

## Dokumentacja medyczna, czyli pięta achillesowa placówek służby zdrowia



# Festiwal błędów i nieprawidłowości

Dokumentacja medyczna służy nie tylko zarchiwizowaniu historii choroby pacjenta oraz opisanu zastosowanych metod leczenia. Jest ona także wykorzystywana przez różne podmioty i instytucje, a ponadto wraca się do niej po czasie opieki nad chorym i... odmawia zapłaty za udzielone świadczenie. Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest więc szczególnie istotne z punktu widzenia ochrony interesów zarówno pacjenta, jak i podmiotu leczniczego.

W swojej pracy zawodowej zaobserwowałam w ostatnim czasie wzrost zainteresowania zagadnieniem właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej wśród kadry zarządzającej szpitalami oraz placówkami opieki zdrowotnej. Co ciekawe, lekarze prowadzący działalność w ramach indywidualnej praktyki również prowadzą swoją dokumentację bardziej skrupulatnie aniżeli przed kilkoma laty. Na rynku pojawia się coraz więcej publikacji poświęconych zasadom i technikom prowadzenia dokumentacji medycznej. Dużym zainteresowaniem cieszą się również audyty oraz szkolenia dla kadry menedżerskiej, lekarzy czy statystyków medycznych.

Te niewątpliwie pozytywne zmiany mogą być wynikiem kontroli przeprowadzanych przez takie instytu-

cje, jak Najwyższa Izba Kontroli i Narodowy Fundusz Zdrowia bądź postępowań prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Skutki takich kontroli po pierwsze są dotkliwe dla placówek nimi objętych, a po drugie przyczyniają się do wzrostu świadomości prawnej środowiska medycznego.

### Podstawa prawna

W niniejszym artykule chciałabym pokrótce omówić wyniki kontroli przeprowadzonych w ostatnim czasie w placówkach opieki zdrowotnej w kontekście ujawnionych błędów dotyczących dokumentacji medycznej. By jednak obraz był pełny, należy najpierw przybliżyć normy prawne dotyczące zasad prowadzenia dokumentacji.

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania szczegółowo określają obligatoryjne elementy dokumentacji zbiorczej i indywidualnej, zasady prowadzenia dokumentacji przez poszczególne podmioty oraz sposoby jej przechowywania i udostępniania.

Co do zasady dokumentacja medyczna winna zawierać minimum:

- oznaczenie pacjenta,
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń,
- opis stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń,
- datę.

Dokumentacja winna być prowadzona na bieżąco, a wpisy nanoszone z zachowaniem porządku chronologicznego, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Co istotne, wpisy w dokumentacji muszą być czytelne.

Ustawodawca zagwarantował pacjentowi oraz osobom przez niego upoważnionym prawo wglądu w dokumentację medyczną. Dokumentacja ta może również posłużyć innym podmiotom, takim jak:

- inne podmioty udzielające świadczeń medycznych,
- organy władzy publicznej,
- NFZ,
- organy kontroli,
- prokuratura,
- ZUS,
- zakłady ubezpieczeń,
- podmioty wymienione w katalogu zawartym w art. 26 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

### Kontrole NFZ – procedura i skutki

Jednym z podmiotów uprawnionych do przeprowadzania kontroli dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest NFZ. Kontrole NFZ są zwykle niezapowiedziane, co uniemożliwia świadczeniobiorcom uzupełnienie jakichkolwiek braków bezpośrednio przed podjęciem czynności. Czynności kontrolne polegają na zbadaniu treści ksiąg i dokumentacji. Co ważne, w Polsce nie musi ich przeprowadzać osoba tej samej specjalności co osoba prowadząca dokumentację lub dokonująca wpisów. Wystarczy, że dokumentacja lekarska jest sprawdzana przez lekarza, a pielęgniarska przez pielęgniarkę.

### Wykonane, niezapłacone?

Wszystkie kontrole dokumentacji medycznej prowadzone są w oderwaniu od rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta, którego przecież kontrolujący nie bada, aby znaleźć np. uzasadnienie zastosowania takiej, a nie innej procedury medycznej. Dlatego też w skrajnych

„Wzmoczone zainteresowanie zagadnieniem właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej jest wynikiem kontroli przeprowadzanych przez NFZ i NIK”

przypadkach lakoniczne adnotacje mogą stać się podstawą do odmowy zapłaty za udzielone świadczenie zdrowotne przez NFZ. Bardzo istotne jest więc, aby wpisy na poszczególnych kartach dokumentacji były na tyle szczegółowe, by pozwalały zainteresowanym podmiotom odtworzyć stan faktyczny będący podstawą diagnozy czy wyboru metody leczenia.

Z „Informacji o kontrolach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w I kwartale 2016 r.” wynika, że tylko w pierwszym kwartale tego roku przeprowadzono 366 kontroli, podczas których stwierdzono m.in.:

- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń lub porad.

Niejednokrotnie na podstawie tych kontroli NFZ odmówił zapłaty za część udzielonych świadczeń medycznych oraz nałożył na swoich kontrahentów przewidziane umową kary finansowe.

### Braki, uchybienia, nieprawidłowości...

Poza kontrolami umów NFZ co roku przeprowadza kontrole na gruncie ordynacji lekarskiej. 31 sierpnia 2016 r. w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie NFZ opublikowano informację, że w II kwartale br. oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły 117 takich kontroli, z czego aż 44% podmiotów kontrolowanych uzyskało ocenę negatywną, a 31% ocenę pozytywną, ale ze stwierdzeniem nieprawidłowości. W zakresie dokumentacji medycznej zdarzały się skrajne przypadki jej nieprowadzenia oraz liczne uchybienia, a w szczególności:

- brak wpisów dotyczących porady ambulatoryjnej, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, przepisanych leków bądź wystawionych recept,
- brak adnotacji zawierającej diagnozę i uzasadnienie zastosowanych leków,
- wpisy z błędną liczbą przepisanych leków i błędnym sposobem dawkowania,
- brak numeracji stron, danych identyfikujących pacjenta, oznaczenia podmiotu leczniczego i daty po-



„Zachęcam osoby zarządzające placówkami medycznymi do regularnego doskazywania personelu”

radę, nieoznaczenie imieniem i nazwiskiem pacjenta każdej strony dokumentacji,

- brak właściwej autoryzacji poprawek,
- niezgodność danych na receptach z dokumentacją medyczną oraz z danymi z aptek,
- nieczytelna dokumentacja medyczna,
- niezachowana chronologia wpisów.

Podobne nieprawidłowości stwierdzono podczas kontroli NIK dotyczącej tworzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, której wyniki opublikowano 28 kwietnia 2016 r. Aż 21 z 24 podmiotów kontrolowanych dopuściło się naruszeń związanych z prowadzeniem dokumentacji. Ponad 70% sprawdzanej dokumentacji indywidualnej zawierało uchybienia, a w blisko 25% takiej dokumentacji stwierdzono aż ponad pięć różnych nieprawidłowości.

pozytywną informacją jest to, że kontrola nie wykazała nieprawidłowości związanych z ujawnianiem dokumentacji, którą świadczeniodawcy udostępniali zgodnie z obowiązującymi przepisami sądom, prokuratorom, ZUS itp.

### Przestrzeganie praw pacjenta

Na końcu należy też wspomnieć o „Sprawozdaniu dotyczącym przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, obejmującym okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r.,” w którym zestawiono wyniki badań nad przestrzeganiem praw pacjenta, m.in. w zakresie właściwej realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, z lat 2013–2015. W 2015 r. stwierdzono aż 186 przypadków naruszeń tego prawa, podczas gdy kontrola w 2013 r. ujawniła ich jedynie 65. Najczęstsze naruszenia dotyczyły udostępnienia pacjentowi dokumentacji medycznej w oryginale, odmowy udostępnienia dokumentacji przedstawicielowi ustawowemu małoletniego pacjenta oraz sposobu prowadzenia dokumentacji. Warto się zapoznać z tą publikacją, gdyż zawiera ona szczegółowe zestawienie problemów związanych z prowadzeniem dokumentacji, z jakimi może się zetknąć w zasadzie każda placówka.

Ze swojej strony zachęcam osoby zarządzające placówkami medycznymi do regularnego doskazywania personelu w zakresie wymogów prawnych dotyczących dokumentacji medycznej. Kontrole podobne do tych przytoczonych powyżej z całą pewnością w dalszym ciągu będą przeprowadzane na terenie całego kraju. Warto więc już dziś zadbać o to, by Państwa placówka w przypadku kontroli znalazła się w grupie podmiotów – mam nadzieję, coraz liczniejszej, w których nie stwierdzono uchybień.

*Jagoda Strzyżewska  
Autorka jest adwokatem i partnerem  
w Majda Strzyżewska Kancelaria Adwokacka sp. p.*