



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.012.02.2015
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 Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Małgorzata Hasman, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94375 z dnia 9 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Monika Tysza, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94376 z dnia 9 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	„Medyk” Sp. z o.o., ul. Poniatowskiego 31, 37- 450 Stalowa Wola (w dalszej treści zwana Spółką).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prezesem Zarządu Spółki jest Pani Aneta Bil-Wrońska. (dowód: akta kontroli str. 5-12)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹ pozytywnie działalność Spółki w zakresie objętym kontrolą.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż tworzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej w Spółce, jak również organizacja i realizacja zadań z zakresu udostępniania dokumentacji medycznej przebiegały zgodnie z obowiązującymi przepisami. W latach 2013-2015 (I kwartał) do Spółki nie wpłynęła żadna skarga od pacjentów lub innych podmiotów, dotycząca udostępniania wnioskowanej przez nich dokumentacji medycznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena tworzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie Spółka udzielała świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w 6 przychodniach położonych

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

na terenie Stalowej Woli oraz w 15 Gabinetach Higieny Szkolnej i jednym Gabinetcie Fizjoterapii i Rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 13-31)

W POZ badaniem objęto *karty historii zdrowia i choroby* (zwaną kartą) 30 pacjentów spełniających następujące kryteria: osoby te były przyjęte przez lekarza POZ w marcu 2015 r., złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ w Spółce po 1 stycznia 2013 r., a ich wiek znajdował się w przedziale od 45-65 lat.

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej wytypowanych 30 pacjentów obejmowała wpisy 9 spośród 27 lekarzy POZ, zatrudnionych w Spółce.

(dowód: akta kontroli str. 122)

Historia zdrowia i choroby poszczególnych pacjentów zawierała dane: identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych; rok urodzenia pacjenta; datę założenia historii zdrowia i choroby pacjenta; o ogólnym stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach medycznych pacjenta.

Dokumentacja medyczna wszystkich 30 pacjentów była prowadzona czytelnie, w sposób chronologiczny, zawierała datę wizyty i podpis lekarza oraz posiadała numerację wszystkich stron. W 19 (63%) kartach stwierdzono korekty błędnego zapisu sporządzone w sposób poprawny, a w 11 nie było błędnych zapisów.

W 9 (30%) dokumentacjach była informacja o poważnych chorobach.

Informacje dotyczące:

- chorób przewlekłych znajdowały się w 30 (100%) sprawdzonych dokumentacjach,
- pobytu w szpitalu były zawarte w 16 (53%) kartach, w tym 7 dotyczyło zabiegów chirurgicznych (44% spośród 16 pobytów w szpitalu),
- informacja dotycząca obciążeń dziedzicznych była zawarta w 1 (3%) karcie,
- zlecenia badań diagnostycznych, zabiegów, konsultacji znajdowały się w 29 dokumentacjach, a opisy wyników badań diagnostycznych, konsultacji lub dołączone wyniki tych badań, były zawarte również w 29 (97%) kartach.

(dowód: akta kontroli str. 122-187)

Pani Aneta Bil-Wrońska – Prezes Zarządu Spółki w złożonym wyjaśnieniu podała m.in., że w Spółce nie jest prowadzona dla POZ księga przyjęć. Zapisy do lekarzy odbywają się na podstawie złożonej przez pacjenta deklaracji, a rejestracja pacjenta na konkretną wizytę prowadzona jest w programie komputerowym mMedica.

W odniesieniu do braku w dokumentacji medycznej POZ informacji o przebytych poważnych chorobach, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych oraz obciążeniach dziedzicznych stwierdzony stan (brak informacji) może oznaczać, że pacjenci: nie zgłosili lekarzowi, powyższych informacji, lub nie chorowali na ww. choroby, nie posiadali obciążeń dziedzicznych i nie przebywali w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 108-109)

Świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane są w poradniach: Laryngologicznej, Dermatologicznej, Okulistycznej, Ginekologicznej,

Logopedycznej, Endokrynologicznej, Neurologicznej, Ortopedycznej,
Reumatologicznej, Medycyny Pracy.

(dowód: akta kontroli str. 13-31)

Kontroli poddano po 30 kart historii zdrowia i choroby Poradni Ortopedycznej i Poradni Neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 77)

Wpisy we wszystkich 60 (100%) kartach były czytelne. Kolejne wpisy sporządzane były w porządku chronologicznym, z zaznaczeniem końca wpisu, autoryzowane pieczęcią i podpisem lekarza. W każdej karcie wprowadzono numerację stron.

W każdej karcie podany był rok urodzenia pacjenta i numer pozycji w księdze przyjęć. Każda karta posiadała datę założenia.

W 17 (28%) kartach zawarte były błędne wpisy, 16 z nich skorygowanych zostało przez lekarza, korekta opatrzona była pieczęcią i podpisem, w jednym przypadku błędny wpis nie był autoryzowany przez lekarza.

W 59 (98%) kartach zawarta była informacja o wydaniu dokumentacji zewnętrznej, w jednym przypadku dokumentacja zewnętrzna nie była wydawana.

W 59 (98%) kartach zawarta była informacja o zleceniu badań diagnostycznych, w 56 (93%) kartach zawarta była informacja o wynikach tych badań, brak wpisów dotyczył pacjentów, którzy w okresie poddanym kontroli nie zgłosili się na ponowną wizytę z wynikami badań.

W 42 (70%) kartach brak było wpisów o przebytych poważnych chorobach, w 26 (43%) kartach brak było wpisów o chorobach przewlekłych, w 34 (57%) kartach brak było wpisów o pobycie w szpitalu, a w 47 (78%) kartach brak było wpisów dotyczących zabiegów chirurgicznych.

Informacja o lekarzu POZ zamieszczona była w 49 (82%) kartach.

W 60 kartach (100%) znajdował się wpis dotyczący opisu badania przedmiotowego, podmiotowego oraz o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazach i zastosowanym leczeniu.

(dowód: akta kontroli str. 118-121)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, że brak wpisów dotyczących przebytych poważnych lub przewlekłych chorób, pobytów w szpitalu, zabiegów chirurgicznych oraz obciążeń dziedzicznych mógł oznaczać, iż *pacjenci nie zgłosili lekarzowi powyższych informacji lub nie chorowali na choroby poważne, przewlekłe, nie przebywali w szpitalu, nie mieli przeprowadzanych zabiegów chirurgicznych i nie mają obciążeń dziedzicznych.*

(dowód: akta kontroli str. 108-109)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Ocena organizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom określone zostały w § 13 Regulaminu Organizacyjnego Spółki z dnia 25 czerwca 2012 r. Szczegółowe informacje dotyczące zasad udostępniania dokumentacji medycznej przekazywane były pacjentom za pośrednictwem ogólnodostępnych tablic ogłoszeń znajdujących się w poczekalniach przychodni. W toku kontroli informacja o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej zamieszczona została również na stronie internetowej Spółki.

W strukturze Spółki nie wyznaczono jednostki organizacyjnej, której powierzono realizację zadań związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej. W Regulaminie Organizacyjnym nie określono czasu, w jakim dokumentacja medyczna powinna być udostępniona, natomiast w informacji przekazanej pacjentom podano, iż dokumentacja medyczna udostępniana jest *niezwłocznie*.

(dowód: akta kontroli str. 13-37, 40)

Za udostępnianie dokumentacji medycznej Spółka pobierała opłaty w kwotach określonych w cenniku, który stanowił Załącznik do przedmiotowego Regulaminu. Od dnia 25 czerwca 2012 r. kwota ta wynosi niezmiennie 0,50 zł za jedną stronę ksero dokumentacji medycznej.

Kwota ta została ustalona zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*².

Informacja o odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej była rozpowszechniona wśród pacjentów za pośrednictwem tablic informacyjnych w poszczególnych przychodniach i na stronie internetowej Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 24-27,45)

Z oświadczenia złożonego przez Prezesa Zarządu Spółki wynika, że w każdej z 6 przychodni Spółki dokumentacja medyczna udostępniana była pacjentom przez pracowników rejestracji danej przychodni natychmiast po złożeniu wniosku. Pracownicy ci weryfikowali upoważnienia o udostępnienie dokumentacji medycznej, a następnie wykonywali jej kserokopię i potwierdzali za zgodność z oryginałem.

² DZ.U. z 2012, poz.159 ze zm.

Spółka nie prowadziła odrębnego rejestru opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Podmiot, który dokonał opłaty za wykonanie kserokopii dokumentacji podlegającej udostępnieniu otrzymywał paragon lub fakturę, co odnotowywane było w ewidencji księgowej.

Spółka nie prowadziła rejestru podmiotów, które wystąpiły o udostępnianie dokumentacji medycznej oraz podmiotów, którym ją udostępniono. Pisemne wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej dla pacjentów obowiązywały w Spółce od marca 2015 r. Wnioski te były przechowywane w księgowości Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 41-42, 80-95)

Do marca 2015 r. dokumentacja medyczna pacjentów była na bieżąco udostępniana na ich ustny wniosek. Od marca 2015 r. pacjenci występowali z wnioskiem pisemnym.

W złożonym wyjaśnieniu Prezes Spółki podała, że wprowadzenie pisemnych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej od 2015 r., wynikało wyłącznie z faktu obowiązku prawidłowego rozliczenia się Spółki - jako podatnika VAT - z Urzędem Skarbowym, w zależności od celu udostępnienia tej dokumentacji. Do marca 2015 r. pacjenci otrzymywali kopie paragonów, przechowywanych w postaci szczelnie zwiniętych rolek z 10 kas fiskalnych. Ustalenie na podstawie zapisów z kas fiskalnych ilości pacjentów, którym od 2013 r. do marca 2015 r. udostępniono dokumentację medyczną, było bardzo pracochłonne, m.in. z powodów: liczba rolek za dany okres jest bardzo duża; na rolkach tych znajdują się również paragony dotyczące usług komercyjnych (lekarskich wizyt prywatnych i wizyt w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, usług medycyny pracy, szczepień ochronnych poza kalendarzem, prywatnych zabiegów, prywatnych badań diagnostycznych i laboratoryjnych); najstarsze z rolek są już częściowo nieczytelne (papier światłoczuły).

(dowód: akta kontroli str. 41-42, str. 191-194)

W Spółce obowiązywała *Polityka bezpieczeństwa*, w której określono sposób zarządzania, ochrony oraz dystrybucji danych wrażliwych. *Polityka bezpieczeństwa* regulowała również sposoby przeciwdziałania przypadkowym i celowym zagrożeniom utraty poufności i integralności danych oraz dostępu do informacji.

Wszyscy pracownicy Spółki zostali zobowiązani do zapoznania się z treścią *Polityki bezpieczeństwa* oraz stosowania jej reguł w codziennej pracy.

(dowód: akta kontroli str. 46-75)

Prezes Zarządu Spółki oświadczyła, że każdy nowoprzyjęty pracownik został przeszkolony w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych jak również udostępniania dokumentacji medycznej. Ponadto w okresach cyklicznych przynajmniej raz na kwartał odbywały się spotkania dyrekcji z kierownikami poszczególnych przychodni, a następnie kierowników przychodni z personelem, na

których poruszane były zagadnienia dotyczące zarówno bezpieczeństwa danych osobowych jak i udostępniania dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 111)

W okresie 2013 r. – I kwartał 2015 r. procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem kontroli lub nadzoru żadnego organu.

(dowód: akta kontroli str. 96-107)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Ocena realizacji zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom oraz innym podmiotom zostało powierzone 65 upoważnionym przez Prezesa pracownikom, zatrudnionym w komórkach organizacyjnych Spółki: 6 Przychodniach, Laboratorium i Gabinetach Higieny Szkolnej. Osoby te były zatrudnione na stanowiskach: pielęgniarki, pielęgniarki środowiskowej, położnej środowiskowej, rejestratorki przychodni, logopedy oraz m.in. Kierownika Laboratorium i technika Laboratorium. Wydane pracownikom upoważnienia znajdowały się w ich aktach osobowych i zawierały potwierdzenie pracownika o zapoznaniu się z obowiązującymi przepisami prawnymi w ww. zakresie.

(akta kontroli str.43-44, str.188)

Prezes Spółki, w złożonym wyjaśnieniu podała m.in., iż: we wszystkich poradniach, w gabinecie rehabilitacji oraz w 15 gabinetach szkolnych pacjenci mogą i składają wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej; obsługa pacjentów jest prowadzona w systemie dwuzmianowym; przekazane *Zestawienie osób upoważnionych do wydawania dokumentacji medycznej* obejmuje osoby faktycznie udostępniające pacjentom ich dokumentacje. Liczba osób upoważnionych w tym zakresie wynika z faktu, iż dokumentacja jest udostępniana na wniosek pacjenta w: rejestracjach 6 przychodni przez 11 rejestratorek medycznych i 35 pielęgniarek i położnych (dokumentacja lekarska, badania diagnostyczne i laboratoryjne); gabinetach higieny szkolnej przez 10 higienistek szkolnych tylko w zakresie dotyczącym higieny szkolnej (szczepień, bilansów uczniowskich, kart kolonijnych); pracowni analitycznej tylko w zakresie wykonywanych w pracowni badań laboratoryjnych; poradni logopedycznej, tylko w zakresie tworzonej przez 2 logopedów dokumentacji logopedycznej (udostępniają ją rodzicom dziecka, celem dołączenia do wniosku składanego do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o odroczenie dziecka z obowiązku szkolnego).

(dowód: akta kontroli str. 191-194)

W marcu 2015 r. pacjenci złożyli 137 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym 100 wniosków złożono *w celu związanym z kontynuacją leczenia, służące profilaktyce i ochronie zdrowia oraz 37 w celu niezwiązanym z kontynuacją leczenia (np. uzyskanie odszkodowania, innej decyzji administracyjnej lub uzyskania pewnych uprawnień)*. W dniu złożenia wniosku wszyscy wnioskodawcy potwierdzili odbiór ww. dokumentacji. Nie było przypadku odmówienia pacjentowi udostępnienia jego dokumentacji medycznej.

W latach 2013 – 2015 (I kwartał), do Spółki wpłynęło 16 wniosków od innych podmiotów z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej wskazanych osób, w tym: w 2013 r. – 2, w 2014 r. – 14, a w I kwartale 2015 r. nie wpłynął żaden wniosek. Spośród 16 wniosków: 2 - nie dotyczyły pacjenta Spółki, 2 wnioski dotyczyły przekazania dokumentacji medycznej pacjenta z przebiegu leczenia we wcześniejszym okresie, z którego Spółka nie posiadała dokumentacji. Informacja w tych sprawach została przekazana przez Spółkę wnioskodawcom.

Wnioski o przekazanie dokumentacji medycznej zostały złożone przez: firmy ubezpieczeniowe – 6 spraw, sądy rejonowe – 4 sprawy, ZUS – 4 sprawy, kancelarię adwokacką – 1 sprawa oraz przez pacjenta – 1 sprawa.

Spółka przekazała żadaną dokumentację medyczną w terminach: w dniu otrzymania wniosku – 7 spraw, następnego dnia po dniu otrzymania wniosku – 5, w terminie od 2-6 dni od daty wpływu wniosku – 3. W jednym przypadku wniosek był przekazany do przychodni, w której znajdowała się dokumentacja i nie został załatwiony. Wnioskodawca w następnym piśmie upomniał się o załatwienie sprawy, co zostało zrealizowane w następnym dniu, po otrzymaniu tego pisma.

Prezes w złożonym wyjaśnieniu podała, że przyczyną niewywiązania się z przekazania żądanej dokumentacji medycznej był fakt, że w dniu wpływu pisma od wnioskodawcy, w sekretariacie pełniła zastępstwo stażystka z Powiatowego Urzędu Pracy, która nie nadała numeru pisma w dzienniku korespondencyjnym i przekazała je do przychodni. Niezarejestrowanie pisma w dzienniku spowodowało brak kontroli nad wywiązaniem się z terminu przekazania odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli str. 78-95, str.108, str.189-190, str.113)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie

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

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2015 do Spółki nie wpłynęła od pacjentów, ani od innych podmiotów żadna skarga dotycząca dokumentacji medycznej. W Spółce nie prowadzono odrębnego rejestru skarg. Wszystkie skargi kierowane przez pacjentów i uprawnione instytucje rejestrowane były w *Dzienniku korespondencyjnym*, w którym odnotowywano również termin i sposób załatwienia sprawy.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli nie oceniała wyżej wymienionego obszaru.

IV. 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³, 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.

Rzeszów, dnia sierpnia 2015 r.

Kontroler
Małgorzata Hasman
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis

.....
podpis

Kontroler
Monika Tyszka
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.