



For: iStockphoto.com

Zamieszanie w dokumentacji medycznej

Kwadratura koła

Zgodnie z obowiązującym prawem za przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność leczniczą. Można zatem przyjąć, że on jest jej dysponentem, a jednocześnie odpowiada za bezpieczeństwo informacji w niej zawartych. Ale prawo do posiadania własnej dokumentacji medycznej ma również pacjent. To rodzi niekończące się spory prawne i finansowe. Jak pogodzić dwie pozornie wykluczające się prerogatywy?

Regulacje dotyczące możliwości dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta i wglądu do niej rozproszone są w różnych aktach prawnych. Jednostkowe analizowanie poszczególnych zapisów powoduje mnóstwo wątpliwości i nieprawidłowych interpretacji.

Kto tworzy dokument

Zacznijmy od początku – dokumentację medyczną sporządza personel medyczny udzielający świadczenia.

Mówimy o osobach posiadających zawód medyczny i dokonujących wpisów w związku z udzielaniem świadczenia. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę, że nie wszyscy terapeuci są określani w przepisach jako wykonujący zawody medyczne. Nie należą do nich m.in. psychoterapeuci czy masażyści.

Warto przypomnieć, że ci ostatni udzielają świadczeń finansowanych z pieniędzy publicznych (np. w ramach rehabilitacji) i prowadzenie przez nich do-

kumentacji wykonywanych zabiegów jest wymagane przez NFZ.

Udział w tworzeniu dokumentacji medycznej mają również sekretarki medyczne. Niejednokrotnie to właśnie one zakładają historię choroby, wpisując dane personalne chorego, a w trakcie tworzenia kolejnych dokumentów zajmują się ich porządkowaniem, oznaczaniem numeracji stron, a czasem nawet przypisywaniem odpowiednich kodów rozpoznania czy procedur do opisanego przez terapeutę postępowania. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. (z późn. zm.) wgląd do dokumentacji medycznej mają wyłącznie osoby posiadające zawód medyczny. W większości placówek przetwarzaniem dokumentacji medycznej i weryfikowaniem prawidłowości rozliczenia zajmują się służby administracyjne. Pracownicy działów rozliczeń często muszą przeczytać przebieg historii choroby, by zweryfikować – a niejednokrotnie nawet ustalić – rodzaj świadczenia, jakie ma być rozliczone z płatnikiem. Tu pojawia się kolejny obszar regulacji.

Kto jest właścicielem dokumentu

Dostęp do dokumentacji medycznej oprócz medyków mają również sami pacjenci. W art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określono sposób jej udostępniania. O ile oczywiste jest wydawanie kopii i odpisów, o tyle wątpliwości świadczeniodawców budzi udostępnienie oryginału. Ustawa określa, że podmiot leczniczy ma obowiązek wydania go z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Pacjent może zatem wybrać formę udostępniania. W wypadku żądania wydania kopii podmiot może za tę czynność pobrać opłatę, której maksymalna wysokość jest określona. Rodzi się jednak pytanie, po co pacjent ma płacić za kopie dokumentów, skoro może „wypożyczyć” oryginał. Wobec braku regresu w wypadku niedotrzymania zobowiązania zwrotu dokumentację można uzyskać nieodpłatnie. Dodatkowo podmiot leczniczy, by się zabezpieczyć na wypadek kontroli NFZ czy postępowań cywilnoprawnych, musi wykonać kopię dokumentacji i pokryć koszt tej operacji z własnych pieniędzy. Zdarza się, że część historii choroby nie może być skopiowana powszechnie stosowanymi technikami (często w dokumentacji znajdują się klisze RTG).

Obecnie informacje związane z leczeniem chorego występują pod wieloma postaciami – od papierowych, przez preparaty histopatologiczne, po elektroniczne stickery. Dodatkowo dochodzi cały zakres dokumentacji elektronicznej, w tym tej, która nie jest prowadzona w wersji papierowej. Konsekwencją znowelizowania ustawy o systemach informacyjnych w ochronie zdrowia jest nie tylko przesunięcie obowiązku prowadzenia dokumentacji elektronicznej. Pojawiła się też możliwość wyboru formy elektronicznej lub papierowej. Najnowsze zmiany wprowadzone tzw. pakietem

” Pracownicy działów rozliczeń często muszą przeczytać historię choroby, aby zweryfikować – a niejednokrotnie nawet ustalić – rodzaj świadczenia, jakie ma być rozliczone z płatnikiem ”

kolejkowym nakazują prowadzenie list oczekujących w wersji elektronicznej. Dodatkowo w nowelizacji czytamy, że lista oczekujących ma stanowić integralną część dokumentacji medycznej. Jeśli zatem mam wersję papierową, to elektroniczną integruję... w sumie sam nie wiem jak. Chyba znów papierowo?

Klincz

Na powyższe zamieszanie w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej nakłada się jeszcze sposób jej sporządzania przez medyka. Wiele obostrzeń zawiera rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z 21 grudnia 2010 r. (z późn. zm.). Dotyczą one w większości tworzących dokumentację, np. lekarzy. Obok takich zapisów, jak obowiązek czytelnych wpisów czy oznaczania każdej adnotacji odpowiednim podpisem i identyfikacją, rozporządzenie nakłada wymóg numerowania wszystkich stron w porządku chronologicznym. Wychodząc z założenia, że tylko przedstawiciele zawodów medycznych mają wgląd w dokumentację i prawo dokonywania w niej wpisów, już sobie wyobrażam rzeszę lekarzy numerujących strony i spinających historię choroby w całość. Do tego należy dodać konieczność przyjęcia wymaganych prawem oświadczeń chorego (świadome zgody z zachowaniem procedury poinformowania o treści oświadczenia) i wpisania rozpoznania zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10. Nasuwa się wniosek, że większość czasu pracy terapeuci muszą poświęcić tworzeniu dokumentacji pacjenta. Wszak ma ona służyć nie tylko temu, kto ją sporządza, lecz także innym osobom, które będą leczyć chorego. Niejednokrotnie posłuży kontrolerowi z NFZ, który z powodu braku pieczętki czy numeracji strony wymierzy karę w wysokości do 1 proc. wartości kontraktu za nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. Prawo dotyczące kar pokontrolnych nakładanych przez NFZ jest bardzo jasne, jeśli chodzi o ich wysokość, ale pole do interpretacji pozostawia tak wielkie jak odległość prawa regulującego dokumentację medyczną od życia.

Rafał Janiszewski
Autor jest ekspertem prawa medycznego,
prowadzi własną kancelarię doradczą.