



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.005.02.2015

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 Zielonej Górze
Kontrolerzy	Beata Jakubowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli numer 94924 z dnia 19 maja 2015 r. Anna Huziej, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94923 z dnia 19 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	ALDEMED Centrum Medyczne (dalej: <i>ALDEMED</i> lub <i>Centrum Medyczne</i>), Al. Niepodległości 1, 65-048 Zielona Góra
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ryszard Szcząchor, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 81)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia proces udostępniania dokumentacji medycznej przez ALDEMED, negatywnie natomiast sposób jej prowadzenia.

ALDEMED w sposób prawidłowy zorganizował proces udostępniania dokumentacji medycznej. Ustalone w regulaminie organizacyjnym szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz sposób ustalania wysokości opłat za udostępnienie były zgodne z obowiązującymi wymogami. Szczegółowe badanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej wykazało, że każdorazowo zadanie to realizowano bez zbędnej zwłoki, a wysokość pobieranych opłat nie przekraczała dozwolonego limitu. O prawidłowej realizacji zadań w tym zakresie, w ocenie NIK, świadczy pośrednio również fakt, że pomimo dużej liczby wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej w badanym okresie, złożone zostały tylko trzy skargi, które zostały wyjaśnione i załatwione.

NIK negatywnie ocenia natomiast sposób prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, w szczególności dokumentacji prowadzonej przez lekarzy specjalistów. Najistotniejsze zastrzeżenia dotyczą nie odnotowywania w kartach historii choroby danych z badania podmiotowego i przedmiotowego, ponadto wiele ze zbadanych kart było nieczytelnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

ALDEMED rozpoczął działalność w 1996 r., funkcjonuje w budynku przy ul. Niepodległości oraz w filii przy ul. Towarowej. ALDEMED świadczy usługi m.in. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zabiegów rehabilitacyjnych i badań diagnostycznych¹.

W latach 2013–2014 udzielono w ramach POZ odpowiednio: 92,5 tys. i 106,3 tys. porad; a w ramach AOS 124,4 tys. i 134,3 tys. porad. Liczba pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ wynosiła na dzień 31 grudnia 2013 r. i 2014 r., odpowiednio: 24,5 tys. i 27,9 tys. pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 122)

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

1.1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej pacjentów korzystających ze świadczeń Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej: POZ).

Badaniem objęto wpisy dokonane w okresie od 1 stycznia 2013 do 31 marca 2015 r. w 30 kartach historii zdrowia i choroby 30 pacjentów będących w wieku 45-65 lat, którzy korzystali ze świadczeń lekarza POZ w miesiącu marcu 2015 r. i złożyli deklaracje wyboru lekarza po 1 stycznia 2013 r.² W wyniku analizy kart stwierdzono m.in., że:

- wpisów dokonało łącznie 22 lekarzy,
- w każdym przypadku zawarto opis badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wpis o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego bądź urazie,
- odnotowano informacje dotyczące: przebytych poważnych chorób - w 12 kartach (40%), chorób przewlekłych - 21 kartach (70%), pobytu w szpitalu – 17 kartach (57%), zabiegów chirurgicznych – 11 kartach (37%), obciążeń dziedzicznych – pięciu kartach (17%), wzrostu i masy ciała – pięciu kartach (17%),
- wpisy były czytelne w przypadku 28 kart (93%),
- w 29 przypadkach (97%) - wpisy dokonywane były w sposób chronologiczny oraz z zaznaczeniem końca każdego wpisu,
- w siedmiu kartach (23%) dokonano korekt wpisów zgodnie z wymogami,
- w 28 kartach (93%) wpisy były autoryzowane przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych,
- w kartach 27 pacjentów zawarte były wpisy o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji, natomiast tylko w przypadku trzech z nich (11%) liczba zleceń była równa liczbie opisów wyników zleconych badań w kartach bądź dołączonych wyników. W pozostałych przypadkach istniały różnice pomiędzy zapisami dotyczącymi zleconych badań, a opisami wyników lub załączonymi wynikami (w skrajnych przypadkach sięgały 11),

¹ www.aldemed.pl.

² Analizy danych wynikających z § 42 ust. 3 pkt 1-4 i 7 rozporządzenia w sprawie DM dokonano od dnia pierwszego wpisu w historii choroby.

- w kartach odnotowano łącznie 319 wizyt, z czego 41 dotyczyło wyłącznie powtórzenia leków.

(dowód: akta kontroli str. 173-186)

1.2. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS).

Badaniem objęto dokumentację medyczną 90 pacjentów, w wieku 45-65 lat, przyjętych w poradni ortopedycznej i neurologicznej w marcu 2015 r. (po 45 przyjętych w każdej z poradni)³. W wyniku analizy stwierdzono m.in., że:

- wpisów dokonało łącznie 10 lekarzy (pięciu udzielających świadczeń w poradni ortopedycznej i pięciu udzielających świadczeń w poradni neurologicznej),
- opis badania podmiotowego i przedmiotowego zawarto odpowiednio w: 66 (73%) i 67 (74%) kartach, a 88 kart (98%) zawierało wpis o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego, urazach,
- odnotowano informacje dotyczące: przebytych poważnych chorób - w 14 kartach (16%), chorób przewlekłych i pobytu w szpitalu w 19 kartach (21%), zabiegów chirurgicznych – w 10 kartach (11%), wzrostu i masy ciała – w jednej karcie (1%),
- wpisy były czytelne w przypadku 63 kart (70%),
- w 87 przypadkach (97%) - wpisy dokonywane były w sposób chronologiczny oraz z zaznaczeniem końca każdego wpisu,
- w dwóch kartach (2%) dokonano korekt wpisów zgodnie z wymogami,
- we wszystkich kartach wpisy były autoryzowane przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych,
- w kartach 80 pacjentów zawarte były wpisy o zleceniu badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji, natomiast 48 z nich (60%) zawierało opisy wyników badań, konsultacji lub dołączone wyniki,
- żadna z 90 zbadanych kart nie zawierała informacji o lekarzu POZ sprawującym i koordynującym opiekę nad pacjentem,
- w przypadku 36 spośród 90 zbadanych kart (40%) lekarz AOS przekazał lekarzowi kierującemu (POZ/specjalista) informację o stanie zdrowia pacjenta, leczeniu, zaleceniach,
- w kartach odnotowano łącznie 351 wizyt⁴, z czego dwie⁵ dotyczyły wyłącznie powtórzenia leków.

(dowód: akta kontroli str. 125-172)

Ustalono
nieprawidłowości

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

1. Analiza wpisów dokonanych w kartach historii zdrowia i choroby łącznie 120 pacjentów, w tym 30 kartach pacjentów POZ oraz 90 kartach pacjentów

³ Analizy danych wynikających z §42 ust. 3 pkt 1-4 i 7 rozporządzenia w sprawie DM dokonano od dnia pierwszego wpisu w historii choroby.

⁴ W tym: 206 w poradni ortopedycznej, 145 w poradni neurologicznej.

⁵ W poradni ortopedycznej.

korzystających z AOS, wykazała m.in., że nie odnotowano informacji dotyczących:

- przebytych poważnych chorób - w 94 kartach (78%), co było niezgodne z §42 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶ (dalej: *rozporządzenie w sprawie DM*),
- chorób przewlekłych - w 80 kartach (67%), co było niezgodne z §42 ust. 3 pkt 2 cyt. rozporządzenia,
- pobytu w szpitalu – w 84 kartach (70%), §42 ust. 3 pkt 3 cyt. rozporządzenia,
- zabiegów chirurgicznych – w 99 kartach (83%), co było niezgodne z §42 ust. 3 pkt 4 cyt. rozporządzenia,
- obciążeń dziedzicznych – w 114 kartach (95%), co było niezgodne z §42 ust. 3 pkt 7 cyt. rozporządzenia,
- danych z badania podmiotowego (wywiadu lekarskiego) i przedmiotowego nie zawarto, odpowiednio, w 24 (20%) i 23 (19%) kartach, a 2 karty (2%) nie zawierały wpisu o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego, urazach. Elementy te były wymagane przepisami §42 ust. 4 pkt 2 i 3 cyt. rozporządzenia,
- wpisy nie były czytelne w przypadku 29 kart (24%), a w sześciu przypadkach (5%) wpisy nie zostały dokonane w sposób chronologiczny oraz z zaznaczeniem końca wpisu, co było niezgodne z §4 ust. 1 cyt. rozporządzenia,
- w 14 kartach (12%) dokonano korekt wpisów niezgodnie z wymogami określonymi w §4 ust. 3 cyt. rozporządzenia,
- w dwóch kartach (2%) wpisy nie były autoryzowane przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, co było niezgodne z §4 ust. 2 cyt. rozporządzenia,
- numeracji stron, wbrew wymogom §5 cyt. rozporządzenia, nie zawierało 118 kart (98%),
- w 54 spośród 90 (60%) zbadanych przypadków lekarz AOS nie odnotował przekazania lekarzowi kierującemu (POZ) informacji o stanie zdrowia, pacjenta, leczeniu, zaleceniach, o czym mowa w §9 ust. 3 cyt. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 125-186)

Dyrektor ALDEMED wyjaśnił: „Nieprawidłowości wskazane w dokumentacji medycznej pacjentów wynikają w ogromnej mierze: z braku możliwości postawienia jednoznacznego rozpoznania i problemu zdrowotnego już na pierwszej wizycie, z braku czasu, wynikającego z konieczności przyjęcia bardzo dużej liczby pacjentów, by skutecznie skrócić kolejki oczekujących na wizytę u lekarza specjalisty, z powodu poświęcenia większej ilości czasu na rozmowę z pacjentem, a nie na uzupełnienie dokumentacji, często z przeoczenia, a nie z zaniedbania. Ponadto, każdy z lekarzy prowadzi dokumentację w taki sposób aby była wystarczająca dla niego.

Mając na uwadze dobro pacjenta i bezpieczeństwo kierowanej przeze mnie firmy oraz konieczność przestrzegania zapisów rozporządzenia (...) zobowiązuję się do

⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

wprowadzenia zmian w organizacji udzielania świadczeń aby nie dopuścić do powtórzenia się kolejnych nieprawidłowości.”

(dowód: akta kontroli str. 187-190)

Zdaniem NIK, dokumentacja medyczna powinna być zbiorem materiałów zawierających pełne dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjenta i udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, powinna stać się źródłem informacji o prowadzonym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Ma również istotne znaczenie jako materiał dowodowy w ewentualnym procesie sądowym. Wykazane w wyniku kontroli braki w dokumentacji medycznej pacjentów wskazują, że w większości przypadków nie spełnia ona ww. warunków. W odniesieniu do większości danych (tj. na przykład ogólny wywiad wynikający z §42 ust. 3 rozporządzenia w sprawie DM) kontrolerzy sięgnęli aż do daty założenia historii choroby (pierwsza wizyta), a w odniesieniu do pozostałych wymaganych danych (np. co do braku wpisu o rozpoznaniu choroby wynikającego z §42 ust. 4 pkt 3 cyt. rozporządzenia) – konkluzje wynikające z badania zostały sformułowane w oparciu o cały badany okres, tzn. jeśli w badanym okresie choć raz lekarz dokonał wpisu o rozpoznaniu problemu/chorobie kontrolerzy uznali, że wymóg dokonania opisu w tym zakresie został spełniony. Każdorazowo, dokonując oceny historii choroby każdego z pacjentów nie opierano się li tylko na ocenie wpisu pierwszej wizyty, ale analizowano ją całościowo.

Odnosząc się natomiast do tezy Dyrektora ALDEMED, że „każdy z lekarzy prowadzi dokumentację w taki sposób aby była wystarczająca dla niego” należy stwierdzić, że analiza poszczególnych kart historii choroby pokazała, że wyjątkowymi sytuacjami są takie, w których wpisów dokonywał jeden lekarz, w przeważającej większości – wpisów dokonywało kilku, nawet siedmiu lekarzy. Prowadzenie dokumentacji w sposób nieczytelny bądź niepełny, bez zawarcia niezbędnych danych dotyczących pacjenta powoduje, że kolejny udzielający świadczenia lekarz musi ponowić wywiad o brakujące w dokumentacji elementy powodując, wspomniane przez Dyrektora ALDEMED w wyjaśnieniach, wydłużenie czasu udzielania świadczenia, a w konsekwencji właśnie wydłużenie kolejek.

Uwaga dotycząca
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na liczne przypadki (107 spośród 120) zlecenia pacjentom badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji, przy jednoczesnym braku odnotowywania bądź załączania wyników tychże zleceń w dokumentacji medycznej⁷. W skrajnych przypadkach (dotyczy głównie lekarzy POZ) lekarz udzielił 11 zleceń, natomiast w dokumentacji brak było opisu wyniku któregośkolwiek z nich. Celem zapewnienia realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób odzwierciedlający prowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny, lekarze powinni załączać wyniki zleceń, a w razie ich braku zobowiązywać pacjentów do przedłożenia celem odnotowania w prowadzonej dokumentacji medycznej.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

⁷ Analiza historii choroby pacjentów wykazała, że aż w przypadku 56 pacjentów liczba zleceń nie znalazła odzwierciedlenia w załączonej dokumentacji bądź w opisie w historii choroby pacjenta.

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej i sposób ustalenia wysokości opłat za jej udostępnienie zostały określone w regulaminie organizacyjnym Centrum Medycznego ALDEMED⁸. Ponadto, zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za udostępnienie zostały określone w zarządzeniach⁹ Dyrektora ALDEMED w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom i instytucjom (dalej: *zarządzenie*).

(dowód: akta kontroli str. 82-111)

W ww. dokumentach przyjęto następujące zasady udostępniania dokumentacji medycznej:

- dokumentacja udostępniana jest podmiotom uprawnionym na podstawie wniosku¹⁰ (pisemnego lub ustnego) lub pisemnego wystąpienia organów czy instytucji publicznych kierowanego do Dyrektora ALDEMED,
- dokumentacja medyczna udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, jednakże w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty złożenia wniosku,
- dokumentacja może być udostępniona w następujących formach: do wglądu w siedzibie podmiotu, poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii oraz poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji,
- sporządzenie wyciągów, odpisów i kopii dokumentacji następuje na koszt pacjenta lub osoby upoważnionej.

W regulaminie organizacyjnym i zarządzeniu nie wskazano komórki organizacyjnej, której powierzono przyjmowanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz realizację zadań związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej. Zadania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej powierzono pracownikom zatrudnionym na stanowisku rejestratorki/rejestratora (łącznie 21 osób), o czym szerzej w pkt 3 wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 5-14, 82-111)

W regulaminie organizacyjnym określono sposób ustalania wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, który odpowiadał określonemu w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹ (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*). W kontrolowanym okresie, zarządzeniami¹² Dyrektora ALDEMED, dwukrotnie uaktualniono wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wysokość pobieranych opłat nie przekraczała określonej w ustawie o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 110-113)

⁸ Wprowadzony 05.02.2013 r., zmieniony od dnia 24.01.2014 r.

⁹ Zarządzenie z dnia numer 3/2012 z dnia 01.03.2012 r. oraz zarządzenie numer 5/2013 z dnia 5.11.2013 r.

¹⁰ Do 24.01.2014 r. możliwe było składanie wniosków tylko w formie pisemnej.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

¹² Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej przedstawiała się następująco:

- a) od 01.03.2012 r. do 19.09.2013 r.: za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 6,73 zł; jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,67 zł; sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – 6,73 zł;
- b) od 20.09.2013 r. do 4 listopada 2013 r.: jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,68 zł; pozostałe ceny nie uległy zmianom,
- c) od 5 listopada 2013 r. do nadal: za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 6,70 zł; jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,70 zł; sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – 6,70 zł.

Informacje na temat udostępniania i odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej nie zostały podane do wiadomości pacjentów i innych uprawnionych podmiotów.

Dyrektor ALDEMED wyjaśnił, że pacjenci zainteresowani udostępnieniem dokumentacji medycznej są informowani ustnie o zasadach na jakich się to odbywa oraz wysokości opłat pobieranych z tego tytułu. Zarządzenia Dyrektora regulujące te kwestie znajdują się w rejestracji i są udostępniane pacjentom do wglądu, na ich życzenie.

(dowód: akta kontroli str. 28-30)

Rejestr opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej był prowadzony w ALDEMED funkcjonującym przy ul. Niepodległości, natomiast w filii działającej przy ul. Towarowej – nie (ewidencjonowano wyłącznie liczbę wydanych stron kserokopii bez wyszczególnienia ilości wydanej poszczególnym pacjentom).

(dowód: akta kontroli str. 16-19)

Nie prowadzono odrębnego rejestru wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, rejestrowano wyłącznie przypadki udostępnień dokumentacji medycznej (zagadnienie szerzej omówiono w pkt 3 wystąpienia pokontrolnego).

(dowód: akta kontroli str. 16-19, 28-30)

W zakresie przechowywania dokumentacji medycznej stwierdzono m.in., że dokumenty starsze niż 5 lat znajdują się w wydzielonych archiwach zabezpieczonych odrębnymi drzwiami zamykanymi na klucz lub kłódkę. Dostęp do archiwum zapewniono dwóm pracownikom ALDEMED. Natomiast pozostała dokumentacja znajdowała się w rejestracjach w stosownych szafach z głębokimi szufladami, przeważnie zamykanymi na klucz.

(dowód: akta kontroli str. 75-80)

W ALDEMED wdrożono procedurę ISO 9000:2008, w ramach której określono m.in. zasady nadzorowania zapisów, w tym ich przechowywania, zabezpieczania i archiwizowania. Dokumenty i zapisy zabezpieczono poprzez m.in. hasła dostępu do programów komputerowych, umiejscowienie dokumentów w miejscach zabezpieczonych oraz monitoring/telewizja przemysłowa placówki, natomiast wszelkie zapisy archiwizowano w archiwum, znajdującym się w siedzibie ALDEMED.

(dowód: akta kontroli str. 67-74, 202-204)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Na tablicy ogłoszeń ALDEMED oraz na stronie internetowej¹³ nie zamieszczono informacji o wysokości aktualnie obowiązujących opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, mimo tego, że taki sposób informowania o wysokości opłat pracowników, pacjentów i ich rodzin oraz innych osób określono w §84 regulaminu organizacyjnego¹⁴ ALDEMED.

(dowód: akta kontroli str. 28-30, 82-109)

Dyrektor ALDEMED wyjaśnił, że informacje te były umieszczone na tablicy ogłoszeń, która została zlikwidowana po remoncie przeprowadzonym w 2013 r. W ocenie Dyrektora wystarczające jest umożliwienie pacjentom wglądu do zarządzeń i cenników, zawierających informacje o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, które znajdują się w rejestracji. Dyrektor wskazał również,

¹³ www.aldemed.pl

¹⁴ Regulamin wprowadzony zarządzeniem numer 1/2012 z dnia 22.01.2013 r. i zarządzeniem numer 6/2013 z dnia 22 grudnia 2013 r.

że aktualnie kończone są prace nad nową szatą graficzną strony internetowej, informacje te zostaną zamieszczone w zakładce *informacja dla pacjentów i dokumenty do pobrania* oraz zadeklarował dokonanie stosownych zmian w regulaminie organizacyjnym w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 119-120)

W toku kontroli na stronie internetowej ALDEMED w zakładce informacja dla pacjenta zamieszczono m.in. informacje dotyczące aktualnej wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 119-120)

2. W regulaminie organizacyjnym ALDEMED nie określono wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, mimo tego, że była wymagana przepisem art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵.

W regulaminie wskazano tylko sposób ustalania opłaty, natomiast stosownie do wyżej powołanego przepisu, w regulaminie należy wskazać wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 82-109)

Dyrektor ALDEMED wyjaśnił, że: w wyniku przeoczenia przepisów ustawy, uznał za wystarczające wprowadzenie zarządzeniem aktualnej wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Jednocześnie Dyrektor zadeklarował wprowadzenie zmian w regulaminie organizacyjnym w powyższym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 123-124)

W toku kontroli, zarządzeniem z dnia 19 sierpnia 2015 r.¹⁶, Dyrektor ALDEMED dokonał zmiany regulaminu organizacyjnego i wskazał w nim wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 193-201)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Wprawdzie przepisy prawa nie nakładają obowiązku prowadzenia rejestru podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz podmiotów, którym ją udostępniono, jednak wdrożenie takiego dokumentu pozwoliłoby na sprawowanie Dyrektorowi ALDEMED skuteczniejszego nadzoru nad udostępnianiem dokumentacji medycznej (np. w zakresie udostępnienia dokumentacji przez upoważnionego pracownika, jak też udostępnienia upoważnionej osobie, czy też terminowości udostępnień).

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Zadania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej powierzono pracownikom zatrudnionym na stanowisku rejestratorki/rejestratora (łącznie 21 osób). Wszyscy ww. pracownicy podpisali karty stanowiska pracy oraz oświadczenia, w których zobowiązali się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywanymi czynnościami służbowymi stanowiącymi m.in. dane osobowe pacjentów i zastrzeżono, że ewentualne ujawnienie takich danych będzie stanowiło ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych skutkujące rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. Pracownicy ponadto, zobowiązali się do

¹⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

¹⁶ Zarządzenie nr 4/2015.

zabezpieczenia dokumentów w taki sposób, aby nie miały do nich dostępu osoby niepowołane¹⁷.

ALDEMED nie organizował odrębnych szkoleń w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, natomiast zgodnie z oświadczeniem specjalisty ds. kadr, pracownicy zatrudniani na stanowisku rejestratora każdorazowo byli szkoleni w zakresie wydawania dokumentacji medycznej przez bezpośrednio przełożonego w pierwszym dniu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 5-14, 16-27)

Do ALDEMED złożono w poszczególnych latach następującą liczbę wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- 2013 r. - 230 wniosków, z czego 129 złożyli pacjenci lub osoby przez nich upoważnione, a 101 wniosków – inne uprawnione podmioty;
- 2014 r. – 141 wniosków, z czego 71 złożyli pacjenci lub osoby przez nich upoważnione, a 70 wniosków – inne uprawnione podmioty;
- I kwartał 2015 r. - 22 wnioski, z czego 7 złożyli pacjenci lub osoby przez nich upoważnione, a 15 wniosków – inne uprawnione podmioty.

Przy czym, w filii ALDEMED funkcjonującej przy ul. Towarowej nie ewidencjonowano składanych przez pacjentów wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, odnotowywano jedynie liczbę wydanych stron kserokopii bez wyodrębnienia ilości dokumentacji medycznej wydanej poszczególnym osobom. Tak więc, powyższe dane dotyczące liczby udostępnień pacjentom odnoszą się jedynie do dokumentacji udostępnianej w ALDEMED funkcjonującym przy ul. Niepodległości, natomiast liczba udostępnień innym uprawnionym podmiotom obejmuje obie placówki.

Wszystkie wnioski zostały pozytywnie rozpatrzone. Nie stwierdzono przypadków odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 16-27)

Szczegółową analizą objęto 90 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej złożonych do ALDEMED (w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 marca 2015 r.) przez pacjentów (45 wniosków¹⁸) i instytucje (45 wniosków), w wyniku której ustalono m.in., że:

- w odniesieniu do wniosków składanych przez instytucje; w 44 przypadkach dokumentacja medyczna została udostępniona w terminie określonym w regulaminie organizacyjnym¹⁹; wśród przyczyn złożenia wniosków wskazywano m.in. ustalenie uprawnień do świadczeń z tytułu wypadku przy pracy (lub prowadzonej działalności gospodarczej), tocząca się sprawa o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub o przyznanie prawa do renty, kontrola zasadności zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy; w 32 przypadkach dokumentacja została udostępniona w formie kserokopii, a w 13 przypadkach udostępniono oryginały dokumentacji;
- w jednym przypadku ALDEMED błędnie uznał się za adresata wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, gdyż faktycznym zobowiązanym w rozumieniu przepisu art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta był podmiot

¹⁷ Z przedłożonych dokumentów nie wynika, który z pracowników faktycznie udostępniał dokumentację medyczną.

¹⁸ Po 15 wniosków z każdego roku.

¹⁹ Czas od złożenia wniosku do udostępnienia dokumentacji medycznej wynosił: jeden dzień – 4 przypadki, od 2-4 dni – 22 przypadki, od 5 do 7 dni – 14 przypadków, od 9-11 dni – 3 przypadki, a w jednym przypadku dokumentację udostępniono w dniu złożenia wniosku.

udzielający świadczenia, tj. lekarz wynajmujący jedynie pomieszczenie w budynku ALDEMED. W dniu 16 lutego 2015 r. firma ubezpieczeniowa złożyła do ALDEMED wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta lekarza - odrębnego od ALDEMED podmiotu leczniczego, a odpowiedzi udzielił ALDEMED w dniu 24 marca 2015 r.

Zapytany o przyczyny Dyrektor ALDEMED wyjaśnił, że sprawa dotyczyła osoby, która była pacjentem lekarza wynajmującego tylko gabinet w ALDEMED. Lekarz ten przechowywał dokumentację w swoim gabinecie, a od 6 lutego przebywał na urlopie. Dopiero po powrocie lekarza z urlopu możliwe było wysłanie kopii żądanej dokumentacji.

- w przypadku wniosków pacjentów; prowadzony jest wprawdzie rejestr udostępnionej dokumentacji medycznej, jednak ponieważ wnioski składane są ustnie i nie są ewidencjonowane, nie jest możliwe przeprowadzenie badań w takim zakresie jak dla wniosków instytucji.

(dowód: akta kontroli str. 114-118, 207-213)

ALDEMED udostępnia pacjentom wyniki specjalistycznych badań diagnostycznych bezpośrednio po ich wykonaniu. Do dokumentacji medycznej pacjenta dołącza się ich kserokopię.

(dowód: akta kontroli str. 28-29, 125-186)

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem nadzoru i kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 31-40)

Ustalona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Stosownie do §78 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, *w przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta (oryginały), należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.*

W okresie objętym kontrolą, w czterech przypadkach dokumenty przekazane sądom w oryginale, do dnia 25 czerwca 2015 r. nie zostały zwrócone. ALDEMED nie zabezpieczył zwrotu udostępnionych oryginałów dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 16-27, 114-118)

Dyrektor ALDEMED wyjaśnił m.in., że raz w miesiącu przeprowadza się weryfikację udostępnionych oryginałów dokumentacji medycznej. Kiedy dokumenty nie wracają po miesiącu, wykonywane są monity telefoniczne. W okresie objętym kontrolą (2013-31.03.2015) nie zostały oddane cztery komplety dokumentacji medycznej z powodu przedłużającego się postępowania dowodowego. Jeśli oryginały dokumentów, które są aktualnie w posiadaniu sądu będą potrzebne w firmie, wtedy sąd wykona sobie kopię, a oryginały odeśle.

Ponadto, Dyrektor wyjaśnił, że Aldemed Centrum Medyczne postanowiło zmienić sposób udostępniania dokumentacji medycznej sądom. Będziemy udostępniać ją tylko w postaci kserokopii.

(dowód: akta kontroli str. 28-30)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Zróznicowany charakter umów zawartych z lekarzami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ALDEMED wymaga, aby pracownicy udostępniający dokumentację medyczną w pierwszej kolejności wnikliwie weryfikowali wpływające do ALDEMED wnioski pod kątem właściwości ich rozpoznania, a w razie uznania niewłaściwości - przekazywali wnioski do rozpatrzenia zgodnie z ich właściwością. Powstaje bowiem ryzyko, że rozpatrując wnioski bądź udzielając odpowiedzi w sprawach, w których

ALDEMED nie jest właścicielem dokumentacji medycznej, Centrum Medyczne może narazić się na zarzut naruszenia danych osobowych pacjenta.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą wpłynęły trzy skargi (wszystkie w 2013 r.) na działalność ALDEMED w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, które dotyczyły:

1) zagubienia dokumentacji medycznej (pacjentka lecząca się po wypadku w kwietniu zgłosiła się po kopie dokumentów celem dochodzenia odszkodowania, okazało się, że dokumenty zaginęły, wówczas ALDEMED zaproponował, że lekarz, z którego usług pacjentka korzystała odtworzy dokumentację, umówiła się na wizytę w czerwcu, jednak pacjentka nie przyszła na wizytę, a za pośrednictwem ubezpieczyciela zdecydowała się złożyć „reklamację”. W październiku pacjentka stawiała się jednak na wizytę i uzyskała odtworzone przez lekarza dokumenty);

2) udostępnienia dokumentacji medycznej i udzielenia przez lekarza informacji dotyczącej stanu zdrowia dziecka osobie nieupoważnionej (matka nieletniego dziecka 9 grudnia zakwestionowała prawdziwość upoważnienia do wglądu do dokumentacji medycznej udzielonego przez ojca dziecka dziadkowi – po uzyskaniu od lekarza prowadzącego wyjaśnień, w odpowiedzi z dnia 19 grudnia Dyrektor ALDEMED poinformował skarżącą, że dziadek dziecka dysponował stosownym pisemnym pełnomocnictwem, a matka, pomimo prośby lekarza, nie dostarczyła dokumentu poświadczającego pozbawienie praw rodzicielskich ojca, stąd lekarz nie miał podstaw do odmowy w udostępnieniu danych medycznych);

3) odmowy wydania pełnej historii choroby oraz nie odnotowania jednej z wizyt w historii choroby (skarga złożona do Rzecznika Praw Pacjenta przez pacjentkę ubiegającą się o wydanie orzeczenia lekarskiego stwierdzającego istnienie lub brak przeciwwskazań do dysponowania bronią; po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik poinformował pacjentkę, że nie stwierdził naruszenia prawa pacjenta przez ALDEMED, ponieważ lekarz udostępnił kserokopię pełnej dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a wydanie oczekiwanych przez pacjentkę dokumentów nie jest możliwe, ponieważ ALDEMED nie jest podmiotem leczniczym właściwym dla ich posiadania i udostępniania²⁰).

(dowód: akta kontroli str. 41-66)

Ustalone nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

²⁰ W rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2000 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń (Dz. U. nr 79, poz. 898 ze zm.)

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu faktycznego

ALDEMED użytkuje program Zintegrowany System Medyczny KS-Somed firmy Kamsoft (wersja 2015.02.03), zakupiony i wdrażany od dnia 5 maja 2000 r. System ten umożliwia rezerwację wizyt, rozliczenia z płatnikami, prowadzenie dokumentacji medycznej (jako edytor tekstu) wykonywanie analiz statystycznych itp., jednak nie pozwala na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Celem dostosowania systemu do wymogów art. 11 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²¹, tj. wdrożenia systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej z dniem 1 sierpnia 2017 r. (art. 58 cyt. ustawy), zgodnie z oświadczeniem Dyrektora ALDEMED, niezbędne jest:

- zakupienie zestawów komputerowych do gabinetów lekarskich (kilkanaście sztuk), oprogramowania KS-Somed na nowe stanowiska komputerowe, licencji KS-Admed firmy Kamsoft (automatyczna archiwizacja podpisanej elektronicznie historii choroby), licencji EDM (elektroniczna dokumentacja medyczna),
- przeszkolenie personelu.

Dyrektor ALDEMED wskazał na konieczność poniesienia dużych nakładów finansowych celem wdrożenia systemu, jak też późniejsze wysokie koszty jego utrzymania.

(dowód: akta kontroli str. 191-192)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od oceny działalności kontrolowanej jednostki w niniejszym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²², wnosi o:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie DM.
2. Zabezpieczanie udostępnionych oryginałów dokumentacji medycznej w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie DM.

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 Zielonej Górze.

²¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

²² Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

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 30 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.

Zielona Góra, dnia 11 września 2015 r.

Kontrolerzy
Beata Jakubowska
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Anna Huziej
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

Wicedyrektor
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis