



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.005.03.2015

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 Zielonej Górze
Kontrolerzy	Piotr Tamborski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli numer 94932 z dnia 2 czerwca 2015 r. Bogumiła Leszczyńska-Konczanin, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95858 z dnia 5 sierpnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital na Wyspie Spółka z o.o. (dalej: <i>Spółka, Szpital</i>), ul. Pszenna 2, 68-200 Żary
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wiesław Olszański, Prezes Zarządu od dnia 26 czerwca 2005 r. (dowód: akta kontroli str. 5-11)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

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

Dokumentacja medyczna dotycząca pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Szpitala (dalej: ZOL lub Zakład) – poza nielicznymi wyjątkami – prowadzona była zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa. Wszystkie poddane analizie historie chorób zawierały w szczególności czytelne wpisy, dokonane w porządku chronologicznym, a dokumentacja była oceniona i podpisana przez lekarza. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły niesporządzania kart informacyjnych z leczenia pacjentów, którzy zmarli podczas pobytu w ZOL oraz nieudokumentowania przeprowadzenia wszystkich wymaganych badań lekarskich i ocen stanu zdrowia pacjentów.

Funkcjonujące w Spółce zasady udostępniania dokumentacji medycznej były zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, a proces udostępniania dokumentacji medycznej przebiegał prawidłowo.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Przedmiotem kontroli było tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Szpitala na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach.

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

1. Prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Zakład, w okresie objętym kontrolą, w ramach realizowanej opieki długoterminowej udzielił świadczeń odpowiednio: 76 pacjentom w 2013 r., 89 - w 2014 r. i 54 - w I półroczu 2015 r.

Badaniem objęto dokumentację medyczną – historie chorób 40 pacjentów, z tego:

- 20 pacjentów, dla których pobyt w ZOL zakończył się do końca 2014 r.,
- 20 przebywających w ZOL w czasie badania kontrolnego (w dniu 18 czerwca 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 19-27, 28-30)

W wyniku przeprowadzonego badania ustalono, że wszystkie historie chorób zawierały m.in. :

- dane związane z przyjęciem pacjenta do ZOL, tj.: datę i tryb przyjęcia, dane z badania przedmiotowego i wstępne rozpoznanie, wymagane przepisami § 17 w zw. z § 37 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej);
- informacje związane z przebiegiem leczenia i opieki nad pacjentami, o których mowa w § 18 w zw. z § 37 ust. 1 cyt. rozporządzenia, w szczególności:
 - a) wpisy o zleceniu badań, konsultacji,
 - b) wyniki tych badań i konsultacji,
 - c) wpisy badań lekarskich, przy czym średnia częstotliwość tych wpisów dla 22,3% zbadanej dokumentacji pacjentów wynosiła więcej niż 1 wpis w ciągu 7 dni, a w pozostałych przypadkach - 8 dni lub więcej,
 - d) karty obserwacji, zleceń lekarskich, indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- wpisy w dokumentacji były czytelne, dokonane w porządku chronologicznym oraz autoryzowane przez osobę udzielającą świadczeń, co odpowiadało wymogom określonym w § 4 ust. 1 i 2 cyt. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 20-27)

Historie chorób pacjentów, których pobyt w ZOL zakończył się do 31.12.2014 r. zawierały ponadto m.in. :

- opis rozpoznania klinicznego, zastosowanego leczenia oraz wykonanych badań diagnostycznych, zabiegów,
 - opis przyczyn i okoliczności wypisania,
 - datę wypisu,
- wymagane przepisami § 19 w zw. z § 37 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- dołączone karty informacyjne z leczenia, o których mowa w § 15 ust. 1 pkt 9 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, za wyjątkiem pacjentów, którzy zmarli w trakcie pobytu w ZOL,
 - podpis lekarza, stosownie do wymogu wynikającego z § 24 ust. 1 w zw. z § 37 ust. 1 cyt. rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, jako osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych w ZOL.

(dowód: akta kontroli str. 20-27)

² Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

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

1. W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 pacjentów przebywających do 31 grudnia 2014 r. w ZOL, stwierdzono, że nie sporządzano kart informacyjnych w przypadku zgonu pacjenta w trakcie pobytu w Zakładzie. W badanej próbie wystąpiło osiem takich przypadków. W pozostałych przypadkach karty informacyjne były sporządzane.

(dowód: akta kontroli str. 20-23)

Obowiązek sporządzenia karty informacyjnej z leczenia określony został w § 22 ust. 1 w związku z § 37 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Natomiast zakres danych zamieszczany w tej karcie w przypadku zgonu pacjenta wynika z § 22 ust. 5 cyt. rozporządzenia.

Przyczyną powyższego stanu rzeczy, według wyjaśnień złożonych przez Kierownika ZOL, odpowiedzialną m.in. za nadzorowanie prawidłowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej nad pacjentami, jak również Prezesa Spółki, było niedopatrzenie.

(dowód: akta kontroli str. 33, 34-36, 115-116)

2. Z badania dokumentacji medycznej 40 pacjentów ZOL wynika, że w przypadku 31 z nich, tj.:

- 15 z 20 pacjentów przebywających w ZOL wg stanu na dzień 18.06.2015 r.,
- 16 z 20 pacjentów, dla których pobyt w ZOL zakończył się do dnia 31.12.2014 r.,

przerwy pomiędzy kolejnymi wpisami badań lekarskich wynosiły osiem dni i więcej (w przypadku pięciu kart przerwy trwały dłużej niż dwa tygodnie, a najdłuższa wyniosła 16 dni).

(dowód: akta kontroli str. 20-27)

Stosownie do wymagań w zakresie udzielania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki długoterminowej określonych w załączniku nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej³, wynika, że „aktualna ocena pacjenta, potwierdzana datą, pieczęcią i podpisem lekarza przeprowadzającego badanie kontrolne dokonywana powinna być nie mniej niż dwa razy w tygodniu” (Lp. 1 – świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych (...), pkt A. Zakłady opiekuńcze dla dorosłych, ppkt - Lekarze).

(dowód: akta kontroli str. 20-27)

Brak odnotowania wszystkich badań lekarskich w dokumentacji medycznej nie pozwala na jednoznaczną weryfikację faktu wykonania badań lekarskich i dokonania ocen stanu zdrowia wszystkich pacjentów ZOL (w tym zakresu udzielonych świadczeń - wyników oraz terminów badań) z częstotliwością co najmniej 2 razy w tygodniu.

Przyczyną powyższego stanu rzeczy była, wg wyjaśnień złożonych przez Kierownika ZOL, odpowiedzialnej m.in. za nadzorowanie prawidłowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz Prezesa Spółki, przyjęta praktyka polegająca na niedokumentowaniu badań lekarskich pacjentów w sytuacji, kiedy nie zachodziła potrzeba modyfikacji leczenia i zasad opieki nad pacjentem.

³ Dz. U. poz. 1480 ze zm.; wcześniej – załącznik nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia: z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.).

W świetle przywołanego przepisu stosowana w ZOL praktyka była nieprawidłowa, przepis ten nie uzależnia bowiem dokonywania wpisu od zmian zachodzących w procesie leczenia i opieki nad pacjentem.

W złożonych wyjaśnieniach Prezes Spółki zadeklarował, że zaleci dokonywanie wpisów każdego badania pacjentów ZOL, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 31-32, 115-116)

Ocena częściowa

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

2. Organizacja procesu udostępniania dokumentacji medycznej

Opis stanu faktycznego

Szpital posiadał opracowane zasady udostępniania dokumentacji medycznej, zawarte w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Określono w nich:

- katalog osób / podmiotów uprawnionych do wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej;
- formy udostępniania dokumentacji medycznej (poprzez wydanie do wglądu, sporządzenie odpisów, wypisów i kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu; w przypadku wydania oryginału dokumentacji, w Spółce pozostawia się uwierzytelnioną kopię);
- zasady ustalania odpłatności oraz informacje o odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej (opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określone zostały w cenniku usług medycznych, stanowiącym załącznik do regulaminu organizacyjnego).

Kwestia terminu na załatwienie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej nie została formalnie określona.

(dowód: akta kontroli str. 37-51)

Regulamin organizacyjny oraz stworzony wyciąg z regulaminu dotyczący zasad udostępniania⁴, uzupełniony o szczegółowe warunki sposobu realizacji procedury udostępniania (konieczność złożenia pisemnego wniosku, określenie miejsca składania wniosków), zestawienie wysokości opłat za udostępnianie, podane zostały do publicznej wiadomości pacjentów, poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej Szpitala oraz tablicach informacyjnych, spełniając obowiązek podania do wiadomości pacjentów danych o wysokości opłat, o którym mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵.

(dowód: akta kontroli str. 37-51, 52, 57)

W okresie objętym kontrolą wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej wynosiła:

- 6,68 zł za 1 stronę odpisu dokumentacji medycznej oraz 0,66 zł za 1 stronę kserokopii dokumentacji medycznej w okresie od 1.01.2013 r. do 31.03.2013 r.,
- 7,02 zł za 1 stronę odpisu dokumentacji medycznej oraz 0,70 zł za 1 stronę kserokopii dokumentacji medycznej w okresie od 1.04.2013 r. do 30.06.2014 r.,
- odpowiednio 7,77 zł i 0,76 zł od dnia 1.07.2014 r. do 31.01.2015 r.,

⁴ Zatwierdzone przez Prezesa Spółki dnia 10 czerwca 2014 r.

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

- odpowiednio 7,71 zł i 0,76 zł od dnia 1.02.2015 r.⁶

Ustalona wartość opłat nie przekraczała wartości maksymalnej wynikającej z zasad ich naliczania określonych ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta)⁷, za wyjątkiem okresu od 1.09.2014 r. do 28.02.2015 r., w którym nieznacznie przekraczała ona ustawowy limit, w związku z odnotowanym spadkiem wartości przeciętnego wynagrodzenia⁸. Jednak w okresie tym nie zarejestrowano przypadków odpłatnego udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów ZOL.

Przyczyną utrzymywania opłat na poziomie wyższym od ustawowego maksimum było przeoczenie. Prezes Spółki zadeklarował wzmoczenie monitorowania powyższej kwestii w celu niedopuszczenia do wystąpienia przekroczeń limitów ustawowych w przyszłości.

(dowód: akta kontroli str. 53-57, 115-116)

Szpital nie prowadził odrębnego rejestru opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Pobrane opłaty ewidencjonowane były w księgach rachunkowych w ramach konta księgowego 700-2-05-23 „Usługi – odpisy dokumentacji medycznej”, na podstawie wystawionych faktur. Prowadzony był natomiast rejestr osób i podmiotów, które wystąpiły o udostępnienie dokumentacji oraz podmiotów, którym ją udostępniono.

(dowód: akta kontroli str. 58,59)

W kontrolowanym okresie Szpital prowadził dokumentację medyczną pacjentów ZOL w formie papierowej. Sposób zabezpieczenia dokumentacji medycznej określony został w instrukcji wewnętrznej „Zabezpieczenie dokumentacji medycznej”, zatwierdzonej przez Prezesa Spółki w dniu 10 lipca 2012 r. Instrukcja określała m.in.: osoby odpowiedzialne za zabezpieczenie dokumentacji medycznej, miejsca jej przechowywania, w tym w trakcie pobytu pacjenta w Szpitalu, sposób postępowania w przypadku zagubienia indywidualnej dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 58, 60-64)

W toku kontroli ustalono, że dokumentacja medyczna w wersji papierowej przechowywana była zgodnie z obowiązującymi w Spółce zasadami. Dokumentacja pacjentów ZOL w trakcie ich leczenia przechowywana była w zamykanej na klucz szafce w dyżurce pielęgniarskiej, natomiast po zakończonym ich pobycie w ZOL była przechowywana przez okres około 1 roku w pomieszczeniu bez okien, zabezpieczonym podwójnymi drzwiami. Po tym okresie dokumentacja przekazywana była do archiwum szpitalnego, znajdującego się w części piwnicznej budynku administracji Szpitala. Pomieszczenia archiwum, zabezpieczone drzwiami metalowymi, wyposażone były w instalację alarmową.

(dowód: akta kontroli str. 65, 66)

Za bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych odpowiadał kierownik Działu Informatyczno-Statystycznego, który jako administrator bezpieczeństwa informacji, zobowiązany został do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych - odpowiednich do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną - zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 67-69)

Dane osobowe przetwarzane elektronicznie, stosownie do zapisów instrukcji „Zarządzanie systemem informatycznym”⁹, chronione były przed dostępem osób

⁶ Stawki obowiązujące co najmniej do 3.09.2015 r.

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

⁸ W przypadku opłaty za jedną stronę kopii dokumentacji przekroczenie (bez zaokrąglenia) wyniosło 1-2 gr, a w przypadku opłaty za odpis jednej strony dokumentacji – 21-30 gr.

⁹ Z dnia 1 sierpnia 2009 r.

nieupoważnionych poprzez politykę ograniczania dostępu do każdego systemu informatycznego oraz każdej aplikacji tylko w odniesieniu do osób, które z racji przydzielonych zadań wykorzystywać powinny te programy i aplikacje (hasła dostępu) oraz poprzez oprogramowanie antywirusowe, zabezpieczające przed szkodliwymi plikami, oprogramowaniem spoza sieci Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 70-82)

Funkcjonujący w Szpitalu sposób fizycznego zabezpieczenia dokumentacji oraz stosowane metody zabezpieczenia danych przetwarzanych elektronicznie umożliwiają ich ochronę przed zniszczeniem, utratą jak również dostępem osób nieupoważnionych.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

3. Realizacja zadań polegających na udostępnianiu dokumentacji medycznej

Opis stanu
faktycznego

Zadania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej powierzono dwóm pracownikom zatrudnionym na stanowiskach statystyków w Dziale Informatyczno-Statystycznym, którzy odpowiedzialni byli m.in. za prowadzenie archiwum oraz za sporządzanie kopii dokumentacji medycznej. Do zadań tych pracowników, zgodnie z kartami opisu stanowisk ich pracy (przyjętymi przez tych pracowników), należało m.in. przechowywanie, zabezpieczenie i archiwizacja przyjętej dokumentacji medycznej, jak również udostępnianie dokumentacji medycznej osobom i instytucjom upoważnionym. Pracownicy zostali pisemnie upoważnieni do przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych oraz złożyli oświadczenia o zapoznaniu się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zobowiązaniu się do zapewnienia ochrony tych danych.

Oświadczenia tożsamej treści złożyli również kierownik ZOL oraz lekarz Zakładu.

(dowód: akta kontroli str.83-90, 91-92)

Zgodnie z oświadczeniem złożonym przez kierownika Działu Kadr, Spółka nie kierowała pracowników na szkolenia zewnętrzne z zakresu ochrony danych osobowych, jednak przywiązując dużą wagę do tej problematyki, organizowała nieformalnie wewnętrzne szkolenia i zebrania, których tematem były m.in. zasady udostępniania dokumentacji medycznej zawierającej dane osobowe wrażliwe (dotyczące stanu zdrowia).

(dowód: akta kontroli str. 93, 94-95)

W okresie od 1.01.2013 r. do 31.03.2015 r. w Szpitalu zarejestrowano wpływ dwóch wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów ZOL (po jednym wniosku w 2013 r. i 2014 r.).

O udostępnienie dokumentacji zwróciły się podmioty uprawnione. Wnioski związane były z załatwianiem spraw ubezpieczeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 96-97, 98)

Ww. wnioski rozpatrzone zostały pozytywnie w ciągu 4 i 5 dni. Dokumentacja była udostępniona w formie kserokopii¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 96-97, 99-100, 101-105, 106)

Spółka nie określiła odrębnych zasad udostępniania wyników badań diagnostycznych. W przypadku pacjentów ZOL wyniki badań diagnostycznych przedstawiane są w karcie informacyjnej z leczenia, wydawanej pacjentom po zakończeniu leczenia (wypisaniu z ZOL).

(dowód: akta kontroli str. 58)

Na podstawie zapisów prowadzonego rejestru wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów ZOL ustalono, że pacjenci nie zwracali się z wnioskami o udostępnienie wyników tych badań.

(dowód: akta kontroli str. 96-97)

W zakresie zabezpieczenia zwrotu oryginałów udostępnionej dokumentacji medycznej, zgodnie z przyjętą procedurą Spółki, dokumentacja medyczna przed udostępnieniem w formie oryginału powinna być skopiowana i uwierzytelniona (potwierdzana za zgodność z oryginałem).

(dowód: akta kontroli str. 60-64)

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie była przedmiotem kontroli zewnętrznych przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia, NFZ lub inne organy nadzoru i kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 107, 108)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie 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 nie zarejestrowano skarg związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentów ZOL.

(dowód: akta kontroli str. 112)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od oceny działalności w niniejszym obszarze.

5. Przygotowanie do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej

Opis stanu
faktycznego

Spółka nie posiadała zintegrowanego systemu informatycznego służącego do tworzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Na poszczególnych stanowiskach funkcjonowało rozproszone oprogramowanie wykorzystywane głównie do rozliczeń z NFZ

(dowód: akta kontroli str. 113-114)

W zakresie spełnienia obowiązku wynikającego z art. 11 w zw. z art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹¹, polegającego

¹⁰ Z przedłożonej dokumentacji nie wynika, który z pracowników faktycznie udostępniał dokumentację. W jednym przypadku związanym z ubezpieczeniem na życie, stosownie do zapisu regulaminu organizacyjnego Szpitala, udostępnienie powinno nastąpić odpłatnie - udostępniono 2 strony dokumentacji, a opłaty w kwocie 1,40 zł przez przeoczenie, nie pobrano.

¹¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

na prowadzeniu dokumentacji medycznej w formie elektronicznej z dniem 1 sierpnia 2017 r, Spółka jest na etapie rozeznawania rynku systemów informatycznych¹².

(dowód: akta kontroli str. 113-114)

Zasadniczym problemem w przeprowadzeniu informatyzacji procesu prowadzenia dokumentacji medycznej jest dla Spółki koszt zakupu i bieżącego utrzymania oprogramowania. Oszacowano, że koszt zakupu wyniesie ok. 900,00 tys. zł, natomiast koszt bieżącego jego użytkowania (serwis i nadzór autorski) kosztować będzie ok. 220,00 tys. zł rocznie. W związku z powyższym Spółka planuje pozyskać środki z funduszy europejskich na ww. cel.

(dowód: akta kontroli str. 113-114)

Spółka opracowała harmonogram działań, z którego wynika, m.in. że :

- do IV kwartału 2016 r. – zakupiony zostanie system informatyczny,
- proces wdrażania systemu zaplanowano w okresie 1.01.2017r. – 31.07.2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 113-114)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem NIK, dotychczasowy niski stopień zaawansowania przygotowań Spółki do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej stwarza ryzyko niezapewnienia pełnej realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej z dniem 1 sierpnia 2017 r.

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 Kontroli¹³, wnosi o:

1. Sporządzanie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta.
2. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej wszystkich dokonanych przez lekarzy ocen stanu zdrowia pacjentów w trakcie ich pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, z częstotliwością nie mniejszą niż określona w przepisach prawa.

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.

¹² W toku tego rozeznania Spółka zapoznała się z oprogramowaniem AMMS firmy Asecco Poland S.A., Eskulap firmy RightSoft Sp. z o.o., OptiMED24 firmy Comarch S.A.

¹³ Dz. U. z 2015 r., poz.1096.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi
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 uwagi 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 14 września 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

Kontroler

Wicedyrektor

Bogumiła Leszczyńska-Konczanin
specjalista kontroli państwowej

Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

.....
podpis