



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.012.01.2015

P/15/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów

T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06

lrz@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 Rzeszowie
Kontroler	Marek Wójtowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94364 z dnia 19 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku, ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk, zwany dalej <i>Szpitałem</i> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Józef Więclaw, Dyrektor Szpitala, od dnia 27 lutego 2003 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność Szpitala w zakresie tworzenia dokumentacji medycznej i udostępniania jej uprawnionym podmiotom.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując ocenę pozytywną NIK uwzględniła w szczególności prawidłowe wykonywanie zadań w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej. Na pozytywną ocenę zasługuje również przygotowanie Szpitala do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej. Od lutego 2015 r. Szpital wdrożył Zintegrowany Szpitalny System Informatyczny. System ten obejmuje ewidencję większości procesów medycznych i pozwala na dostęp do danych medycznych pacjentów, gromadzonych w postaci cyfrowej.

W 12 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Polegały one na braku wpisów w historiach chorób w zakresie rozpoznania wstępnego, braku wpisów wszystkich zleconych badań, które dokonuje się w kartach zleceń lekarskich załączanych do historii chorób lub niedołączania tych kart oraz braku w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego, wszystkich wymaganych danych.

¹ 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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

Kontrola 40 historii chorób pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Kardiologii, Neurologii, Chirurgii i Ortopedii wykazała uchybienia w 12 z nich (30% badanych). W 2 historiach chorób (5% badanych), w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Szpitala, nie podano rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego. Pozostałe 38 badanych historii chorób w tej części zawierało dane określone w § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* zwanego dalej rozporządzeniem *w sprawie dokumentacji medycznej*². W 7 historiach chorób (17,5% badanych), w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, nie zawarto wpisów wszystkich zleconych badań lekarskich, które zgodnie z § 18 ust. 2 i ust. 4 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*, wpisywane są w karcie zleceń lekarskich dołączanej do historii choroby. W 2 przypadkach (5% badanych) do historii chorób nie dołączono kart zleceń lekarskich. Karty te zostały dołączone dopiero w trakcie kontroli NIK. Historie chorób w części dotyczącej wypisania pacjenta ze Szpitala zawierały dane określone w § 20 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*. W 4 kartach informacyjnych (10% badanych) z leczenia szpitalnego, wystawionych przez lekarzy wypisujący pacjentów na podstawie badanych historii chorób, nie podano daty wykonania zabiegu (§ 20 ust. 3 pkt 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*). Wpisy w historiach chorób były czytelne. Dokonywano ich w porządku chronologicznym i autoryzowano, zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 1 pkt 3 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*. We wszystkich badanych przypadkach, pierwszych wpisów dokonano w dniu przyjęcia pacjenta na Oddział. Strony dokumentacji medycznej były ponumerowane. Do historii chorób dołączono karty obserwacji, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa, wyniki badań, konsultacji i zabiegów oraz w 38 przypadkach (na 40 badanych) karty zleceń lekarskich.

(dowód: akta kontroli str. 4-91)

Kontrola dokumentacji medycznej dotyczącej 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w trakcie kontroli wykazała, że dokumentacja była prowadzona na bieżąco. Historie chorób w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Szpitala i w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji zawierały dane określone w § 17 i 18 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*. Do historii chorób dołączono karty obserwacji, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa, wyniki badań, konsultacji i zabiegów oraz karty zleceń lekarskich.

(dowód: akta kontroli str. 95-118)

² Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

Ustalono
nieprawidłowości

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

W 12 objętych kontrolą dokumentacjach medycznych (30% badanych) stwierdzono od 1 do 2 nieprawidłowości w jej prowadzeniu, i tak:

- a) W 2 historiach chorób (5% badanych) nie podano rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego pacjenta do Szpitala, co naruszało § 17 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
- b) W 7 historiach chorób (17,5% badanych), w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, nie zawarto wpisów wszystkich zleconych badań lekarskich, które zgodnie z § 18 ust. 2 i ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, wpisywane są w karcie zleceń lekarskich dołączanej do historii choroby.
- c) W 2 przypadkach (5% badanych) do historii chorób nie dołączono kart zleceń lekarskich, które zgodnie z § 18 ust. 2 i ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej winny być dołączone do historii choroby. Karty te zostały dołączone dopiero w trakcie kontroli NIK.
- d) W 4 kartach informacyjnych (10% badanych) z leczenia szpitalnego, wystawionych na podstawie badanych historii chorób, nie podano daty wykonania zabiegu, co było niezgodne z § 22 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli, str. 4-91)

W wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala, Pan Józef Więclaw i Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Pan Janusz Szynal podali m. in., że: *rozpoznanie wstępne w historiach choroby nr księgi głównej: 13429/2014 i 13520/2014 nie zostały wydrukowane z powodu nieświadomego błędu lekarza dyżurnego. Dane zostały wpisane w innym miejscu programu, z którego nie były zaczytywane do wydruku. Usterka została poprawiona przez producenta oprogramowania.*

W siedmiu historiach choroby brak było zleceń pojedynczych badań. Wynikało to z pośpiechu, roztargnienia i stresu związanego z ratowaniem życia pacjentów. W dwóch przypadkach w trybie pilnym przy przyjęciu wykonano pacjentom ECHO serca wraz z opisem, a nie odnotowano tego w karcie zleceń, skupiając się na ratowaniu życia pacjenta. Jeden z lekarzy opisując EKG w dniu następnym po jego wykonaniu wpisywał datę opisu, a nie badania. Stąd odnosi się wrażenie, że EKG jest wykonane bez zlecenia. Lekarza pouczono. Przy wykonywaniu badania ECHO serca opisywano czasem dodatkowo np. USG opłucnej, tworząc odrębny wynik badania USG, które nie było zlecone. Ustalono, że takie dodatkowe opisy będą zamieszczane w uwagach wyniku ECHO serca, aby nie powodować bałaganu w dokumentacji medycznej.

Do historii choroby nr księgi głównej: 13332/2014 i 13367/2014 nie dołączono kart zleceń lekarskich zleconych badań z powodu błędu pracownika. Szybko wprowadzane zmiany polegające na elektronicznym wytwarzaniu dokumentacji i drukowaniu utrudniały niektórym zmianę przyzwyczajień. Mimo kontrolowania kompletności dokumentacji nie zauważono braku wydruku z programu AMMS Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich w ww. historiach. Karty są już wydrukowane i dołączone do dokumentacji archiwalnej.

W czterech kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego nie podano daty wykonania zabiegu. Proces wdrażania i konfigurowania programu informatycznego AMMS trwał parę miesięcy. Wiązało się to również ze szkoleniami pracowników i ustawicznym pilnowaniem dużej grupy osób, aby wpisywali do programu właściwe informacje w odpowiednie miejsca. Czasem pojawiały się błędy w oprogramowaniu. Na bieżąco sprawdzaliśmy poprawność tworzonej dokumentacji i zgłaszaliśmy do producenta oprogramowania wszelkie nieprawidłowości. Podobnie było w przypadku wydruku daty wykonanego zabiegu w odpowiednim miejscu karty informacyjnej w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Błąd w programie usunięto i problem został rozwiązany.

(dowód: akta kontroli str. 92-94)

Ocena częściowa

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

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej.

Opis stanu faktycznego

Szpital opracował i wdrożył instrukcję udostępniania dokumentacji medycznej³. Ustalone w tym dokumencie zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość i zasady naliczania opłat za jej udostępnianie były zgodne z regulacjami określonymi w art. 26-28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴, zwanej dalej ustawą o *prawach pacjenta*. Zgodnie z przyjętymi regulacjami dokumentacja medyczna może zostać udostępniona poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów i kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu oraz do wglądu w Szpitalu. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz Szpitala następuje na podstawie decyzji Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyn. Dokumentacja medyczna powinna być udostępniana bez zbędnej zwłoki: pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez niego, w terminie 7 dni roboczych, licząc od dnia złożenia wniosku, a podmiotom i organom uprawnionym w terminie nie dłuższym niż 14 dni od otrzymania przez Szpital stosownego pisma lub wniosku. Zadania związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej realizował Dział Metodyczno-Organizacyjny i Archiwum Szpitalna.

(dowód: akta kontroli, str. 119-178, 190-226)

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁵ w regulaminie organizacyjnym Szpitala określono wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Opłaty zostały ustalone w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o *prawach pacjenta*. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji w latach 2013-2015 (I kw.) wynosiła: 0,50 zł netto za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej, 5 zł netto za sporządzenie jednej strony wyciągu lub odpisu oraz za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji na

³ Zarządzenie Dyrektora Szpitala Nr 72/2011 z dnia 18 października 2011 r., Nr 9/2013 z dnia 18 lutego 2013 r. i Nr 14/2015 z dnia 26 lutego 2015 r.

⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

elektronicznym nośniku. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przez osoby fizyczne wnoszone były w kasie Szpitala na podstawie pisemnej informacji upoważnionego pracownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego lub na rachunek bankowy na podstawie faktury VAT wystawionej przez upoważnionego pracownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego i ewidencjonowane na koncie 702 – *Pozostała działalność bytowa*. Informacje na temat udostępniania i odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej podawano do wiadomości pacjentom i innym uprawnionym podmiotom poprzez zamieszczenie ogłoszeń na tablicach informacyjnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych i na stronie internetowej Szpitala.

W Szpitalu prowadzono rejestr podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz podmiotów, którym udostępniono taką dokumentację. Razem z rejestrami przechowywane były wnioski o wydanie dokumentacji i potwierdzenia jej wydania.

(dowód: akta kontroli str. 179-189, 190-226, 227, 228-232, 233)

Szpital zapewnił odpowiednie warunki przechowywania dokumentacji medycznej, zabezpieczające ją przed zniszczeniem i utratą oraz dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych.

Dokumentacja medyczna w wersji papierowej przechowywana była w dwóch wydzielonych pomieszczeniach zlokalizowanych na niższym parterze budynku głównego Szpitala, stanowiących Archiwum Szpitala. Pomieszczenia zostały zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych i nieuprawnionych. Zaopatrzone je w drzwi metalowe ognioodporne zamykane na zamki, a w jednym przypadku dodatkowo w metalową kratę zamykaną na kłódkę. Dostęp do kluczy posiadali upoważnieni pracownicy. Okna tych pomieszczeń zabezpieczono kratami metalowymi. Temperatura i wilgotność w pomieszczeniach były monitorowane. Przechowywana dokumentacja została zabezpieczona przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą. Dokumentację medyczną gromadzono w opisanych teczkach i przechowywano na metalowych regałach. Warunki przechowywania były dobre. Wyznaczono pracowników odpowiedzialnych za prowadzenie Archiwum i udostępnianie dokumentacji medycznej.

Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej przechowywana była na serwerze Szpitala. Serwer zlokalizowany był w wydzielonym pomieszczeniu, na parterze budynku głównego Szpitala. Do pomieszczenia prowadziły podwójne drzwi, w tym jedne przeciwpożarowe, zabezpieczone elektronicznym kodem dostępu. Okna zabezpieczone były metalowymi kratami. Pomieszczenie serwerowni posiadało kontrolowaną atmosferę i wyposażone było w system monitorowania parametrów środowiskowych z powiadamianiem SMS o zagrożeniach (zmiany parametrów w pomieszczeniu – temperatura, wilgotność, zadymienie, zalanie, zanik napięcia zasilającego). Dane zgromadzone na serwerze zabezpieczone zostały przed utratą spowodowaną awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej poprzez zasilanie awaryjne typu UPS. Dane zabezpieczano również poprzez sporządzanie kopii na taśmach magnetycznych i na pamięci masowej. Kopie na pamięci masowej przechowywano w specjalnej, zamykanej szafie w innym budynku niż zlokalizowany był serwer. W Szpitalu prowadzono listę osób zatrudnionych przy przetwarzaniu danych osobowych. Osobom tym nadano odrębne identyfikatory i hasła. Hasła były

zmieniane co 30 dni. Składały się one z 8 znaków, które zawierały małe i wielkie litery oraz cyfry i znaki specjalne. Łącze internetowe zabezpieczono poprzez zaporę sprzętową typu *firewall*. Stacje klienckie zabezpieczone zostały programem antywirusowym.

(dowód: akta kontroli str. 415-420)

Sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych uregulowany został w instrukcji w *sprawie organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego*⁶. Zgodnie z przyjętymi regulacjami dokumentacja zgromadzona w archiwum może być udostępniana poza siedzibę Szpitala tylko w uzasadnionych przypadkach, wyłącznie za zgodą Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej, na ściśle określony czas. W siedzibie Szpitala dokumentacja może być udostępniana po uzyskaniu zgody kierownika komórki organizacyjnej, w której została wytworzona, na podstawie karty udostępniania.

(dowód: akta kontroli str. 234-262)

Stosownie do wymogów określonych w § 3 rozporządzenia z dnia 29 kwietnia 2004 r. w *sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych*⁷ Dyrektor Szpitala opracował procedury⁸ zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, w tym politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych. Nadzór nad przestrzeganiem przyjętych zasad bezpieczeństwa oraz nad systemami informatycznymi służącymi do przetwarzania danych osobowych sprawuje Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

(dowód: akta kontroli str. 263-413)

Opracowane przez Dyrektora Szpitala przepisy wewnętrzne określające sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych zostały wdrożone i były przestrzegane.

(dowód: akta kontroli str. 414-420)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację procesu udostępniania dokumentacji medycznej.

Opis stanu
faktycznego

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej.

Udostępnianie dokumentacji medycznej powierzono dwóm pracownikom, specjalście zatrudnionemu w Dziale Medyczno-Organizacyjnym i Archiwum Szpitala oraz Kierownikowi tego Działu. Pracownicy ci zostali przeszkoleni w zakresie ochrony danych osobowych w jednostkach służby zdrowia. Fakt ten został

⁶ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 92/2011 z dnia 16 grudnia 2011 r.

⁷ Dz. U. z 2004 r., Nr 100, poz. 1024.

⁸ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 15/2009 z dnia 2 marca 2009 r., nr 21/2014 z dnia 12 czerwca 2014 r., nr 55/2014 z dnia 18 grudnia 2014 r. i nr 43/2015 z dnia 11 czerwca 2015 r.

potwierdzony zaświadczeniami i oświadczeniami pracowników. Inne osoby nie zajmowały się udostępnianiem dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 414, 421-429)

W 2013 r. złożonych zostało 536 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym 33 wnioski złożyli pacjenci i osoby przez nich upoważnione oraz 503 inne podmioty. Pozytywnie zrealizowano 532 wnioski. Nie zrealizowano 4 wniosków pacjentów i osób przez nich upoważnionych. W jednym przypadku pacjent nie zgłosił się po dokumentację. W pozostałych przypadkach odmówiono wydania dokumentacji. Przyczynami odmowy był brak upoważnienia przez pacjenta, brak przesłanek wydania dokumentacji określonych w art. 26 ustawy o *prawach pacjenta* oraz niekompletny wniosek. Osoby, którym odmówiono dostępu do dokumentacji medycznej, nie odwoływały się do Sądu.

W 2014 r. złożono 604 wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym 32 wnioski złożyli pacjenci i osoby przez nich upoważnione oraz 572 inne podmioty. Wszystkie wnioski zostały uwzględnione.

W 2015 r. (I kw.) złożonych zostało 150 wniosków, w tym 10 przez pacjentów i osoby przez nich upoważnione oraz 140 przez inne podmioty. Wszystkie wnioski zostały uwzględnione.

(dowód: akta kontroli str. 430-431)

Kontrolą objęto 160 – wybranych losowo – wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej złożonych przez pacjentów, osoby upoważnione i inne podmioty, w tym 70 wniosków złożonych przez pacjentów lub osoby upoważnione i 90 przez inne podmioty. Z 70 analizowanych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej wszystkie zostały uwzględnione (udostępniono dokumentację medyczną) w terminie ustalonym przez Szpital, tj. do 7 dni od złożenia wniosku, w tym 25 (35,8% badanych) zrealizowano tego samego dnia, 16 (22,8%) do 5 dni i 8 (11,4%) do 7 dni. W 2013 r. – 13 w tym samym dniu, 16 do 5 dni i 1 do 7 dni. W 2014 r. – 9 w tym samym dniu, 15 do 5 dni i 6 do 7 dni. W 2015 r. (I kw.) – 3 tego samego dnia, 6 do 5 dni i 1 do 7 dni.

Z 90 badanych wniosków złożonych przez inne podmioty⁹ wszystkie zrealizowane zostały w terminie ustalonym przez Szpital, tj. do 14 dni od złożenia wniosku, w tym 4 (4,4% badanych) w tym samym dniu, 43 (47,8%) do 5 dni, 38 (42,2%) do 10 dni i 5 (5,6%) do 14 dni. W 2013 r. – 2 w tym samym dniu, 19 do 5 dni, 8 do 10 dni i 1 do 14 dni. W 2014 r. – 2 w tym samym dniu, 9 do 5 dni, 17 do 10 dni i 2 do 14 dni. W 2015 r. (I kw.) – 15 do 5 dni, 13 do 10 dni i 2 do 14 dni.

Najczęstszą przyczyną składania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej przez podmioty inne niż pacjenci i osoby przez nich upoważnione, były prowadzone przez te podmioty postępowania w sprawie ustalenia uprawnień do świadczeń lub postępowania w sprawie wypadków. Osoby fizyczne (pacjenci i osoby upoważnione) nie podawały przyczyn złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Z wyjaśnień złożonych przez Pana Janusza Szynala, Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wynika, że *według informacji pochodzących od pacjentów najczęstszą przyczyną złożenia takich wniosków są podejmowane działania*

⁹ ZUS, Prokuratura, Policja, towarzystwa ubezpieczeniowe i KRUS

odszkodowawcze wobec ubezpieczycieli celem uzyskania świadczeń i wykorzystanie dokumentacji medycznej do kontynuacji leczenia w innych podmiotach leczniczych oraz przedłożenie przed organem.

(dowód: akta kontroli str. 445-446)

Nie stwierdzono przypadków udostępniania pacjentom wyników specjalistycznych badań diagnostycznych bezpośrednio po ich wykonaniu (tj. przed zgłoszeniem się na kolejną wizytę do lekarza kierującego na to badanie). Wyniki specjalistycznych badań diagnostycznych włączano do dokumentacji medycznej. Pacjenci nie wnioskowali o udostępnienie wyników specjalistycznych badań diagnostycznych. Wnioski dotyczyły całości dokumentacji medycznej. Dokumentację medyczną udostępniano w formie kopii. Nie było przypadków udostępniania oryginałów dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 432-446)

W wyjaśnieniu dotyczącym sposobu zabezpieczania zwrotu udostępnionych oryginałów dokumentacji medycznej oraz działań podejmowanych w przypadku niezwrócenia udostępnionych oryginałów dokumentacji, Pan Janusz Szynal, Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa podał m. in., że *w latach 2013-2015 (I kwartał) nie wystąpiły przypadki udostępniania oryginałów dokumentacji medycznej. Zabezpieczenie zwrotu oryginałów dokumentacji medycznej zostało uregulowane w instrukcji wprowadzonej Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 14/2015 z dnia 26 lutego 2015 r. Decyzje o udostępnieniu oryginału dokumentacji medycznej podejmuje Dyrektor Szpitala lub Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. W razie wydania oryginału pozostawia się kopie wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę. W przypadku udostępnienia oryginału dokumentacji wypełniana jest karta wydania oryginału dokumentacji medycznej. Wydanie i zwrot dokumentacji musi być potwierdzony na karcie podpisem osoby wydającej i odbierającej oraz datą jej wydania i zwrotu.*

(dowód: akta kontroli str. 445-446)

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem nadzoru i kontroli w latach 2010–2015 (I półrocze). W Szpitalu nie były prowadzone kontrole dot. prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ lub inne podmioty.

(dowód: akta kontroli str. 447-448)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej.

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

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2015 (I kw.) do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące trudności w dostępie do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 449-450)

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej (SIM).

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu od 1 lutego 2015 r. wdrożono Zintegrowany Szpitalny System Informatyczny. System został wdrożony w ramach projektu pn. „Kompleksowa informatyzacja SP ZOZ w Przeworsku jako element Podkarpackiego Systemu Informacji Medycznej (PSIM)”. W Szpitalu wykorzystywano program AMMS, wersja 5.17.3.0. Wdrożono moduły: ruch chorych, przychodnie, apteka, apteczki oddziałowe, zakażenia szpitalne, bank krwi, rozliczenia, zlecenia, punkty pobrania oraz dokumentacja formularzowa. Wprowadzone rozwiązania zapewniają automatyczny spływ danych z całego Szpitala do systemu rozliczeń oraz gromadzonych danych medycznych pacjentów w postaci cyfrowej.

Wdrożony system obejmował ewidencję większości procesów medycznych. Zakres danych medycznych w systemie pokrywa ok. 90% wymaganej dokumentacji. Program wdrażany był etapami od listopada 2013 r. Systematycznie uruchamiano poszczególne funkcje programu: elektroniczne zlecenie badań laboratoryjnych i RTG, wywiad, badanie fizykalne, obserwacje lekarskie, konsultacje, kartę gorączkową oraz recepty. W połowie 2014 r. ustalono ostateczną wersję historii choroby i karty informacyjnej.

Dotychczas nie wdrożono prowadzenia w formie elektronicznej indywidualnej karty zleceń lekarskich. W formie papierowej sporządzane były również zgody pacjentów, wyniki badań EKG i badań z zewnątrz. Dokumenty te skanowane były do programu AMMS. Wersje elektroniczne dokumentacji medycznej drukowano i przechowywano w formie papierowej.

Do pełnego wdrożenia w Szpitalu systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej brakuje:

- wdrożenia w pełni w formie elektronicznej indywidualnej karty zleceń lekarskich,
- podpisów elektronicznych,
- pełnej funkcjonalności modułu do archiwizacji,
- systemu do digitalizacji dokumentacji medycznej papierowej,
- zasobów sprzętowych do przechowywania i archiwizacji dużej ilości danych elektronicznych,
- alternatywnego miejsca do przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej (zapasowa serwerownia).

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że główną trudnością we wdrożeniu systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej jest brak środków finansowych. Pełne wdrożenie systemu nastąpi w dniu 1 sierpnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 451-493)

Wygenerowane z systemu informatycznego Szpitala dokumenty medyczne: recepty, skierowania, zlecenia na zaopatrzenie, karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje lekarskie nie odpowiadały w pełni wymaganiom i szablonom opisanym w dokumencie „Reguły biznesowe i walidacyjne określające strukturę dokumentów medycznych (eRecepta, eSkierowanie i eZlecenie) przetwarzanych na platformie

P1¹⁰, opublikowany przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) na podstawie § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej¹¹. Różnice występowały w wyglądzie szablonów dokumentów oraz w zakresie danych jakie zawierały. W części nagłówkowej brak było danych o wystawcy dokumentu oraz o płatniku. W danych pacjenta w dokumentach skierowania, zlecenia na zaopatrzenie, karty informacyjnej leczenia szpitalnego, konsultacji lekarskich nie podawano daty urodzenia oraz wieku w dniu wystawienia. Ponadto w dokumencie konsultacji lekarskich nie było określonego ww. wzorach czytelnego podziału przebiegu konsultacji na: wywiad lekarski, badania przedmiotowe, rozpoznanie i zalecenia.

Wygenerowane dokumenty spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli, str. 494-505)

Art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹², nakłada obowiązek na podmioty lecznicze prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej - od dnia 1 sierpnia 2017 r.

W wyjaśnieniu Pan Janusz Szynal Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał m. in., że: *dokumenty generowane przez system elektroniczny Szpitala różnią się od proponowanych przez CSIOZ ponieważ uważano, że opublikowane wzory dokumentów są wyłącznie wizualizacją przyszłych dokumentów elektronicznych i wdrożenie ich nastąpi w przyszłości za pośrednictwem oprogramowania. Obecnie Szpital posiada w swoim systemach informatycznych dane wymagane do wprowadzenia dokumentacji w formie zaproponowanej przez CSIOZ. Posiada również umowę nadzoru autorskiego z producentem oprogramowania, na podstawie której producent zapewnia dostosowanie systemu do wymogów obowiązujących przepisów, co nastąpi po wprowadzeniu odpowiednich regulacji prawnych nakładających taki obowiązek.*

(dowód: akta kontroli, str. 506, 507-515)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie Szpitala do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

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 Kontroli¹³, wnosi o zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej, w szczególności wpisywanie w historii chorób rozpoznania wstępnego i wszystkich zleconych badań w dołączanych do nich kartach zleceń lekarskich oraz podawanie w kartach informacyjnych dat wykonanych zabiegów.

¹⁰ „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” - P1 (<http://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-cda-html-pl-PL/>) zawierająca polską implementację standardu HL7 CDA na potrzeby elektronicznych dokumentów medycznych

¹¹ Dz. U. z 2013, poz. 463

¹² Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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 Rzeszowie.

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.

Rzeszów, dnia lipca 2015 r.

Kontroler
Marek Wójtowicz
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
Podpis

.....
podpis