

# PRAWIDŁOWO PROWADZONA INDYWIDUALNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA NASTĘPSTWEM KONTROLI PRZEPROWADZANYCH PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA?

*CORRECTLY CONDUCTED INDIVIDUAL PATIENT'S MEDICAL DOCUMENTATIONS THE CONSEQUENCE OF THE INSPECTIONS CARRIED OUT BY THE NATIONAL HEALTH FUND?*

Hanna Waligórska<sup>1</sup>, Erwin Strzesak<sup>2</sup>, Jolanta Kaczmarek<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Elektrodziagnostyki

<sup>3</sup> Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej

## STRESZCZENIE

Wokół dokumentacji medycznej pacjenta toczy się wiele dyskusji, szczególnie podczas kontroli, rozpraw sądowych czy w przypadkach, kiedy dokumentacja jest przekazywana do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wtedy widać ile posiada w sobie nieprawidłowości i błędów. Czy kontrole przeprowadzane przez NFZ są w stanie to zmienić? Na to pytanie spróbuję odpowiedzieć w poniższym artykule. Na ile kontrole przeprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i obowiązujące przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej mają wpływ na świadczeniodawców, by przekonać ich do prawidłowego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

**Słowa kluczowe:** dokumentacja medyczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, kontrola, błąd, brak opisu, brak danych, nieprawidłowości.

## ABSTRACT

There are a lot of discussions around patient's medical records, particularly during the inspections, court hearings, or in cases where records are transferred to the Social Insurance Institution. During those times irregularities and errors can be easily seen. Are the audits carried out by the National Health Fund (NHF) able to make a change? An answer to this question I hope to find in this article. To what extent the audits carried out by the NHF and existing medical records regulation policy can impact on healthcare providers in order to convince them to keep accurate individual patient's medical records.

**Keywords:** medical documentations, Nationale Health Fund, control, error, no description, no data, irregularity.

Indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta była i jest piętą achillesową lekarzy.

Zastosowanie się do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania jest wręcz rzeczą nieosiągalną. A przecież prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta ma swoją historię sięgającą, w przypadku Europy, do ok. 1700 roku, kiedy to w mieście Leyden w Niderlandach powstał jeden z pierwszych szpitali. Szpital ten różnił się od tych, które już funkcjonowały wcześniej tym, że nie tylko zajmował się leczeniem pacjentów, ale także zajmował się kształceniem przyszłych lekarzy oraz prowadzeniem prac badawczych. Wtedy to narodziła się konieczność sporządzania skrupulatnych opisów jednostek chorobowych, tak by uzyskane dane przekazywać następnym lekarzom, którzy kolejno zajmowali się pacjentem czy też prowadzili badawcze obserwacje. Tym samym były to początki szeroko pojętej dokumentacji medycznej [1].

W Polsce początki dokumentacji medycznej sięgają XIX wieku. Nie była ona jeszcze sporządzana w języku polskim, ale już wtedy dostrzegano konieczność chronologicznego opisu przebiegu choroby czy też obserwacji pacjenta. Także ówczesni studenci medycyny byli zobligowani do nabycia umiejętności prowadzenia dokumentacji medycznej, a jej sporządzanie było jednym z elementów zaliczenia egzaminu kończącego studia lekarskie [2].

Czytając ten krótki rys historyczny wciąż można się dziwić, że prawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej powoduje tyle kontrowersji i buntu w środowisku medycznym. Niejednokrotnie słyszało się zdanie: „mam leczyć ludzi a nie zajmować się biurokracją”.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności opisuje prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta, w tym indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci historii choroby.

Przepisy rozporządzenia wskazują między innymi, iż dokumentacja medyczna powinna zawierać odpowiednio: oznaczenie podmiotu, oznaczenie pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych wraz z podpisem, datę dokonania wpisu, informacje dotyczącą stanu zdrowia i choroby. Ustawodawca przypomina, że każda strona dokumentu powinna być ponumerowana, uporządkowana w sposób chronologiczny i co najmniej na każdej stronie powinno być imię i nazwisko pacjenta. I jeszcze jeden bardzo kontrowersyjny element – dokumentacja powinna być czytelna. Piszę tu o rzeczach podstawowych, na podstawie których można zidentyfikować podmiot, w którym indywidualna dokumentacja medyczna została utworzona oraz kogo dotyczy. Jeżeli nasza dokumentacja medyczna zawiera elementy wyżej wymienione, to kontrola z Narodowego Funduszu Zdrowia nie powinna w kontrolowanym podmiocie stanowić problemu.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest uprawniony do przeprowadzania kontroli, w tym kontroli dokumentacji medycznej na podstawie art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z zaznaczeniem, że dokumentację medyczną może kontrolować osoba posiadająca zawód medyczny w danym zakresie. Fundusz interpretuje to w taki sposób, że lekarz może kontrolować dokumentację lekarską, pielęgniarka pielęgniarską itd. Trwały i trwają wokół tego zapisu spory, niemniej kontrole funkcjonują do tej pory na takich zasadach. Nie jest tak, że dokumentację psychiatryczną sprawdza lekarz ze specjalizacją z psychiatrii.

Poniżej na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej NFZ przedstawione będą analizy przeprowadzonych kontroli. Będą to wybrane dane, powstałe z informacji o kontrolach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

I tak przykładowo: w trzech kwartałach 2012 roku Fundusz łącznie wykonał 2396 kontroli, z czego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej 627 kontroli, a w lecznictwie szpitalnym 572. Łącznie zakwestionowano kwotę 63 973 999,02 zł, z czego leczenie szpitalne to 44 568 680,72 zł a ambulatoryjna opieka zdrowotna 1 165 390,43 zł. Tak duża różnica związana jest głównie z wysokimi wartościami umów w lecznictwie szpitalnym.

W 2013 roku NFZ przeprowadził łącznie 2847 kontroli, z czego w lecznictwie szpitalnym 800, a w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej 656. Łącznie zakwestionowano kwotę w wysokości 100 987 204, 91 zł, z czego na lecznictwo szpitalne przypada 68 720 990, 72 zł.

Zakwestionowane kwoty nie zawierają podziału na to, jaka część dotyczy zwrotu za nienależnie zapłacone

świadczenia, a jaka część dotyczy kar i jakiego rodzaju przewinienia dotyczy kara.

Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości w wyniku kontroli świadczeniodawców nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i są podobne we wszystkich rodzajach świadczeń:

- 1) nieprawidłowa klasyfikacja hospitalizacji do grup JGP, w tym brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury/rozpoznania,
- 2) rozliczanie w tzw. „ruchu między oddziałowym”,
- 3) wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych,
- 4) brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- 5) brak skierowania do objęcia opieką,
- 6) brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury,
- 7) brak określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- 8) braki w wymaganym sprzęcie,
- 9) brak wymaganych kwalifikacji personelu,
- 10) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 11) brak aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram-zasoby) [3].

Trudno powiedzieć na ile świadczeniodawcy zdają sobie sprawę, ale wymienione wyżej nieprawidłowości w punktach powtarzają się od lat. Tak jak od lat nie zmieniają się podstawowe zasady kontroli, są one skoncentrowane wokół rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie umowy są zawarte na najwyższe środki finansowe oraz gdzie ryzyko wystąpienia nieprawidłowości jest najwyższe.

Nieprawidłowości z punktów 1, 4, 6, 10 dotyczą ściśle prowadzonej dokumentacji medycznej. Proszę zwrócić uwagę, że kontrolerzy nie badają pacjentów. Wszelkie nieprawidłowości stwierdzane są głównie na podstawie wpisów zawartych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Tak więc stwierdzenie „brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury” nie jest niczym innym jak nieprawidłowo prowadzoną dokumentacją medyczną, w której opis stanu pacjenta i wykonanych badań jest zbyt lakoniczny, by uzasadnić rozliczenia danego świadczenia zgodnie z zapisami umowy.

Jak widać z przeprowadzonej analizy, mimo iż dokumentacja medyczna jest prowadzona od wieków, daleko jej jeszcze do doskonałości. Powyższe dane mówią za siebie. Mimo kontroli dokumentacji medycznej przeprowadzanych już od 1999 roku, tj. od wprowadzenia Kas Chorych, mimo konsekwencji finansowych, jakość prowadzonej dokumentacji medycznej ma nadal wiele do życzenia. Przestrożą do jej prawidłowego prowadzenia nie są nawet zapisy zarzą-

dzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie między innymi jest zapisane, że dowodem udzielonego świadczenia jest wpis do dokumentacji medycznej pacjenta. Trudno powiedzieć na ile świadczeniodawcy zdają sobie z tego sprawę, ale dzięki temu zapisowi dokumentacja medyczna staje się jednocześnie podstawą do zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne. Brak opisu udzielonego świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych, w przypadku wykrycia tego faktu przez kontrolerów z NFZ, jest jednoznaczny z brakiem zapłaty za świadczenie, nawet jeśli było udzielone. Jedynym sposobem uzyskania tych środków jest droga sądowa, a to długotrwały proces. Jaki więc nasuwa się wniosek – prowadzić prawidłowo dokumentację medyczną świadczeniobiorcy.

Można na koniec zadać sobie pytanie, czy prowadzenie dokumentacji medycznej w systemie elektronicznym zgodnie z mającymi nastąpić zmianami spowoduje, że będzie bardziej odzwierciedlała faktyczny stan zdrowia pacjenta i rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego? Czy fakt, że do dokumentacji medycznej wgląd będą mieli wszyscy lekarze, do których uda się pacjent będzie bardziej dyscyplinujący dla nich aniżeli dzisiejszy nadzór NFZ czy też innych organów, które mają uprawnienia do wglądu w indywidualną dokumentację medyczną pacjenta. Jak widać z powyższych rozważań, kontrole przeprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie są w stanie wyeliminować nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji medycznej. Tak jak nie są w stanie skontrolować każdego świadczeniodawcy. Ale też nie wiadomo, czy w przyszłym

planie kontroli NFZ nie zostanie ujęty właśnie nasz podmiot leczniczy. Dlatego, by uniknąć problemów, czyż nie warto od dziś zacząć prawidłowo prowadzić dokumentację medyczną? Powyższe rozważania dotyczą indywidualnej dokumentacji medycznej, ale należy jeszcze wziąć pod uwagę zbiorczą dokumentację, która także podlega kontroli. Proszę również zauważyć, że nie uwzględniono tu kontroli związanych z ordynacją lekarską, gdzie także wykazywane są nieprawidłowości związane z indywidualną dokumentacją medyczną. Tak więc wbrew pozorom temat jest wciąż aktualny i dotyczy każdego podmiotu. Czy warto zacząć już od dziś wprowadzać dobre zasady prowadzenia dokumentacji medycznej? Zostawiam to do rozważenia każdemu z państwa, ale wniosek w zasadzie nasuwa się sam.

### Oświadczenia

#### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

#### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

### Piśmiennictwo

1. Drozdowska U (red.). Dokumentacja medyczna. Warszawa 2011, Cegeidium.
2. <http://matman.uwm.edu.pl>.
3. Biuletyn Informacji Publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia: 2012 rok, 2013.

Zaakceptowano do edycji: 2015–02–10  
Zaakceptowano do publikacji: 2015–03–30

#### Adres do korespondencji:

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Garbary 15  
61-866 Poznań  
tel.: 61 8850952  
fax: 61 8850708  
e-mail: hanna.waligorska@wco.pl