

Coraz więcej biurokracji
i coraz mniej czasu dla pacjentów

Papierowe leczenie

Śledząc na bieżąco nowe akty prawne dotyczące ochrony zdrowia, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że proporcja między udzielaniem świadczeń a ich dokumentowaniem jest coraz bardziej zachwiana. Obowiązki biurokratyczne się zwiększają, a liczba i częstotliwość zmian w prawie powodują, że łatwiej o błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Fot. C.J. Burton/Corbis

Lekarz podejmujący pierwszą pracę musi się przygotować na zderzenie z biurokratyczną rzeczywistością. To, czego nauczył się podczas studiów, gwarantuje mu odpowiedni zasób wiedzy niezbędnej do leczenia pacjentów, ale to dopiero początek drogi. Bo na studiach nie dowiedział się, jakie świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi. Nawet jeżeli podczas praktyk czy stażu podyplomowego przyswoił sobie zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, tak naprawdę nie wie wszystkiego. Teraz będzie musiał się zapoznać nie tylko

z zasadami samodzielnego wystawiania skierowań i recept, w tym recept w kontynuacji leczenia, lecz także zleceń na transport sanitarny, na pieluchomajtki, skierowań do sanatorium, zaświadczeń o stanie zdrowia wydawanych na różnych drukach dla różnych instytucji, kart zgonu czy nawet zwolnień z zajęć wychowania fizycznego. W większości wypadków nie ma zestandaryzowanych druków, a wiele gotowych wzorów jest nieprzejrzystych i kłopotliwych do uzupełnienia. Realia pracy w systemie ochrony zdrowia w Polsce podcinają

skrzydła lekarzom i coraz częściej przyczyniają się do wypalenia zawodowego w stosunkowo młodym wieku. A zmiany dokonywane są co chwila i trzeba je śledzić na bieżąco. Co zmieniło się ostatnio?

Papier i kilobajty naraz

Informatyzacja ochrony zdrowia mogłaby pomóc młodym ludziom, sprawnie posługującym się narzędziami informatycznymi. Nowe rozwiązania są jednak wdrażane stopniowo, a często równoległe funkcjonują dokumenty elektroniczne i papierowe, jako że nie ma rozwiązań organizacyjno-technicznych umożliwiających rezygnację z wersji papierowej.

Zapewnienie możliwości wymiany danych rozwiązałoby wiele problemów systemu ochrony zdrowia. Przepływ informacji pomiędzy podmiotami leczniczymi i innymi instytucjami jest niezbędny przede wszystkim do stworzenia modelu koordynowanej opieki zdrowotnej. Opóźnienia w informatyzacji sprawiają jednak, że lekarze jeszcze długo będą skazani na prowadzenie w wersji papierowej przynajmniej części dokumentacji. Nie mogą też po prostu opierać się na kolejnych aktualizacjach systemu informatycznego w wypadku zmian w prawie. Wobec tego niezbędne jest dokładne śledzenie nowych przepisów, a tych w ostatnim czasie pojawiło się немало.

Obniżona odpłatność

Do istotnych zmian należy zaliczyć nowelizację ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przede wszystkim wprowadzono nowe brzmienie przepisu dotyczącego odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych. Dotychczasowa maksymalna wysokość opłaty wynosząca 0,002 przeciętnego wynagrodzenia (czyli obecnie 7,79 zł) mogła wskazywać na przekazywanie przez podmiot danych na płycie CD bądź DVD. Obecnie, przy mnożniku 0,0004, czyli maksymalnej wysokości opłaty 1,55 zł, nie jest to już takie pewne. Równocześnie, z uwagi na konieczność ochrony danych osobowych i warunki techniczne, nie można wymagać od pacjentów dostarczania własnego nośnika.

Przed nowelizacją w przepisach była mowa o opłacie za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej. Aktualnie ustawodawca przewidział możliwość wprowadzenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Biorąc pod uwagę rozwój techniki, dostrzeżono konieczność uregulowania kwestii udostępniania dokumentacji medycznej w formie wydruków. Pominięto natomiast sprawę odpłatności za wydruk, który z punktu widzenia zaangażowania czasu personelu i zużycia materiałów eksploatacyjnych nie różni się od kopii.

„Realia pracy w systemie ochrony zdrowia w Polsce skutecznie podcinają skrzydła lekarzom i coraz częściej przyczyniają się do wypalenia zawodowego w stosunkowo młodym wieku”

Bezpieczeństwo danych

Kwestie dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej są istotne nie tylko dla personelu medycznego, lecz także dla pracowników odpowiedzialnych za rejestrację pacjentów oraz obsługę administracyjną udzielanych świadczeń. Ustawodawca w końcu odniósł się w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do uprawnień osób wspierających proces realizacji świadczeń. Dotychczasowe przepisy stanowiły, że do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej są uprawnieni lekarze, pielęgniarki i położne. Przepis ten nie przystawał do rzeczywistości i to nie tylko dlatego, że w podmiotach leczniczych są zatrudnieni również przedstawiciele innych zawodów medycznych, którzy w celu udzielenia świadczeń muszą korzystać z danych zawartych w dokumentacji medycznej. Pomijano także coraz liczniejszą grupę zawodową rejestratorek i sekretarek medycznych, statystyków medycznych oraz informatyków. Bez ich pracy nie jest możliwa zarówno obsługa pacjenta, jak i realizacja obowiązków sprawozdawczych.

Przepis w nowym brzmieniu stanowi zatem, że: „Osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby, wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych, są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu”. Osoby upoważnione przez administratora danych zostały ponadto zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań, także po śmierci pacjenta.

Nieczytelne skreślenia

O ile zmieniając ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, odniesiono się do kompetencji

„Biorąc pod uwagę rozwój techniki, dostrzeżono konieczność uregulowania kwestii udostępniania dokumentacji medycznej w formie wydruków. Pominięto natomiast kwestię odpłatności za wydruk”

zawodowych osób wspierających pracę lekarzy, o tyle na gruncie nowego rozporządzenia dotyczącego dokumentacji medycznej nie rozstrzygnięto pewnych istotnych problemów związanych z dokonywaniem wpisów w dokumentacji. Rozporządzenie weszło w życie pod koniec roku, mimo że pozostały jeszcze dwa miesiące do ostatecznego terminu, do którego mogły obowiązywać przepisy wykonawcze z 2010 r.

Podobnie jak dotychczas, w nowym akcie prawnym znalazł się zapis o sposobie autoryzowania skreśleń w wypadku błędnego wpisu. Nadal nie rozstrzygnięto, w jaki sposób postępować w wypadku skreśleń wynikających nie z błędnego zapisu dokonanego przez personel medyczny, ale zmiany danych podawanych przez pacjenta przy rejestracji, czyli np. nazwiska, adresu czy numeru dokumentu potwierdzającego szczególnie uprawnienia do świadczeń. Przepisy nie przewidują wprost, jak pracownik rejestracji, czyli personel niemedyyczny, ma dokonywać tego rodzaju zmian.

Podobny problem pojawia się również w innej sytuacji. Dotychczasowe rozporządzenie stanowiło o obowiązku zamieszczenia w dokumentacji medycznej oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej. Nie przewidziano sytuacji, gdy pacjent z powodu obiektywnej przeszkody nie może takiego oświadczenia złożyć. Nowe przepisy wprowadziły możliwość zamieszczenia w dokumentacji medycznej

„Wszystkie informacje zamieszczone w dokumentacji medycznej indywidualnej zewnętrznej muszą znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji wewnętrznej”

adnotacji, że pacjent nie złożył oświadczenia. Nie jest przy tym wymagane nawet podanie przyczyny braku oświadczenia. Nie można jednak wykluczyć, że pacjent złożył oświadczenie w późniejszym czasie. Adnotacja ta powinna wówczas zostać przekreślona, mimo że podobnie jak informacja o nazwisku czy adresie, była prawidłowa w momencie jej odnotowania, lecz uległa dezaktualizacji.

Miejsce na wpisy

Kontrowersje budzi także sposób dokumentowania przez pielęgniarki i położne wizyt, podczas których ordynowane będą leki czy wyroby medyczne. W historii zdrowia i choroby prowadzonej w wypadku świadczeń ambulatoryjnych wydzielone zostały części dotyczące:

- 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów,
- 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych,
- 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Dla pierwszej części nie określono konieczności autoryzacji danych, wpisy w drugiej mają być firmowane danymi i podpisem lekarza, natomiast w trzeciej – pielęgniarki lub położnej. To wskazuje, że pielęgniarka lub położna może dokumentować wyłącznie świadczenia, a zatem wystawiać recepty, jedynie w opiece środowiskowej. Stoi to w sprzeczności z założeniami zmian w zakresie kompetencji pielęgniarek i położnych. Co więcej, jest zasadne, żeby w wypadku wypisywania recept w kontynuacji leczenia odnosić się do decyzji dotyczącej ordynacji danego leku zapisanej przez lekarza w historii zdrowia i choroby.

W praktyce lekarza pojawia się natomiast obowiązek uzupełniania książeczki zdrowia dziecka. Nie tylko idea prowadzenia książeczki jest dyskusyjna, jej układ graficzny również może budzić wątpliwości, jako że nie sprzyja zapewnieniu czytelności danych. Warto jednak pamiętać, że wszystkie informacje zamieszczone w dokumentacji medycznej indywidualnej zewnętrznej muszą znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji wewnętrznej. To sprawia, że historia zdrowia i choroby dziecka będzie musiała zawierać wszystkie dane, np. w zakresie bilansów, wpisywane według schematu określonego w książeczce.

Zmiany organizacyjne

Nowe przepisy z pewnością stanowią próbę rozwiązania części problemów, które pojawiały się w praktyce stosowania dotychczasowych aktów prawnych. Miejsce starych zajęły jednak nowe wątpliwości prawne.

Niezależnie od rodzaju trudności ze stosowaniem prawa, jedno jest pewne: lekarzom coraz trudniej jest radzić sobie bez wsparcia personelu administracyjnego, a nic nie wskazuje, by liczba biurokratycznych obowiązków miała się zmniejszyć.

Iwona Magdalena Aleksandrowicz