



# EKONOMIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## ECONOMY MEDICAL DOCUMENTATION

Hanna Waligórska<sup>1</sup>, Erwin Strzesak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Elektroradiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.20>

### STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na dokumentację medyczną, jako element ekonomii w systemie służby zdrowia, oraz znaczenie dokumentacji medycznej pacjenta w procesie leczenia i związanymi z tym wydatkami. Mimo wielu kontroli dokumentacji medycznej pacjenta, wykonywanych np. przez: Urząd Wojewódzki, Urząd Marszałkowski czy Narodowy Fundusz Zdrowia, w dalszym ciągu występują nieprawidłowości w jej prowadzeniu. Każdy z tych podmiotów dokonuje kontroli dokumentacji pod innym kątem. Przykładowo Narodowy Fundusz Zdrowia kontroluje nie tylko prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów prawa, ale też pod kątem zasadności udzielonych świadczeń. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości organ ten wnioskuje do świadczeniodawcy o zwrot kosztów za udzielone świadczenia zdrowotne, które nie znajdują swojego odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej pacjenta, a zostały wykazane do rozliczenia z NFZ. Jakie znaczenie ma dla pacjenta fakt, że udzielono mu innego świadczenia niż jest opisane w jego dokumentacji medycznej? Czy ma to znaczenie dla świadczeniodawcy?

**Słowa kluczowe:** dokumentacja medyczna, ekonomia, kontrola, pacjent, ustawa.

### ABSTRACT

The aim of the article is to underline as an element of the economy in the Health Services and the importance of patient's medical documentation in the treatment process and costs related to it. Despite numerous patient's medical documentation inspections carried out by: County Council, Marshal Office or NFZ, there are still irregularities occurring in records keeping. All of those authorities carries our medical documentation inspections using other accounts. For instance NFZ controls the regulations of the medical documentation keeping accordingly not only to the applicable laws, but also for its reasonability of the benefits granted. If an anomaly is being identified the authority claims refund to the provider of the health benefit that are not reflected in patient's medical documentation, but were presented for settlement with the NFZ. What difference does it make for the patient to be provided with different health service that described in the medical documentation? Does it make any difference to the health service provider?

**Keywords:** medical documentation, economy, control, patient, statute.

## Wstęp

„Ekonomia – nauka społeczna analizująca oraz opisująca produkcję, dystrybucję oraz konsumpcję dóbr. Nie jest nauką ścisłą, lecz posługuje się aparatem matematycznym (głównie metody ilościowe)” [1]. Ekonomia dzieli się na mikroekonomię i makroekonomię. Omawiany temat odnosi się do mikroekonomii, która zajmuje się zagadnieniami zachowania równowagi między popytem a podażą, a także czynnikami mającymi wpływ na to zjawisko. Biorąc pod uwagę służbę zdrowia, popyt znacznie przewyższa podaż. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje znacznie mniejszą ilość świadczeń zdrowotnych, niż wynika to z potrzeb społeczeństwa. Świadczą o tym kolejki oczekujących – dane te są publikowane na stronie NFZ. Czy analizując dokumentację medyczną, można stwierdzić, jakie są przyczyny takiej sytuacji?

Dokumentacja medyczna pacjenta to historia zdrowia i choroby pacjenta od urodzenia do śmierci (zaświadczonej

aktem zgonu). Należy zwrócić uwagę, że pacjenci często nie zdają sprawy, jaki istotny element w życiu każdego człowieka stanowi ta dokumentacja.

Załącznik nr 6 do „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania” stanowi wzór książeczki zdrowia dziecka [2]. To dokument, w którym wpisuje się wszystkie dane dotyczące urodzenia dziecka i aż do 18. roku życia – m.in. wszystkie bilanse, pobyty w szpitalu, szczepienia itp. Tak więc w pierwszych godzinach po urodzeniu zaczyna się nasza historia zdrowia i związana z nim ekonomia.

Mimo że dziecko posiada książeczkę zdrowia, to w momencie gdy zachoruje, w dniu zgłoszenia się do placówki medycznej ma zakładaną historię choroby. Dotyczy to każdego potencjalnego pacjenta. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta zakładana jest w każdej z poradni, w której pacjent podejmuje leczenie.

Co dalej dzieje się z dokumentacją wytworzoną w danym podmiocie? Otóż § 73 ww. rozporządzenia stanowi: „1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził”.

Tak więc każdy potencjalny pacjent ma tyle założonych „historii choroby” lub „historii zdrowia i choroby”, w ilu podmiotach był leczony. Ponieważ medyczna dokumentacja elektroniczna jeszcze nie funkcjonuje w pełnym zakresie, więc głównie mamy do czynienia z dokumentacją papierową.

Ponadto zgodnie z § 74 ww. rozporządzenia: „Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki”.

Z ekonomicznego punktu widzenia występują kolejne koszty związane z utrzymaniem archiwum, przechowywaniem dokumentacji i zabezpieczeniem.

Z drugiej strony, jeśli pacjent korzysta z porad u lekarzy specjalistów, np. reumatologa, kardiologa, neurologa, to w każdej z tych poradni oprócz wytwarzanej dokumentacji ma np. przepisywane leki. Nie wszyscy pacjenci pamiętają, jakie leki przepisuje im kolejny specjalista. Wykupują kolejne refundowane leki, np. wcześniej już zalecone, które są niez użyte i tracą datę ważności. Poza tym działanie leków może się wykluczać lub nie dać oczekiwanego działania farmakoterapeutycznego.

Zapoznając się dalej z przepisami, można się dowiedzieć, że art. 23.1 „Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” stanowi: „Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych” [3].

Dzięki ustawodawcy mamy jako pacjenci prawo wglądu do własnej dokumentacji. Kolejne przepisy stanowią, że za udostępnienie dokumentacji należy zapłacić, co wynika z art. 28, ust. 1: „Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę”. Czyli to pacjent ponosi koszty za udostępnienie mu własnej dokumentacji medycznej, która zawiera opis jego stanu zdrowia. Art. 28 ust. 4 ww. ustawy stanowi: „Maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004” [3].

Dodatkowo do historii choroby pacjentów, zgodnie z zapisami ustawy, ma dostęp wiele instytucji, m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia. Ten ostatni kontroluje dokumentację medyczną m.in. pod kątem zasadności rozliczenia danego świadczenia zdrowotnego.

Z dokumentu opublikowanego przez NFZ pt.: „Informacja o kontrolach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w I półroczu 2016 roku” [4] wynika, że najczęściej kontrolowana jest dokumentacja medyczna w szpitalach. W raporcie jest jasno określona przyczyna kontroli szpitali: „Koncentracja kontroli występuje wokół rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie zaangażowane są najwyższe środki finansowe oraz gdzie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości jest najwyższe”. Pozostałe zakresy zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych również są kontrolowane, ale z mniejszymi skutkami finansowymi. W pierwszym kwartale 2016 roku wg informacji NFZ świadczeniodawcy otrzymali wystąpienia pokontrolne opiewające na łączną kwotę zwrotu 35 597 486,46 zł za nienależne świadczenia, z czego suma 28 003 475,01 zł dotyczyła lecznictwa szpitalnego; w drugiej kolejności jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Śmiało można stwierdzić, że dokumentacja medyczna pacjenta to podstawowe źródło w kształtowaniu ekonomii w systemie służby zdrowia. Wystarczy zwrócić uwagę na listę stwierdzonych nieprawidłowości zawartą ww. dokumencie:

- „zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji,
- realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa (...)”.

Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości zostały sformułowane na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. To treść zawarta w historii choroby decyduje o zapłacie za dane świadczenie. Ma tym samym wpływ na ekonomię danego świadczeniodawcy. Jak wiadać, kwota zwrotu za pierwszy kwartał 2016 roku jest niebagatelna. Bywa, że szpitale zwracają po kilka milionów. Czy można stwierdzić, że to nie ma wpływu na ich gospodarkę finansową? Można śmiało stwierdzić, że nieprawidłowo opisane świadczenie ma niekorzystny wpływ na ekonomię szpitala.

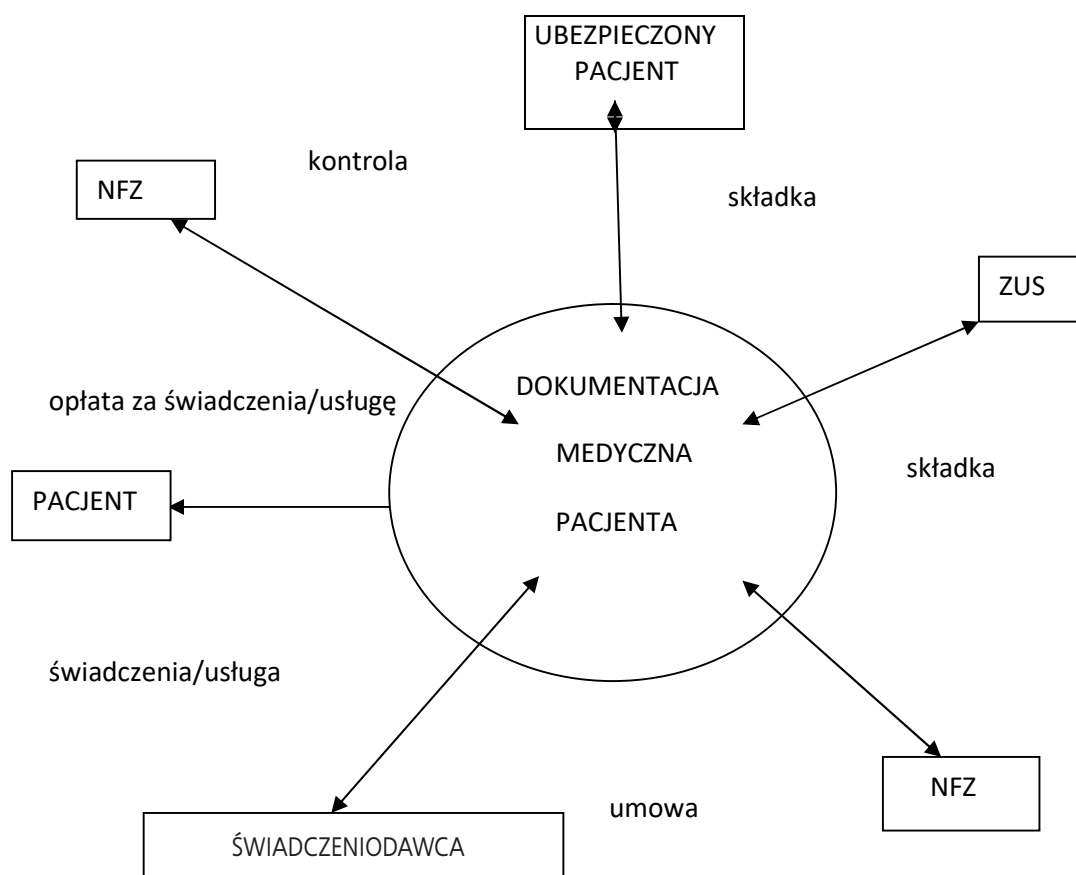
Można się zastanowić, czy nie lepszą kontrolę sprawuje sam pacjent. Umożliwia to Zintegrowany Informator Pacjenta wprowadzony, a raczej wciąż wprowadzany od 2010 roku w Wielkopolsce, a od lipca 2013 roku w Polsce. Biorąc pod uwagę liczbę zarejestrowanych ubezpieczonych z dostępem do ZIP-a, tj. milion przez te kilka lat, śmiało można powiedzieć, że jest małe zainteresowanie wśród pacjentów nadzorem nad własnymi pieniędzmi. ZIP umożliwia kontrolę nad udzielonymi świadczeniami i kosztami ich wykonania, listą wykonanych badań, kosztem refundacji recept, zaopatrzenia ortopedycznego, kosztami hospitalizacji. W przypadku stwierdzenia przez pacjenta, że nie korzystał z tego typu świadczeń, może on od razu złożyć skargę do NFZ. W takim przypadku wszczynane jest postępowanie wyjaśniające. Patrząc na liczbę rejestracji w systemie ZIP, można stwierdzić, że wciąż zbyt mało pacjentów korzysta z tego przywileju, by miało to wpływ na ekonomię w służbie zdrowia. A dobrze by było, żeby pacjenci zdawali sobie sprawę z kosztów udzielonej im usługi.

Z ekonomicznego punktu widzenia trzeba wspomnieć o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który m.in. zasiłki zdrowotne czy też renty przyznaje na podstawie indywi-

dualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Czyż to nie jest ekonomia?

Spójrzmy, jaki jest przepływ pieniądza w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjenta (**Rycina 1**).

Ubezpieczony, wnosząc składkę do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ma zagwarantowane ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie rentowe, ubezpieczenie chorobowe i ubezpieczenie wypadkowe. Wszystkie ubezpieczenia powiązane są z dokumentacją medyczną pacjenta. Opisy w dokumentacji medycznej decydują o przyznanej rencie, zwolnieniu lekarskim, odszkodowaniu. To wszystko jest związane z ekonomią. Ze składek zdrowotnych opłacane są świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom w ramach umów zawartych między świadczeniodawcami a płatnikiem, czyli NFZ. Opis udzielonego świadczenia w dokumentacji medycznej pacjenta to jeden z elementów wykazania usługi do rozliczenia z NFZ. Drugim ekonomicznym powiązaniem jest wspomniana wyżej kontrola przeprowadzana przez płatnika. Kontrolerzy NFZ wszelkie nieprawidłowości dotyczące zasadności rozliczonego świadczenia oceniają na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta. Kolejny element powiązany z ekonomią,



**Rycina 1.** Przepływ pieniądza w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjenta

zwrot za świadczenia, ale mający również wpływ na wartość zawartej umowy.

Poza tym lakoniczne wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta mogą być związane z dalszym procesem leczenia. Lakoniczne wpisy dla specjalistów w innym podmiocie mogą być mało czytelne. W związku z tym zlecane są kolejne badania diagnostyczne, przeprowadzana jest dłuższa obserwacja – hospitalizacja, co generuje kolejne koszty.

Mimo wieloletnich kontroli indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta nadal prowadzona jest niezgodnie z przepisami. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli można przeczytać: „Najwięcej nieprawidłowości odnotowano w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie w 924 – spośród 930 badanych dokumentacji (99,4%) – stwierdzono przypadki naruszenia przepisów rozporządzenia w sprawie DM” [5].

Wiele problemów może rozwiązać elektroniczna dokumentacja medyczna funkcjonująca w całym kraju. Pacjent, udając się do lekarza celem uzyskania świadczenia zdrowotnego, udostępnia swój kod, lekarz ma wgląd w pełną historię choroby pacjenta, łącznie z farmakologią, zaopatrzeniem w środki ortopedyczne i pomocnicze itp. Pacjent nie musi chodzić do kilku placówek, by udostępniły mu dokumentację medyczną, bo w każdej chwili poprzez łącza internetowe ma w nią wgląd, tak jak na konto w banku. Świadczeniodawca nie będzie dopisywał świadczeń, których nie wykonano, bo nie będzie miał dostępu do dokumentacji, która sprawozdawczo będzie sprzężona z płatnikiem. Czy długo jeszcze będziemy czekać na realizację tego projektu?

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. (Dostępne w Internecie:) <https://pl.wikipedia.org/wiki/Ekonomia>.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. z 2015 r. poz. 2069.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417.
4. (Dostępne w Internecie:) [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).
5. Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej. Informacja o wynikach kontroli NIK. KZD.430.002.2015, nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26  
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

### Adres do korespondencji:

Hanna Waligórska  
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Poznaniu  
ul. Garbary 15  
61-866 Poznań  
tel./fax: 61 885 07 49  
e-mail: [hanna.waligorska@wco.pl](mailto:hanna.waligorska@wco.pl)