

Zasady dotyczące dokumentowania świadczeń zdrowotnych

The rules for documenting health benefits

Monika Sadowska¹, Andrij Bazylewicz², Danylo Halytsky², Oksana Hdyrya³, Khristina Kaminska⁴, Yaroslav Kleban⁵

¹ Pracownia Technik Diagnostycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

² Vice-rector of Lviv National Medical University, Lwów, Ukraina, President Lviv 2 Ukrainian Medical Association, Lwów, Ukraina

³ Assistant of Professor of Lviv National Medical University n.a. Danylo Halytsky, Lwów, Ukraina

⁴ MD Dr. of Lviv Clinical Cardiological Center, Lwów, Ukraina

⁵ Head of Policlinic department of Railway Clinical Hospital №2 (Kijów, Ukraina), Assistant of Professor of National Medical University n.a. O. Bohomoltsa

Streszczenie

Dokumentacja medyczna jest niezbędna w świadczeniu kompleksowej opieki nad pacjentem. Stanowi nieodzowny element komunikacji w zespole terapeutycznym. Jest też formą kontroli procesu udzielania świadczenia zdrowotnego oraz poszczególnych czynności medycznych w jego zakresie służącej monitorowaniu jakości świadczonych usług i ich poprawie. Ma też szczególne znaczenie jako materiał dowodowy w ocenie prawidłowości podjętych czynności diagnostyczno-leczniczych w stosunku do pacjenta w procesach o błąd medyczny.

Celem pracy było przedstawienie podstawowych zasad dotyczących dokumentowania świadczeń zdrowotnych.

European Journal of Medical Technologies
2015; 4(9): 34-44

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 24.12.2015

Adres do korespondencji:

Monika Sadowska
Pracownia Technik Diagnostycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
ul. Staszica 4-6,
20-081 Lublin
tel.: +48 81 448 68 92
e-mail: monikasadowska@umlub.pl

Słowa kluczowe:

dokumentacja medyczna, jakość dokumentacji medycznej, opieka kompleksowa, prawa pacjenta, odpowiedzialność lekarza, błąd medyczny

Abstract

Medical documentation is essential in providing complex patient care. It is an indispensable element of communication in the therapeutic team. It is also a form of control of granting healthcare benefits and various medical activities within its scope to monitor the quality of services and their improvement. It also has a special significance as evidence in assessing the correctness of the undertaken diagnosis and treatment activities in relation to the patient in the medical malpractice trial.

The aim of the study was to present the basic principles for documenting health benefits.

Key words:

medical records,
medical records
quality, comprehensive
care, patient rights,
medical liability,
medical malpractice

Wstęp

Podmioty lecznicze są zobowiązane prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób i na zasadach określonych w art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.). Informacje zawarte w dokumentacji medycznej mają służyć zarówno dobru pacjenta, jak i dobru podmiotu leczniczego będącego właścicielem dokumentacji. Prowadzenie dokumentacji medycznej wysokiej jakości ma zapewnić pacjentowi ciągłość leczenia, natomiast szpitalowi daje możliwość udokumentowania postępowania pracownika medycznego i wykazania, że dane świadczenie zostało udzielone w sposób prawidłowy [1,5,7].

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej stanowią element komunikacji w zespole terapeutycznym niezbędny do realizowania kompleksowej opieki nad pacjentem, mając na uwadze przepływ informacji między członkami zespołu medycznego w danym podmiocie leczniczym, jak też innymi podmiotami będącymi świadczeniodawcami usług zdrowotnych oraz instytucjami orzekającymi w sprawie zdrowia [4,7]. Dokumentacja medyczna jest też formą kontroli procesu udzielania świadczenia zdrowotnego oraz poszczególnych czynności medycznych w jego zakresie służącej monitorowaniu jakości świadczonych usług i ich poprawie. Dokumentacja medyczna ma też szczególne znaczenie jako materiał dowodowy w ocenie prawidłowości podjętych czynności diagnostyczno-leczniczych w stosunku do pacjenta w procesach o błąd medyczny. Rzetelnie

prowadzona może być dla pracownika wykonującego zawód medyczny niezastąpionym środkiem obrony w postępowaniu sądowym zarówno w procesach z powództwa cywilnego, jak i w procesach karnych [3,5,6,7,8,9]. Dlatego wpisy w dokumentacji medycznej powinny być na tyle szczegółowe, aby umożliwić odtworzenie i skontrolowanie dotychczasowego przebiegu procesu świadczenia zdrowotnego, zleconych i wykonanych czynności medycznych, zasięgnięcia opinii innego lekarza. Jest to o tyle ważne, że niezgodne z przepisami prowadzenie dokumentacji medycznej jest jednym z najczęściej stwierdzanych w wyniku kontroli prowadzonych przez NFZ nieprawidłowości w realizacji umów [1]. Dlatego podjęto pracę, której celem było przedstawienie podstawowych zasad dotyczących dokumentowania udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych.

Wyjaśnienie pojęć – dokumentacja medyczna i dane medyczne

Ustawodawca w art. 23.1 u.p.p. częściowo precyzuje przedmiot dokumentacji medycznej jako dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie z art. 23.2 u.p.p. wynika, że ochronie podlegają wszelkie dane zawarte w dokumentacji medycznej, a nie tylko te dane związane ze stanem zdrowia oraz dotyczące udzielonych pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Z powyższego wynikałoby, że

dokumentacja medyczna dotyczy zdrowia i udzielanych w związku z nim świadczeń medycznych, ale też informacji, które mogą mieć ze zdrowiem związek pośredni.

Karkowska [5] wyjaśnia, że na gruncie unormowań prawa europejskiego termin „dane medyczne” odnosi się do wszystkich danych wiążących się ze zdrowiem jednostki, jak i danych w sposób oczywisty i bliski związanych ze zdrowiem oraz danych genetycznych. Dane medyczne odnoszą się do przeszłego, obecnego i przyszłego stanu zdrowia podmiotu danych, zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Pojęcie to odnosi się do wszelkich informacji, które nie są informacjami upublicznionymi, a które pozwalają na ustalenie szeroko pojętego stanu zdrowia jednostki, takich jak styl życia danej osoby, jej życie seksualne czy nałogi.

Pojęcie „jednostkowe dane medyczne” precyzuje ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [Dz. U. z 2015 r. poz. 636], definiując je jako dane osobowe oraz inne dane osób fizycznych dotyczące uprawnień do udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, stanu zdrowia, a także inne dane przetwarzane w związku z planowanymi udzielanymi i udzielonymi świadczeniami opieki zdrowotnej oraz profilaktyką zdrowotną i realizacją programów zdrowotnych. Jak twierdzi Karkowska [5] ustawa przesądza, że termin „dane medyczne” jest szerszy od pojęcia danych dotyczących stanu zdrowia. Obejmuje nie tylko dane osobowe, ale wszelkie informacje, także niebędące danymi o osobach, o ile dotyczą stanu zdrowia, uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych.

Należy przy tym wskazać, że art. 2 pkt 6. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia definiuje pojęcie „elektronicznej dokumentacji medycznej”, stanowiąc, że termin ten oznacza:

1. Dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych [Dz. U. z 2015 r. poz. 581] apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym.

2. Dokumentację medyczną, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.], wytworzoną w postaci elektronicznej, zawierającą dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju w przypadku usługodawcy innego niż wymieniony w ust. 1.

Podstawowe zasady związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna zgodnie z aktem wykonawczym do u.p.p., tj. z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [Dz.U. Nr 252, poz. 1697], może być prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej. Niemniej jednak każdy dokument medyczny bez względu na to, czy jest sporządzony w formie pisemnej, w postaci zapisu komputerowego czy cyfrowego, powinien zawierać co najmniej elementy wymienione w art. 25 u.p.p. Są to:

1. Oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - nazwisko i imię (imiona);
 - datę urodzenia;
 - oznaczenie płci;
 - adres miejsca zamieszkania;
 - numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania;

2. Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych.
3. Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
4. Datę sporządzenia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej r.r.d) dokumentacja medyczna dzieli się na:

1. Dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, w tym:
 - dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby podmiotu sporządzającego dokumentację;
 - dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych.
2. Dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych lub określonych grup tych pacjentów.

Należy przy tym zwrócić uwagę na podstawowe zasady związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej wynikające z r.r.d. Przede wszystkim wpis dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisów nie wolno uzupełniać po kilku czy nawet kilkunastu dniach. Celem takiej regulacji jest zapewnienie wiernego odtworzenia opisów czynności w związku udzielanym danemu pacjentowi świadczeniem zdrowotnym. Przy znacznej liczbie pacjentów uzupełnianie wpisów po pewnym czasie grozi zniekształceniem opisu stanu faktycznego, w tym przebiegu czynności diagnostyczno-terapeutycznych, a nawet uzupełnieniem dokumentacji niewłaściwego pacjenta. Należy przy tym podkreślić, że wpisy powinny być dokonywane w sposób czytelny, także dla pacjenta, który zgodnie z przepisami prawa ma wgląd do dokumentacji medycznej. Nieczytelność dokumentacji medycznej co do zasady jest równoważna w skutkach z brakiem dokumentacji, co z kolei obciąża podmiot wykonujący działalność leczniczą [5,7,9]. Każdy wpis opatruje się

oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Oznaczenie to musi zawierać nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza, pielęgniarki lub położnej dokonujących wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeśli został dokonany błędnie, powinien być skreślony oraz opatrzony datą skreślenia i podpisem lekarza, pielęgniarki lub położnej, z podaniem danych identyfikujących wraz z krótkim omówieniem skreślenia [3,5]. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty [5].

Wpisy w dokumentacji medycznej dokonuje się w języku polskim. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystyki Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Lekarz jest jednak obowiązany wyjaśnić w sposób przystępny i zrozumiały treść wpisów zawartych w dokumentacji. Rozporządzenie wprowadza obowiązek formułowania rozpoznania choroby w języku polskim w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego [3,5].

Istnieje obowiązek względem zawodów medycznych prowadzenia dokumentacji zgodnie z prawdą. Zgodnie z art. 28 Kodeksu Etyki Lekarskiej (Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy 2004) „Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem”. Karkowska [5] słusznie zauważa, że wprowadzenie nie wyrażono podobnego nakazu etycznego względem innych zawodów medycznych, nie zwalnia to ich przedstawicieli z obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z prawdą, co wynika z regulacji ustawowych. Należy przy tym zwrócić uwagę, że przedstawiciele każdego zawodu medycznego winni wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość,

wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania, co dotyczy również wpisów w dokumentacji medycznej. Oznacza to, że nie można w niej umieszczać wpisów dyskryminujących pacjenta.

Prowadząc dokumentację medyczną, należy pamiętać, że pacjent ma prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji, które dotyczą jego zdrowia i życia, do czego potrzebna jest informacja na temat jego sytuacji zdrowotnej, a jednocześnie nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne i nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawnienia informacji dotyczącej jego osoby. Ochrona tych praw jest obowiązkiem władz publicznych, których ingerencja dopuszczalna jest tylko wtedy, gdy następuje na podstawie prawa i jest konieczna w demokratycznym społeczeństwie ze względu na bezpieczeństwo państwowe, publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób [10]. Informacja, do jakiej pacjent ma prawo dostępu, ma co do zasady charakter osobisty i prywatny, ponieważ dotyczy ona konkretnej osoby i konkretnego świadczenia medycznego. Zgodnie z u.p.p. pacjent może upoważnić wskazaną osobę do zapoznania się z informacjami dotyczącymi jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Osoba upoważniona działa w imieniu pacjenta, a jej wyznaczenie nie stanowi przeszkody do dalszego bezpośredniego korzystania z omawianego prawa przez samego pacjenta. Oświadczenie woli pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej lub braku takiego upoważnienia może być zarówno ustne, jak i pisemne, a osoba, która jest zobowiązana do wprowadzenia takiej informacji w podmiocie leczniczym lub prowadząca praktykę zawodową dokonuje stosownego wpisu o woli pacjenta do upoważnienia osoby bliskiej lub braku upoważnienia. Przepis r.r.d., który informuje o pisemnym oświadczeniu pacjenta upoważniającym do uzyskiwania dokumentacji medycznej, jest jedynie przepisem porządkowym, mającym na celu odnotowanie woli pacjenta [3,5,6]. Niemniej jednak forma pisemna oświadczenia woli wprowadzona została nie dla innych celów, ale po to, aby

zainteresowany podejmował decyzje ze szczególną rozważą, po przemyśleniu [2].

W przypadku formy pisemnej w postaci formularza czy też dokumentu prywatnego, upoważnienie pacjenta dołączone do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zgodnie z prawem cywilnym powinno zawierać cechy istotne dla dokumentu: oznaczenie wystawcy, datę i miejsce sporządzenia, oświadczenie woli wystawcy oraz podpis [5,6].

Ustawodawca wymaga odrębnych upoważnień do:

1. Uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.
2. Pozyskiwania dokumentacji medycznej zawierającej powyższe informacje (u.p.p. i r.r.d.).

Pacjent może zdecydować, czy upoważni osobę bliską do wykonywania prawa w obu przypadkach, czy też udzieli jednego z upoważnień. W pierwszym przypadku osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo do informacji w rozmowie bezpośredniej z profesjonalistą medycznym, jak również do informacji zawartej w dokumentacji medycznej. W drugim wyłącznie do jednej z form, aczkolwiek nierozzerwalnie ze sobą współistniejących w procesie terapeutycznym.

Autorzy zwracają uwagę na praktyczny aspekt omawianego problemu, mając na uwadze niedopełnienie przez pracowników medycznych obowiązku odebrania od pacjenta wskazanych oświadczeń. Można zatem przyjąć, że podmiot udzielający świadczenia zdrowotnego powinien wprost zapytać pacjenta o jego deklarację i ewentualnie zwrócić się do niego o sporządzenie jej na piśmie w załączonym formularzu lub dokumencie prywatnym lub zamieścić oświadczenie woli pacjenta w dokumentacji medycznej z jego własnoręcznym podpisem [5, 6, 8]. Zdaniem autorów [5, 6, 7] niedopełnienie tego obowiązku i niezłożenie przez pacjenta wskazanych oświadczeń nie stanowi podstawy do uznania, iż pacjent nie upoważnił żadnej osoby do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji. Zagadnienie to jest o tyle ważne, że w przypadku sporu sądowego to na podmiocie udzielającym świadczenia może spoczywać ciężar dowodu, że upoważnienie takie istniało i jaki miało zakres podmiotowy i przedmiotowy z racji ustawowego obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej.

Przepisy nie wskazują, w jakim czasie powinno być udzielone upoważnienie. Można więc przyjąć, że ma prawo to nastąpić w dowolnym momencie, zakładając jednocześnie, że powinna to być decyzja przemyślana. Mając jednak na uwadze, że udokumentowane oświadczenie woli pacjenta stanowi dokumentację medyczną, a ta powinna być zakładana niezwłocznie przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy, zasadnym byłoby wówczas odebranie oświadczenia woli pacjenta co do upoważnienia osoby trzeciej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej zawierającej powyższe informacje lub braku takiego upoważnienia.

Podsumowanie i wnioski

Dokumentacja medyczna jest niezbędna w świadczeniu kompleksowej opieki nad pacjentem. Ma też szczególne znaczenie jako materiał dowodowy w ocenie prawidłowości podjętych czynności diagnostyczno-leczniczych w stosunku do pacjenta. Ma więc istotny walor praktyczny. Świadomość pracowników medycznych w tym zakresie pozwoli na traktowanie każdej informacji dotyczącej pacjenta jako tej, która może mieć znaczenie dla jego stanu zdrowia w chwili obecnej i przyszłej, a właściwe jej zabezpieczenie jest niezbędne do ochrony dóbr osobistych pacjenta, jak też posłuży ocenie prawidłowości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze wagę problemu, kluczowym jest zwrócenie uwagi pracowników medycznych na konieczność przestrzegania wytycznych dotyczących prowadzenia dokumentacji i eliminowania błędów, w tym nieczytelnych wpisów, braku pieczęci i podpisu osoby udzielającej świadczenia, dokonywanie wpisów niezgodnych ze stanem faktycznym, braku kompletu dokumentów, ich zaginięcie, co świadczy o braku precyzyjności i rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej.

Piśmiennictwo

1. Banaś T., Filarski T., Pochopień P. (red.). Dokumentacja medyczna. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
2. Barta J., Fajgielski P., Markieicz R. Ochrona danych osobowych: komentarz. LEX a Wolters Kluwer Business, Wyd. IV, Kraków 2007; 525-526.
3. Golusińska K. Dlaczego trzeba mieć zgodę na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. *Medical Maestro Magazine* 2014; 4: 484-486.
4. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T., Szozda R., Ziemska B., Wiśniewska-Śliwińska H. Jakość dokumentacji medycznej widziana z perspektywy potrzeb Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. *Orzecznictwo Lekarskie* 2010; 7(1): 66-73.
5. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. LEX a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012.
6. Kubiak R. Udostępnianie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej. *Medycyna Praktyczna* 2014; 2: 1-14.
7. Marcinkowski J.T., Kaczmarek T., Herfort A., Szozda R., Żaba Cz. Rola i znaczeni dokumentacji medycznej w orzecznictwie ubezpieczeniowym oraz w postępowaniu sądowym. *Orzecznictwo Lekarskie* 2011; 8(2): 73-78.
8. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Wyd. Mirosław Nesterowicz & „Dom Organizatora”, Toruń 2013.
9. Przeździecki J. Znaczenie dokumentacji medycznej w orzecznictwie korporacyjnym. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 79-81.
10. Roagna I. Ochrona prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka. Rada Europy, Strasburg 2012.

Akty prawne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483.
- Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 2007 Nr 14, poz. 89 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2015 r. poz. 464.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2015 r. poz. 581.