

Obowiązek numerowania stron dokumentacji medycznej.

Opisywany w przepisach obowiązek numerowania kolejnych stron historii choroby ustanowiony został już w poprzednim Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej z roku 2007 poprzez zapis w § 4 ust. 2:

Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, i opatruje czytelnym podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących.

Osoby tworzące dokumentację stosowały się do tego obowiązku, numerując jedynie kolejne strony historii choroby dotyczące przebiegu leczenia, tj. codziennych obserwacji o stanie zdrowia pacjenta. Takie postępowanie było jednak podważane przez większość kontrolerów NFZ.

W § 5 obowiązującego od 1 stycznia 2011 r. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania jasno wskazano, że:

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.

Powyższy akt prawny nie wskazuje jednoznacznie w jaki sposób i przez kogo dokładnie historia choroby ma być numerowana.

Należy jednak uwzględnić całość dokumentacji tj.: wyniki badań dodatkowych, opisy konsultacji, karty obserwacji bądź zleceń, opisy wykonanych zabiegów operacyjnych, kartę wypisową, a nawet kopie dostarczonych przez pacjenta wyników badań, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

Wyniki badań, które otrzymywane są po wypisaniu pacjenta ze szpitala (np. wynik badania histopatologicznego) również powinny zostać dołączone do dokumentacji. Należy w tym przypadku zwrócić uwagę, aby również zachowana była chronologia numerowania.

W naszej praktyce spotykamy ośrodki, w których informacje o zlecanych wynikach opisywane są szczegółowo w adnotacjach lekarskich. Wtedy wyniki badań załączane są w części wypisowej historii choroby z odpowiednim zaznaczeniem, w którym wpisie lekarskim (adnotacji) znajduje się opis oraz interpretacja otrzymanego wyniku. Pragnę jednak zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo związane z możliwością pominięcia części z wyników. Ponadto taki sposób wymaga dużej skrupulatności oraz dobrej współpracy osób odpowiedzialnych za tworzenie historii choroby tj.: lekarzy, sekretarek medycznych, działu statystyki, itd.

Zalecanym przez nas (z uwagi na uniwersalność) sposobem jest numerowanie kolejnych stron oraz załączników dokumentacji rosnąco, zaczynając od części dotyczącej przyjęcia do szpitala, poprzez wywiad, opis badania przedmiotowego, przebiegi, wspomniane badania dodatkowe, kończąc na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz części dokumentacji dotyczącej wypisania chorego ze szpitala.

W większości szpitali numerowaniem stron w historiach chorób zajmują się sekretarki medyczne. Do ich głównych zadań należy przecież bieżące kompletowanie formularza poprzez nadzór nad dokumentacją tworzoną przez lekarzy oraz wpływającymi wynikami badań. Już na tym poziomie tworzenia historii choroby – kolejne strony mogą być numerowane.

Jeśli jednak warunki panujące w poszczególnych jednostkach (oddziałach) nie pozwalają na nałożenie takiego obowiązku na sekretarki medyczne, do rozważenia pozostaje możliwość uzupełniania braków przez osoby pracujące w komórce organizacyjnej o której mowa poniżej. Zgodnie bowiem z § 25 Rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 roku:

Zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

Komórka (...) po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

Wobec powyższego, od struktury organizacyjnej szpitala zależne będzie na kogo nałożony zostanie obowiązek numerowania formularza dokumentacji. Dodanie nowych obowiązków sekretarkom czy też rejestratorom medycznym powinno wiązać się z ujęciem tego zakresie obowiązków pracownika, lub np. w załączniku do umowy o pracę.

Personel niemedyczny, czyli właśnie sekretarki, lub dział zajmujący się sprawdzaniem kompletności dokumentacji ma wtedy bezpośredni wpływ na rozliczenie z NFZ. Kompletna dokumentacja medyczna warunkuje przecież bezpieczeństwo rozliczenia (przychodu). Podczas prowadzonej przez Płatnika kontroli, to nieuzupełniony formularz historii choroby stanowi podstawę do zakwestionowania świadczeń, czy też nałożenia kary na szpital.