),
- opis badania przedmiotowego zawarto w 20 kartach (66,6%).

(dowód: akta kontroli str. 203-238, 376-388)

1.2. W wyniku badania kart historii zdrowia i choroby dotyczących 90 pacjentów⁶ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: „AOS”) w Poradniach: Kardiologicznej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurologicznej, sporządzonych i prowadzonych na drukach pn. „Historia choroby” przez 15 lekarzy AOS⁷, ustalono że w kartach zawarte były następujące informacje:

- wywiad w zakresie przebytych (poważnych) chorób – w 16 kartach⁸ (17,8 %),
- informacje o chorobach przewlekłych – w 42 kartach⁹ (46,7%),
- informacje dotyczące pobytu w szpitalu – w 23 kartach¹⁰ (25,5%),

⁴ Spełniających następujące kryteria: (a) wiek 45-65 lat, (b) korzystanie ze świadczeń lekarza POZ w marcu 2015 r., (c) złożenie deklaracji wyboru lekarza POZ po 1 stycznia 2013 r.

⁵ W jednym przypadku pacjent nie wykonał zleconych badań oraz w jednym przypadku pacjent nie przedłożył informacji z konsultacji.

⁶ Spełniających następujące kryteria: (a) wiek 35-65 lat, (b) korzystanie ze świadczeń lekarza w poradni w marcu 2015 r.

⁷ Wpisy dokonane przez: czterech lekarzy w Poradni Neurologicznej, sześciu lekarzy w Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz pięciu lekarzy w Poradni Kardiologicznej.

⁸ Informacje o przebytych chorobach (poważnych) zawarto: w sześciu kartach z Poradni Neurologicznej, w czterech kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz w sześciu kartach z Poradni Kardiologicznej.

⁹ Informacje dotyczące chorób przewlekłych zawarto: w 19 kartach z Poradni Neurologicznej, w siedmiu kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 16 kartach z Poradni Kardiologicznej.

- informacje dotyczące zabiegów lub operacji – w 12 kartach¹¹ (13,3%),
- informacje dotyczące obciążeń dziedzicznych – w 6 kartach (6,7%).

Ponadto badanie wykazało, że:

- w 90 kartach (100%) poszczególne strony kart były ponumerowane, wpisy były sporządzone w porządku chronologicznym i opatrzone oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych), karty zawierały wpisy o wydaniu indywidualnej dokumentacji zewnętrznej oraz o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego i urazach,
- wpisy były czytelne – w 58 kartach¹² (64,4%),
- korekty błędnych wpisów dokonane zostały zgodnie z wymogami w tym zakresie – w jednej karcie¹³ (7,1% z 14 kart, w których dokonano korekt),
- wpisy o wydaniu dokumentacji zewnętrznej zawarto w 79 kartach¹⁴ (87,8 %),
- wpisy o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów, konsultacji zawarto w 70 kartach¹⁵ (77,8%),
- opisy badań diagnostycznych, konsultacji lub dołączone wyniki zawarto w 71 kartach¹⁶ (78,9%),
- opis badania podmiotowego zawarto w 83 kartach¹⁷ (92,2 %),
- opis badania przedmiotowego zawarto w 68 kartach¹⁸ (75,5%),
- wpis lub kopię o przekazaniu informacji przez lekarza AOS lekarzowi POZ o stanie zdrowia świadczeniobiorcy, podjętym leczeniu, planach dalszego postępowania i zaleceniach zawarto w 40 kartach¹⁹ (44,4%).

(dowód: akta kontroli str. 240-333, 389-417)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.1. W Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w której badaniem objęto karty 30 pacjentów, stwierdzono niżej wskazane przypadki nieprzestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- w 13 kartach (43,3%) wpisy lub ich część, dokonane przez lekarzy, były nieczytelne²⁰, czym naruszono § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia, zgodnie z którym wpis w dokumentacji dokonuje się m.in. w sposób czytelny,

¹⁰ Informacje o pobycie pacjenta w szpitalu zawarto: w ośmiu kartach z Poradni Neurologicznej, w dziewięciu kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz sześciu kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹¹ Informacje o zabiegach chirurgicznych zawarto: w dwóch kartach z Poradni Neurologicznej, w siedmiu kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz trzech kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹² Wszystkie czytelne wpisy były: w 20 kartach z Poradni Neurologicznej, w 25 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz w 13 kartach z Poradni Kardiologicznej

¹³ Zgodnie z wymogami korektę jednego błędnego wpisu dokonano w jednej karcie w Poradni Neurologicznej.

¹⁴ Wpisy o wydaniu dokumentacji zewnętrznej zawarto: w ośmiu kartach z Poradni Neurologicznej, w dziewięciu kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz sześciu kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹⁵ Wpisy o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów, konsultacji zawarto: w 13 kartach z Poradni Neurologicznej, w 27 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 30 kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹⁶ Opisy badań diagnostycznych, konsultacji lub dołączone wyniki zawarto: w 14 kartach z Poradni Neurologicznej, w 27 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 30 kartach z Poradni Kardiologicznej

¹⁷ Opis badania podmiotowego zawarto: w 29 kartach z Poradni Neurologicznej, w 28 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 26 kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹⁸ Opis badania przedmiotowego zawarto: w 26 kartach z Poradni Neurologicznej, w 12 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 30 kartach z Poradni Kardiologicznej.

¹⁹ Wpis lub kopię o przekazaniu informacji przez lekarza AOS lekarzowi POZ zawarto: w 23 kartach z Poradni Neurologicznej, w pięciu kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz 12 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁰ Za nieczytelne uznane zostały wpisy, których nie mogła odczytać osoba wyznaczona przez Dyrektora MPS do udziału w prowadzonym przez NIK badaniu dokumentacji medycznej.

- w 10 kartach (76,9% kart z korektami wpisów) dokonano korekty błędnych wpisów i nie zamieszczono daty i oznaczenia osoby dokonującej adnotacji, co było niezgodne z wymogiem określonym § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia, zgodnie z którym przy błędnym wpisie zamieszcza się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji,

- w czterech kartach (13,3%) dokonano po jednym wpisie nieopatrzonym oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, co było niezgodne z wymogiem określonym § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia, zgodnie z którym każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

1.2. W trzech poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których badaniem objęto karty 90 pacjentów, stwierdzono niżej wyszczególnione niezgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia:

- w 32 kartach²¹ (35,6%) wpisy lub ich część, dokonane przez lekarzy, były nieczytelne, czym naruszono § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia,

- w 13 kartach²² dokonano korekty błędnych wpisów bez zamieszczenia daty i oznaczenia osoby dokonującej adnotacji, co było niezgodne z wymogiem określonym § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 203-238, 376-388)

Wyjaśniając przyczyny ww. niezgodności lekarze dokonujący wpisów wskazali, że:

- przyczynami nieczytelnych wpisów były: konieczność szybkiego dokonywania wpisów ze względu na dużą ilość przyjmowanych pacjentów oraz powtórzeń recept. Wyjaśniali też, że według ich oceny wpisy są czytelne, bo sami mogą je odczytać,

- w przypadkach dokonania korekty błędnych wpisów w sposób niezgodny z wymogiem rozporządzenia Ministra Zdrowia przyczyną była nieuwaga i przeoczenie.

(dowód: akta kontroli str. 338-351)

2. W pięciu przypadkach na 47 (10,6%), w których pacjenci byli przyjmowani przez lekarza z poradni AOS przez okres przekraczający 12 miesięcy, lekarz AOS nie przekazał lekarzowi POZ informacji o stanie zdrowia pacjenta, podjętym leczeniu, planach dalszego postępowania i zaleceniach, na podstawie których lekarz rodzinny (POZ) może prowadzić leczenie rozpoczęte przez specjalistę. Świadczył o tym brak odpowiednich wpisów w karcie historii zdrowia i choroby oraz brak kopii informacji dołączonej do karty zdrowia i choroby pacjenta.

Zgodnie z § 12 ust. 5 i 6 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²³, lekarz zajmujący się pacjentem w poradni specjalistycznej ma obowiązek, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, poinformować pisemnie lekarza POZ o rozpoznaniu, rokowaniu, sposobie leczenia i ordynowanych lekach oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Lekarz POZ, po uzyskaniu takiej informacji, może kontynuować leczenie farmakologiczne zastosowane przez lekarza specjalistę.

(dowód: akta kontroli str. 264, 267, 270, 318, 326)

²¹ Nieczytelne wpisy stwierdzono: w 10 kartach z Poradni Neurologicznej, w 5 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 17 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²² Korekty błędnych wpisów bez zamieszczenia daty i oznaczenia osoby dokonującej adnotacji stwierdzono: w 3 kartach z Poradni Neurologicznej, w 4 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 6 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²³ Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484.

Lekarze z poradni AOS wyjaśnili, że przyczynami nieprzekazania lekarzowi POZ informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy były: niezakończona diagnostyka, utrzymanie dotychczasowego leczenia niewymagającego dodatkowych wyjaśnień lub przeoczenie.

(dowód: akta kontroli str. 342, 343, 349, 350)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W kartach historii zdrowia i choroby brak było, wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia, informacji o:

- przebytych poważnych chorobach – w 14 kartach POZ (46,7% z 30) i w 74 kartach AOS (82,2% z 90)²⁴,
- chorobach przewlekłych – w jednej karcie POZ i 48 kartach AOS (53,3%)²⁵,
- pobytach w szpitalu – w 13 kartach POZ (43,3%) oraz w 67 kartach AOS (74,4%)²⁶,
- zabiegach lub operacjach – w 11 kartach POZ (43,3%) oraz w 78 kartach AOS (86,7%)²⁷,
- obciążeniach dziedzicznych – w żadnej karcie POZ (100%) oraz w 84 kartach AOS (93,3%)²⁸.

Przyczynami nieuwjęcia powyższych danych w kartach zdrowia i choroby były, jak wyjaśniono, m.in.: uzyskiwanie niepełnych danych od pacjentów, przeoczenie lub znajomość przeszłości zdrowotnej pacjentów (w POZ). W AOS przyczynami, jak wskazano, były brak odpowiedniego druku (rubryk) karty historii zdrowia i choroby, uznanie (na podstawie przeprowadzonego wywiadu) przeszłości zdrowotnej jako nieistotnej, a także brak czasu na dokonywanie w tym zakresie wpisu.

NIK zwraca uwagę, że brak w kartach zdrowia i choroby powyższych informacji nie jest jednoznaczny z ich niewystępowaniem, stąd zasadne jest wprowadzenie obowiązku jednoznacznego odnotowywania powyższych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 338-351, 203-238, 240-333, 376-418)

Zastępca Dyrektora Przychodni ds. Lecznictwa²⁹ w kwestii sprawowanego nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznych w poradniach Przychodni podała m.in., że dwa lub trzy razy w roku pobiera losowo ok. 10 kart historii zdrowia i choroby każdego lekarza pracującego w Przychodni i sprawdza wpisy pod kątem badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wydanych zaleceń dla pacjenta. Podała, że w Przychodni są koordynatorzy poradni specjalistycznych (pionu zabiegowego) i POZ, którzy sprawują bezpośredni nadzór nad pracą lekarzy, w tym nad prowadzeniem dokumentacji medycznej. W wyniku przeprowadzonych kontroli ustaliła, że w części kart historii zdrowia i choroby brakowało wpisów odnośnie badania podmiotowego, w mniejszym zakresie badania przedmiotowego. Wyjaśniła, że jako lekarz nie miała większych trudności z odczytem wpisów w kartach historii zdrowia i choroby, jednak prosiła tych lekarzy, którzy mają mniej wyraźne pismo,

²⁴ Nie zawarto informacji o przebytych chorobach (poważnych) lub ich niewystępowaniu: w 24 kartach z Poradni Neurologicznej, w 26 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 24 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁵ Nie zawarto informacji o chorobach przewlekłych lub ich niewystępowaniu: w 11 kartach z Poradni Neurologicznej, w 23 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 14 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁶ Nie zawarto informacji o pobycie w szpitalu (lub niekorzystaniu z takiej formy leczenia): w 22 kartach z Poradni Neurologicznej, w 21 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 24 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁷ Nie zawarto informacji o zabiegach chirurgicznych (lub niekorzystaniu z takiej formy leczenia): w 28 kartach z Poradni Neurologicznej, w 23 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 27 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁸ Nie zawarto informacji o obciążeniach dziedzicznych (lub ich niewystępowaniu): w 29 kartach z Poradni Neurologicznej, w 28 kartach z Poradni Urazowo-Ortopedycznej, w 27 kartach z Poradni Kardiologicznej.

²⁹ Zgodnie z zakresem obowiązków z dnia 02.02.2013 r. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiadał za całokształt działalności medycznej komórek organizacyjnych oraz nadzoruje pracę poradni i pracowni. Do jego obowiązków należało m.in. kontrolowanie prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem dokładności i terminowości oraz należytego przechowywania i archiwizowania.

aby rozpoznanie i zalecenia były pisane wyraźniej. Wyjaśniła też, że dotychczas nie praktykowano dokonywania wpisów odnośnie do przeszłości zdrowotnej pacjenta w przypadkach, kiedy u pacjenta nie występowały choroby lub pacjent nie korzystał z leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 373-375)

Dyrektor Przychodni wyjaśniła, iż podejmowała działania nadzorcze wobec lekarzy udzielających świadczeń w Przychodni w celu wyegzekwowania od nich prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej. Podała też, że „w dążeniu do dalszego usprawniania procesu techniczno-organizacyjnego udzielania świadczeń w Przychodni opracowano nowy wzór historii zdrowia i choroby, który zostanie niezwłocznie wprowadzony do wewnętrznego stosowania.”

(dowód: akta kontroli str. 352-372)

Ocena częściowa

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

Opis stanu
faktycznego

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

2.1. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej (dalej: „DM”) zostały określone w Regulaminie Organizacyjnym Przychodni (dalej: „Regulamin”)³⁰ oraz w Instrukcji nr 1.2 (dalej: „Instrukcja”), stanowiącej załącznik do Procedury nadzoru nad dokumentacją medyczną³¹, zawartej w Polityce Jakości Systemu Zarządzania Jakością³². Ww. dokumenty stanowiły, że DM może być udostępniona: (a) do wglądu w siedzibie Przychodni, (b) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, (c) poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Przed udostępnieniem dokumentacji do wglądu osoba udostępniająca (pracownik przychodni) ma obowiązek sprawdzić i odnotować (na wniosku) dokument tożsamości wnioskodawcy. Wgląd w dokumentację mógł być prowadzony wyłącznie w obecności personelu medycznego pracującego w danej poradni, z której dokumentacja medyczna jest udostępniana. W dokumentacji medycznej należało dokonać adnotacji o jej udostępnieniu poprzez przystawienie pieczętki z adnotacją „Udostępniono dokumentację do wglądu na miejscu” wraz z podpisem i datą osoby udostępniającej oraz dołączenie wniosku o udostępnienie.

Zasady udostępniania dokumentacji poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii określono w Instrukcji odrębnie dla pacjenta³³ oraz uprawnionych podmiotów wyszczególnionych w art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁴.

Udostępnienie dokumentacji poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii dla pacjenta³⁵ należało odnotować na oryginale dokumentacji. Przed wydaniem kopii dokumentacji osoba udostępniająca sprawdza dokument tożsamości pacjenta, a fakt ten odnotowuje (na wniosku).

Zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi pismo (wniosek) uprawnionego organu lub podmiotu, zawierające określenie danych osobowych pacjenta, podstawę prawną

³⁰ Zarządzenie Nr 5/2012 Dyrektora MPS z dnia 1 czerwca 2012 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu organizacyjnego MPS w Toruniu ze zm.

³¹ W okresie od 15.06.2009 r. do 19.04.2015 r. obowiązywała „Procedura nadzoru nad dokumentacją medyczną” oznaczona symbolem PA-3.6, a od 20.04.2015 r. obowiązuje Procedura oznaczona symbolem PA-3.7.

³² Zarządzenie Nr 17/2004 Dyrektora MPS z dnia 29 listopada 2004 r. w sprawie wprowadzenia Systemu Zarządzania Jakością.

³³ lub jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji.

³⁴ Dz. U. z 2012 r., Nr 159 ze zm.

³⁵ lub jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji.

i uzasadnienie, odnotowywane jest w Księdze Korespondencji w sekretariacie i tam przechowywane. Zgodność kopii dokumentacji z oryginałem potwierdza osoba upoważniona przez Dyrektora Przychodni. Udostępnienie dokumentacji odnotowane jest na oryginale dokumentacji. Kopię dokumentacji wraz z pismem przewodnim przesyła się listem poleconym do wnioskodawcy. Przesłanie kopii dokumentacji jest odnotowywane w Księdze Korespondencji.

Pismo (wniosek) o udostępnieniu DM poprzez wydanie oryginału odnotowywane jest w Księdze Korespondencji. Oryginał dokumentacji medycznej przesyła się wraz z pismem przewodnim uprawnionemu organowi lub podmiotowi, który żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej na piśmie, za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. W przypadku wydania oryginałów DM w Przychodni należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. Przesłanie oryginału dokumentacji jest odnotowywane na kopii dokumentacji oraz w Księdze Korespondencji.

(dowód: akta kontroli str. 7-51, 54)

Według Instrukcji udostępnienie dokumentacji następuje wyłącznie przez rejestratorki/pielęgniarki pracujące w danej poradni. Lekarze nie są upoważnieni do wydawania dokumentacji pacjentom ani osobom przez nich upoważnionym.

2.2. Za udostępnianie DM pobierano opłaty w wysokości zgodnej z przepisami (określone w Regulaminie³⁶ i obowiązujące w całym okresie objętym kontrolą).

Informacje na temat udostępniania i odpłatności za udostępnienie DM umieszczone były na tablicach informacyjnych znajdujących się przy rejestracjach do poszczególnych poradni, w punkcie ksero oraz na stronie internetowej Przychodni³⁷ w zakładce „zasady udostępniania dokumentacji medycznej”.

(dowód: akta kontroli str. 62-65)

Dyrektor zarządzeniem Nr 11/2011 z dnia 29 kwietnia 2011 r.³⁸ wprowadziła obowiązek ewidencji sprzedaży (w tym pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej) na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych przy użyciu kas fiskalnych³⁹. Kontrola wykazała, że ewidencja sprzedaży była prowadzona zgodnie z ww. zarządzeniem.

(dowód: akta kontroli str. 32, 45, 52, 53, 152-162)

W MPS prowadzony był komputerowy rejestr podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie DM oraz podmiotów, którym ją udostępniono. W Regulaminie nie określono czasu, w jakim dokumentacja medyczna winna być udostępniona wnioskującemu od czasu złożenia wniosku w tej sprawie. Z informacji dla pacjentów zamieszczonych w miejscach ogólnodostępnych wynikało, że dokumentacja medyczna powinna być udostępniana wnioskującemu w dniu złożenia wniosku, a wnioski o wydanie kopii dokumentacji medycznej złożone w godzinach popołudniowych realizowane są następnego dnia roboczego.

2.3. Zgodnie z Procedurą nadzoru nad dokumentacją medyczną, bieżącą dokumentację wewnętrzną przechowuje się w jednostce organizacyjnej, której dokumentacja dotyczy, w sposób zabezpieczający przed dostępem osób nieupoważnionych. Zakończoną dokumentację wewnętrzną indywidualną i zbiorczą przechowuje się w archiwum Przychodni. Odpowiedzialnym za powyższe czynności

³⁶ Którego treść nie naruszała art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³⁷ www.mps.torun.pl

³⁸ W sprawie prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

³⁹ Do obowiązków prowadzącego sprzedaż należało rejestrowanie na kasie fiskalnej każdej sprzedaży zgodnie z obowiązującym cennikiem i drukowanie do każdej sprzedaży paragonu fiskalnego oraz sporządzanie raportów dobowych i kasowych. Obowiązkiem Kasjera Głównego MPS było m.in. prowadzenie rejestru zdanych raportów fiskalnych dobowych dla każdej kasy fiskalnej i sporządzanie raportów fiskalnych za poszczególne miesiące.

jest pracownik Przychodni – zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym zakresem czynności.

Dyrektor Przychodni, w celu zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych, opracowała i wprowadziła do stosowania:

- „Instrukcję określającą sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji papierowej”⁴⁰;
- „Instrukcję zabezpieczenia pomieszczeń służbowych oraz przechowywania, pobierania i zdawania kluczy” – załącznik nr 4 do Polityki bezpieczeństwa⁴¹;
- „Instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych”⁴²;
- „Instrukcję o organizacji działania składnicy akt w MPS”⁴³.

Instrukcja określająca sposób zabezpieczenia DM prowadzonej w wersji papierowej stanowiła m.in., że:

- DM nie może być przechowywana na odkrytych regałach oraz w szafkach niewyposażonych w zamki, a także w pomieszczeniach, do których dostęp mają osoby trzecie,
- historie zdrowia i choroby należy umieszczać w kopertach opatrzonych pieczęcią poradni, numerem kartoteki oraz danymi osobowymi pacjenta, a koperty przechowywać w rejestracji w opisanych szafach zamykanych na klucz,
- historie zdrowia i choroby dostarczane są do gabinetów lekarskich wyłącznie przez rejestratorki lub pielęgniarki,
- pomieszczenia rejestracji sprzątane są wyłącznie w obecności pracownika upoważnionego,
- po zakończonej pracy klucze od szaf oraz od pomieszczeń z DM winny być umieszczone w ustalonym i przeznaczonym do tego miejscu.

(dowód: akta kontroli str. 66-123)

Oględziny pomieszczeń rejestracji poradni: kardiologicznej, urazowo-ortopedycznej i neurologicznej wykazały, że DM była zabezpieczona zgodnie z ww. instrukcją.

(dowód: akta kontroli str. 188-191)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Przychodni w badanym obszarze.

⁴⁰ Zarządzenie Dyrektora MPS Nr 16/2010 z dnia 30 grudnia 2010 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji określającej sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji papierowej w Miejskiej Przychodni Specjalistycznej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, a także dostępem osób upoważnionych.

⁴¹ Polityka bezpieczeństwa stanowiąca Załącznik Nr I do Zarządzenia Dyrektora MPS z dnia 2 lipca 2012 r. w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych w Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w Toruniu, zwanego dalej: „zarządzeniem w sprawie ochrony danych osobowych”.

⁴² Załącznik Nr II do zarządzenia w sprawie ochrony danych osobowych.

⁴³ Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 26/2014 z dnia 10 października 2014 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy akt w Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w Toruniu. Wcześniejsza wersja dokumentu regulująca tą kwestię – Zarządzenie Nr 16/1998 z 27 maja 1998 r. w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego MPS.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

3.1. Do udostępniania dokumentacji medycznej i potwierdzania zgodności kserokopii z oryginałem DM upoważniono trzech pracowników Przychodni. Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz oświadczenia pracowników o znajomości i przestrzeganiu przepisów w zakresie ochrony danych osobowych znajdowały się w aktach osobowych tych osób.

(dowód: akta kontroli str. 62-63, 124-133, 192)

3.2. W latach 2013 – 2015 (I kwartał) złożono łącznie 4764 wnioski o udostępnienie DM, z tego 717 w 2013 r.⁴⁴, 3224 w 2014 r.⁴⁵, a w I kwartale 2015 r. złożono 823 wnioski⁴⁶. Wszystkie złożone wnioski zostały pozytywnie zrealizowane.

(dowód: akta kontroli str. 55)

Na podstawie badanej próby wybranych losowo 60 wniosków o udostępnienie DM złożonych w okresie objętym kontrolą (30 pochodzących od pacjentów lub członków ich rodzin oraz 30 złożonych przez inne podmioty) stwierdzono, że pacjentom i innym podmiotom udostępniono DM niezwłocznie, tj. tego samego lub następnego dnia od złożenia wniosku, a w jednym przypadku uprawnionemu podmiotowi udostępniono DM w ciągu siedmiu dni⁴⁷.

(dowód: akta kontroli str. 139-142)

Procedura udostępniania dokumentacji zainteresowanemu pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej została opisana w pkt. II a, a uprawnionym podmiotom w pkt. II b Instrukcji nr 1.2 do SZJ⁴⁸. Termin udostępnienia dokumentacji nie został określony w tej procedurze.

Dyrektora MPS wyjaśniła, że podmioty, które składają wnioski o dostęp do dokumentacji medycznej, otrzymują ją niezwłocznie, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na jej odszukanie i sporządzenie jej kopii. Przyjęto, że okres ten nie powinien przekroczyć 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 146-151)

Najczęstszą przyczyną złożenia wniosku o udostępnienie DM w przypadku osób fizycznych (pacjentów) były potrzeby związane z załatwianiem spraw w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (43%), z orzekaniem o stopniu niepełnosprawności (40%) oraz ze zmianą przychodni (10%). W przypadku innych podmiotów najczęstszą przyczyną składania wniosków było postępowanie kontrolne oraz związane z ustaleniem okresu zasiłkowego przez ZUS (43%), postępowanie przygotowawcze lub sądowe (23%) oraz sprawy o odszkodowanie od ubezpieczyciela (23%).

Wyniki specjalistycznych badań diagnostycznych, według wyjaśnień Dyrektora MPS, Przychodnia udostępniała pacjentom bezpośrednio po ich wykonaniu, w historii choroby pozostawia się duplikat lub opis badania. Niektóre badania, które są opisywane przez lekarza, np. całodobowy zapis elektrokardiografii metodą Holtera,

⁴⁴ W tym 641 wniosków złożyli pacjenci lub upoważnione przez nich osoby, a 76 inne uprawnione podmioty.

⁴⁵ W tym 3137 wniosków złożyli pacjenci lub upoważnione przez nich osoby, a 87 inne uprawnione podmioty.

⁴⁶ W tym 796 wniosków złożyli pacjenci lub upoważnione przez nich osoby, a 27 inne uprawnione podmioty.

⁴⁷ Zgodnie z § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

⁴⁸ PA – 3.

trafiają do historii choroby i pacjent otrzymuje je po pierwszej wizycie lekarskiej. Otrzymanie wyniku badania nie wymaga składania wniosku.

(dowód: akta kontroli str. 146-149)

Najczęstszą formą udostępniania DM było sporządzenie jej kopii (100% w przypadku wniosków pacjentów oraz 87% w przypadku innych podmiotów), a także wydanie oryginałów dokumentów za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (13% wniosków innych podmiotów). W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Przychodni pozostawiano kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

Według wyjaśnień Dyrektor Przychodni, wysyłając DM w oryginale MPS zabezpieczał zwrot udostępnionych dokumentacji poprzez każdorazowe zamieszczanie w piśmie przewodnim klauzuli zobowiązującej uprawniony podmiot do zwrotu dokumentacji po jej wykorzystaniu, a fakt udostępnienia wpisywany jest do rejestru. Rejestr jest na bieżąco monitorowany i w przypadku długotrwałego opóźnienia w zwrocie dokumentacji ustalane są okoliczności i przyczyny braku zwrotu DM. Nie stwierdzono odmowy zwrotu dokumentacji w oryginale bądź jej zagubienia przez podmiot, który ją otrzymał.

(dowód: akta kontroli str. 146-149)

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy (dalej: „K-POWNFZ”) przeprowadził w okresie od 21 marca do 4 kwietnia 2014 r. kontrolę Przychodni w zakresie realizacji umowy z NFZ dotyczącej wykonywania świadczeń w 2013 r. (nr 11-14/T0034/KAOS) oraz sprawdzenia spełnienia wymagań określonych w obowiązujących przepisach w 2014 r. W wyniku ustaleń dokonanych w toku kontroli K-POWNFZ pozytywnie ocenił działalność Przychodni w zakresie opieki zdrowotnej oraz warunków wykonywania świadczeń w 2013 r., w tym pozytywnie ocenił „ze względu na kryterium legalności i rzetelności sposób prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.”

(dowód: akta kontroli str. 56-58)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Przychodni w badanym obszarze.

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

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą do Przychodni wpłynęło 21 skarg od pacjentów, z których jedna dotyczyła udostępniania dokumentacji medycznej. Przedmiotem skargi wniesionej 11 września 2014 r. było nieudostępnienie wyników badania EKG metodą Holtera, mimo wielokrotnych zgłoszeń w rejestracji. W wyniku postępowania wyjaśniającego uznano skargę za zasadną, o czym poinformowano skarżącą 6 października 2014 r. NIK nie wnosi uwag co do sposobu i rzetelności rozpatrzenia skargi.

(dowód: akta kontroli str. 59, 143-145, 185)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Przychodni w badanym obszarze.

5. Przygotowania do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu
faktycznego

W MPS do czasu kontroli NIK (do 22 lipca 2015 r.) nie wdrożono systemu informatycznego do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (dalej: „EDM”), spełniającego wymogi Systemu Informacji Medycznej (dalej: „SIM”). Dyrektor wyjaśniła, że zakończenie prac wdrożeniowych nastąpi w terminie przewidzianym w art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁹, tj. do 1 sierpnia 2017 r. W okresie od 2011 r. podejmowano różnokierunkowe działania zmierzające do wprowadzenia EDM, polegające m.in. na inwestowaniu w sprzęt i infrastrukturę, szkoleniu pracowników, przeglądzie oferowanych na rynku rozwiązań, wymianie doświadczeń z innymi zakładami. Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że trudności związane z wdrożeniem tego systemu wynikają m.in. z faktu, że ustawodawca wprowadzając ustawowo obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej nie wskazał źródeł sfinansowania tego przedsięwzięcia. Dotychczasowe wydatki na wdrożenie EDM finansowane były w miarę możliwości ze środków własnych MPS (333,8 tys. zł) oraz z dotacji Gminy Miasta Torunia (935,0 tys. zł). Dyrektor podała również, że wcześniej MPS jako przychodnia nie mógł skorzystać ze środków finansowych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych e-Usługi i e-Organizacja – pakiet rozwiązań informatycznych dla szpitali. Dopiero w 2014 r. dla MPS pojawiła się możliwość skorzystania z unijnych środków finansowych. MPS przystąpił do unijnego projektu e-Zdrowie w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020 (projekt Gminy Miasta Toruń). Dyrektor podała również, że w MPS duże trudności sprawia przekonywanie jej pracowników do sensu prowadzenia dokumentacji w nowej formie. Szczególnie dotyczy to lekarzy, którzy są niezadowoleni z nakładania na nich dodatkowych obowiązków niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 134-138, 163-184)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba kontroli pozytywnie ocenia działalność Przychodni w zbadanym obszarze.

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 Kontroli⁵⁰, wnosi o skuteczne egzekwowanie od lekarzy

⁴⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

⁵⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.

prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie czytelności i kompletności wpisów.

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

Kontrolerzy:
Sławomir Kierat
doradca ekonomiczny

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
podpis