

Szanowni Państwo,

Dla każdego szpitala kluczowe jest jak najszybsze i optymalne rozliczenie udzielonych świadczeń w celu uzyskania informacji o wartości zrealizowanych i pozytywnie zweryfikowanych przez NFZ świadczeń. W tym wyścigu z czasem i pogoni za jak najlepiej punktowanim JGP powszechnym staje się zjawisko „żonglowania” rozpoznaniem i procedurami medycznymi. Niestety zdarza się, iż owe „żonglowanie” prowadzi do niespójności w danych sprawozdawanych elektronicznie do NFZ (komunikat SWIAD) z dokumentacją medyczną pacjenta. W przypadku kontroli z NFZ fundusz weryfikuje zasadność sprawozdania danego ICD10 czy też ICD9 z zapisami w dokumentacji medycznej. W przypadku gdy zapisy w dokumentacji jawnie kłócą się ze sprawozdaniem elektronicznym, szpital w najlepszym przypadku musi skorygować rozliczenia, a nie rzadko również zapłacić karę. Z tego powodu niezwykle istotnym staje się nadzór nad procesem kompletowania dokumentacji medycznej pacjenta i jej spójności z danymi rozliczeniowymi.

Kluczowe jest, aby kierownictwo szpitala:

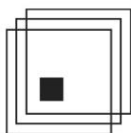
1. **Miało świadomość (narzędzie systemowe), iż na oddziałach zalega nieprzekazana do rozliczenia dokumentacja medyczna, ile jej jest oraz jaki jest powód nieprzekazania ich do weryfikacji rozliczeniowej lub archiwum.**
2. **Miało pewność, że powstająca dokumentacja jest zgodna z wymaganiami ustawy o EDM i wewnętrznymi regulacjami.**
3. **Miało pewność, że powstająca dokumentacja jest zgodna z tym, co zostało sprawozdane do NFZ w ramach rozliczenia.**
4. **Miało pewność, że powstająca dokumentacja jest ostateczna i niemodyfikowalna po zakończeniu pobytu.**

W dostępnych rozwiązaniach systemów klasy HIS nie ma obecnie na rynku dostępnych do tego narzędzi. Nie rzadko czas od skompletowania dokumentacji do jej przekazania trwa nienaturalnie długo, a najczęściej jest to związane z koniecznością oczekiwania na wynik badania histopatologicznego (np. zlecanego na zewnątrz), nieobecnością personelu odpowiedzialnego za uzupełnienie braków w dokumentacji, bądź po prostu braku odpowiednich narzędzi systemowych do monitorowania tego procesu dla personelu na oddziałach. Dodatkowo funkcjonalność AMMS pozwala na przydzielenie takich uprawnień, że użytkownik będzie miał możliwość modyfikacji danych rozliczeniowych, modyfikacji danych po wypisie pacjenta czy w końcu modyfikacji dokumentacji medycznej.

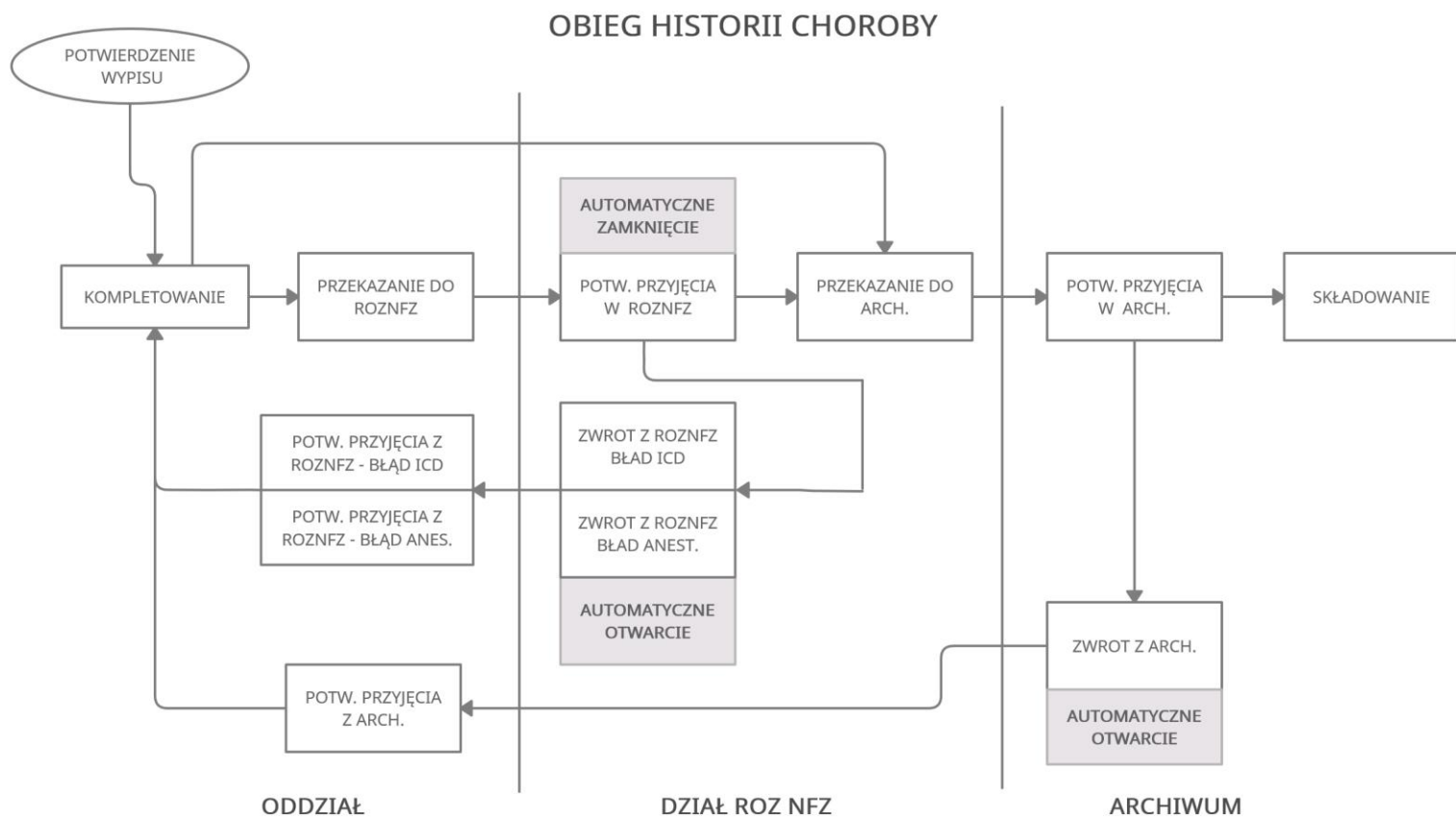
Brak dedykowanej funkcjonalności w systemie HIS powodował, że osoby zarządzające szpitalem nie miały realnego narzędzia do monitorowania takich przypadków. Reagując na oczekiwaną osób decyzyjnych, zaimplementowany został autorki system informatyczny.

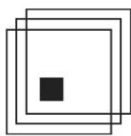
Systemu Monitorowania Statusów Dokumentacji Medycznej

Kluczowym elementem systemu jest automatyczny import danych z systemu AMMS firmy Asseco Poland S.A. Dzięki możliwości wykorzystania danych pochodzących z HIS, system posiada nieograniczone możliwości implementacji nowych funkcjonalności prezentujące dane pobrane z HIS.



System działa w oparciu o następujący model tworzenia dokumentacji medycznej. Oczywiście model jest zmienny i może zostać dostosowany do potrzeb szpitala, chodzi o przypadki, gdy to oddział tworzy dokumentację medyczną oraz generuje i monitoruje rozliczenie z NFZ.



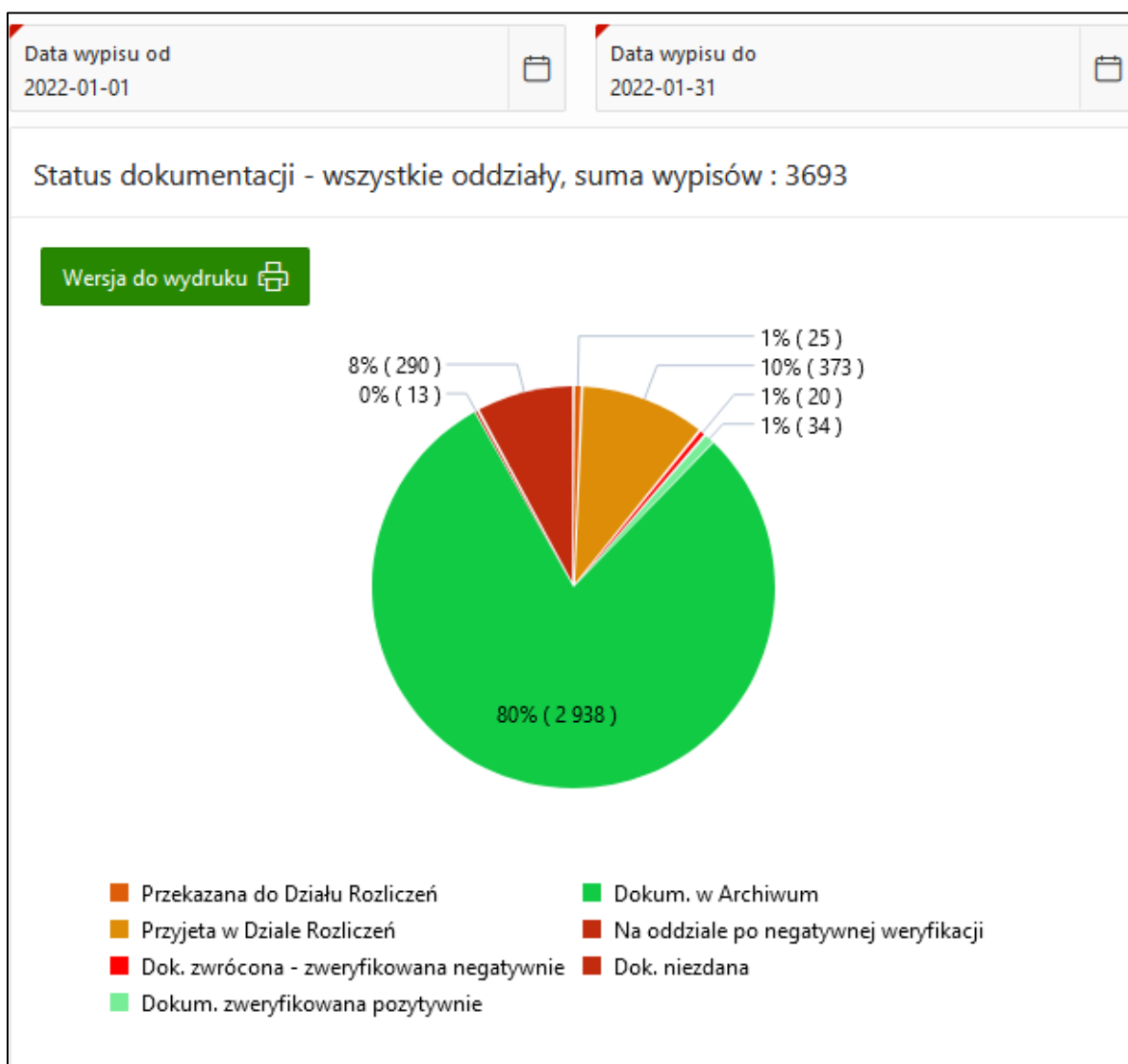


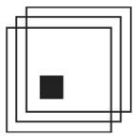
Opis funkcjonalności

Moduł Zarządu

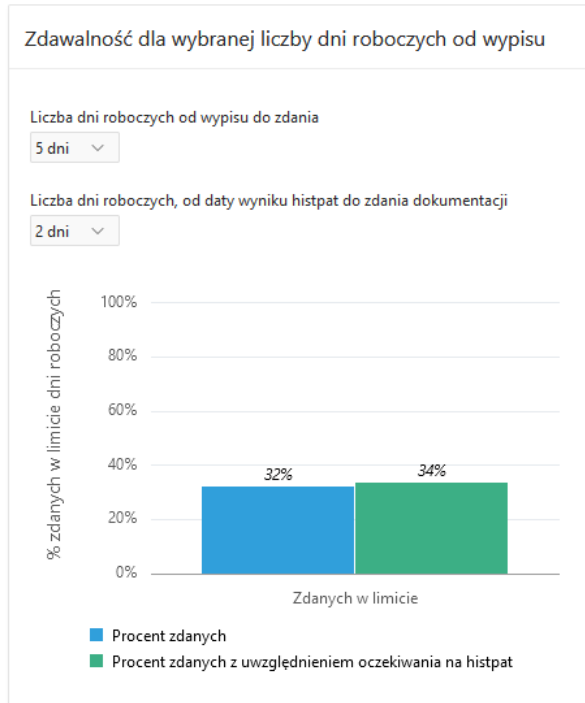
Sercem system jest moduł dedykowany dla kierownictwa szpitala, dyrektorów medycznych, ordynatorów. Dzięki integracji z HIS, system na bieżąco monitoruje statusy numerów ksiąg głównych i w intuicyjny sposób prezentuje dane dla wybranego okresu np. kierownictwo szpitala w szybki łatwy sposób otrzymuje informacje:

- 1) Ile dokumentacji po wypisie nadal jest na oddziale.
- 2) Ile dokumentacji nie zostało przekazanych do rozliczenia z NFZ,
- 3) Ile dokumentacji czeka na wynik badania histopatologicznego,
- 4) Ile dokumentacji zostało błędnie przygotowanych lub wprowadzono błędne dane rozliczeniowe NFZ.



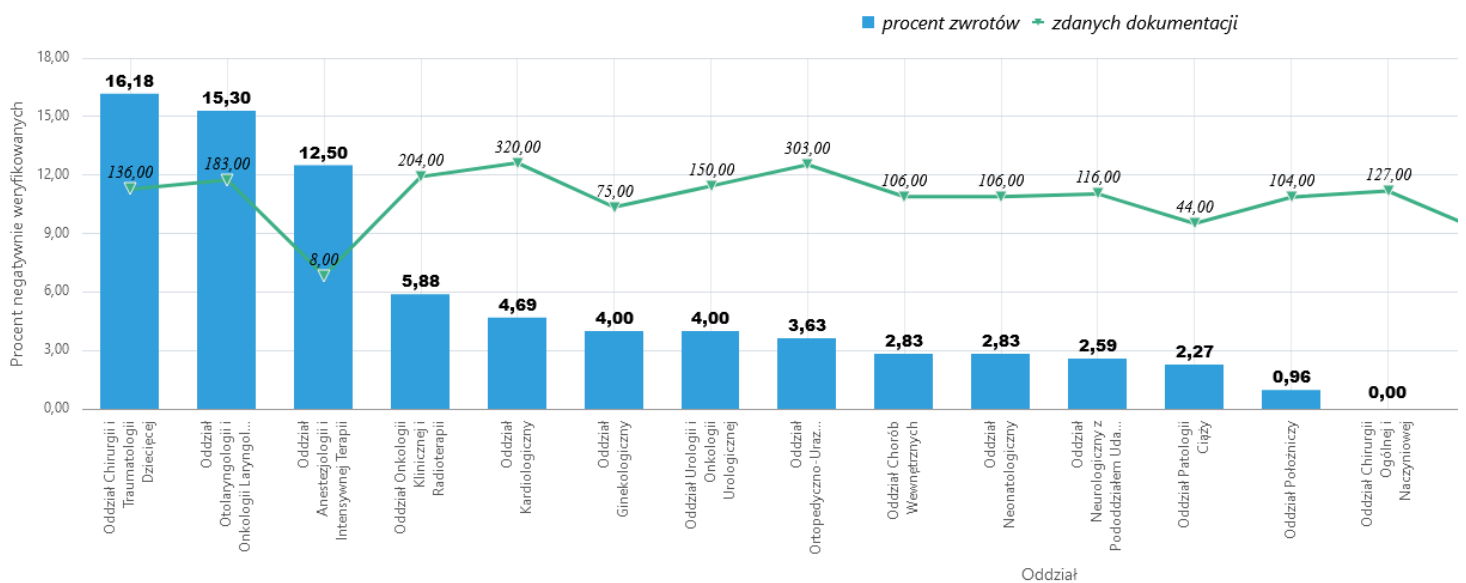


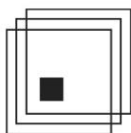
5) Ile dokumentacji zostało zdanych w limicie czasu zgodnie z funkcjonującymi w szpitalu regulacjami wewnętrznymi ?



6) Jaki procent dokumentacji przekazanych do weryfikacji rozliczeniowej NFZ jej nie przeszło i zostało zwrócone na oddział w celu poprawy?

zwroty



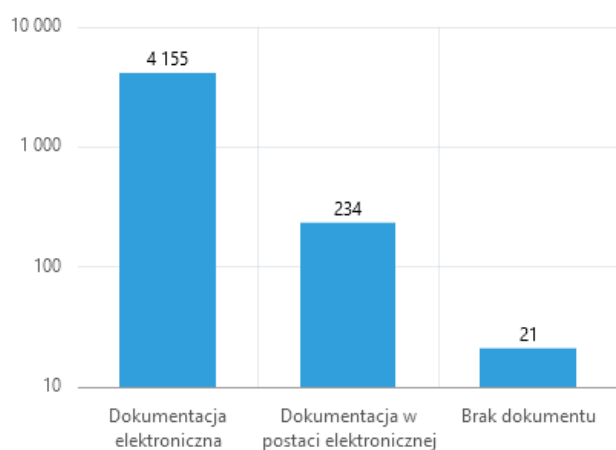


Monitorowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

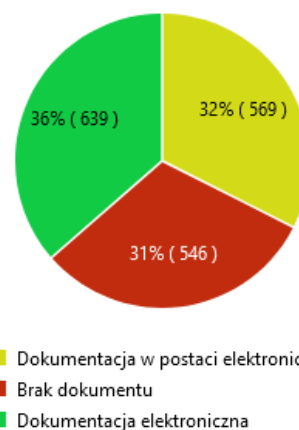
Dzięki integracji z systemem HIS możliwe jest również monitorowanie procesu tworzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. System monitoruje czy z zakończonego pobytu została wygenerowana karta informacyjna lub karta odmowy oraz sprawdza czy dokumenty zostały podpisane certyfikatem ZUS zgodnie z wymaganiami ustawy o EDM. Dodatkowo system monitoruje również dokumentację medyczną w zakresie tworzenia opisu badania diagnostycznego oraz informacji dla lekarza kierującego

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (ustawa o EDM)

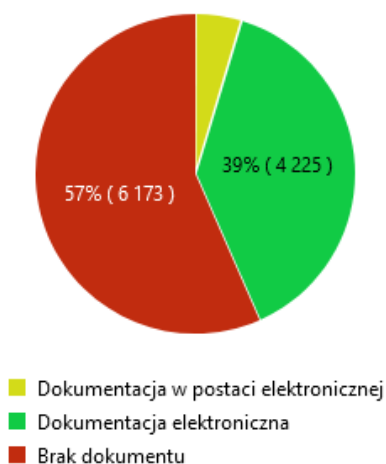
Karty informacyjne



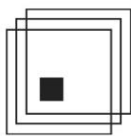
Izba przyjęć - karty odmowy



Badania diagnostyczne



Jeżeli w systemie AMMS został wygenerowany dokument a następnie został podpisany certyfikatem ZUS, jest to status Dokumentacja elektroniczna. W przypadku gdy dokument został wygenerowany w AMMS jednak nie został podpisany certyfikatem ZUS – jest to status Dokumentacja w postaci elektronicznej. W przypadku gdy dokument nie został wygenerowany jest to status Brak dokumentu.

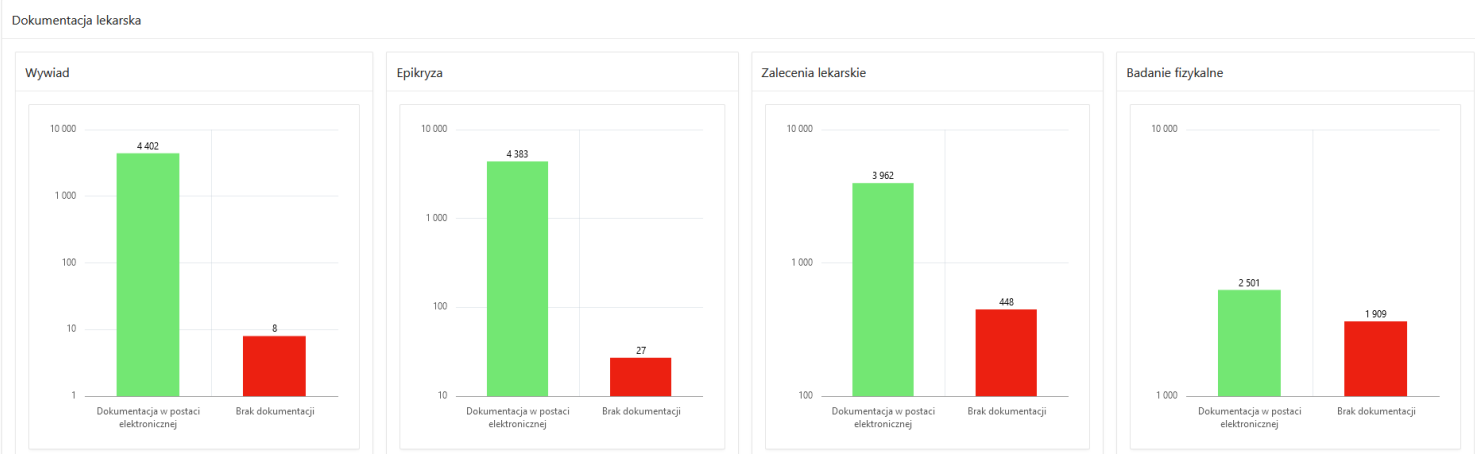


Monitorowanie Dokumentacji Medycznej w postaci elektronicznej

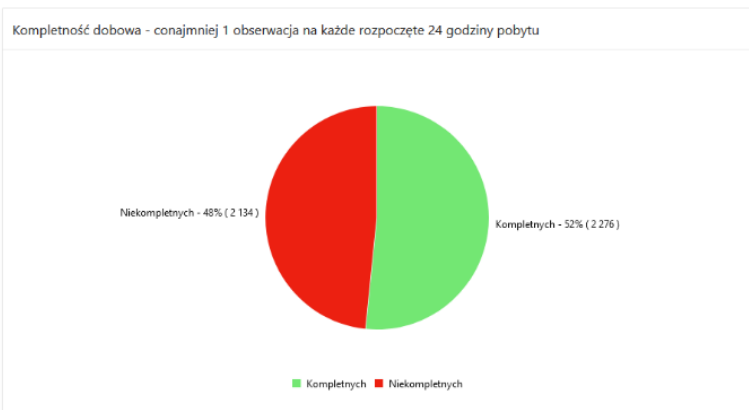
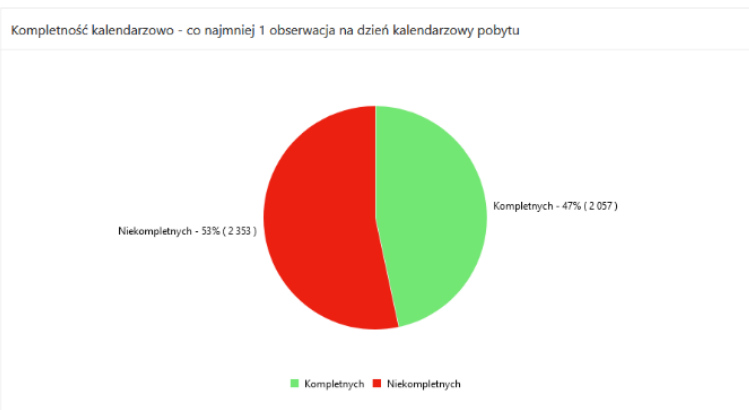
1. System umożliwia również monitorowanie powstawania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, która jest tworzona w AMMS. Moduł ten został podzielony na obszar leczenia stacjonarnego, w którym monitorowane jest powstanie dokumentu w zakresie dokumentacji lekarskiej oraz pielęgniarskiej :

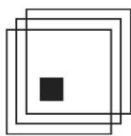
- Wywiad.
- Epikryza.
- Zalecenia lekarskie.
- Badanie fizykalne.
- Obserwacje lekarskie w ujęciu kompletności dobowej oraz kalendarzowej.
- Zaleceń pielęgniarskich.
- Skala Odleżyn.
- Obserwacje pielęgniarskie w ujęciu kompletności dobowej oraz kalendarzowej.

[Lecznictwo szpitalne](#) Lecznictwo otwarte (AOS/POZ/NPL)
[Dokumentacja lekarska](#) [Dokumentacja pielęgniarska](#) [Dokumentacja Blok operacyjny](#)



Obserwacje

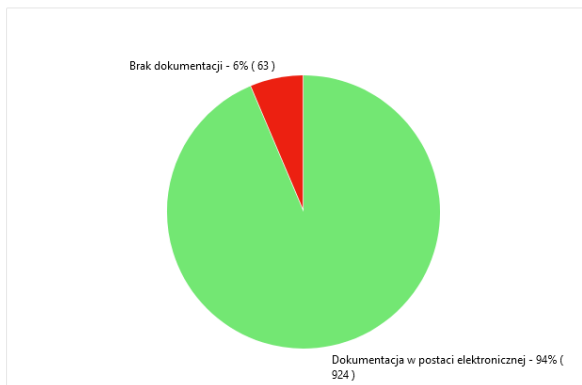




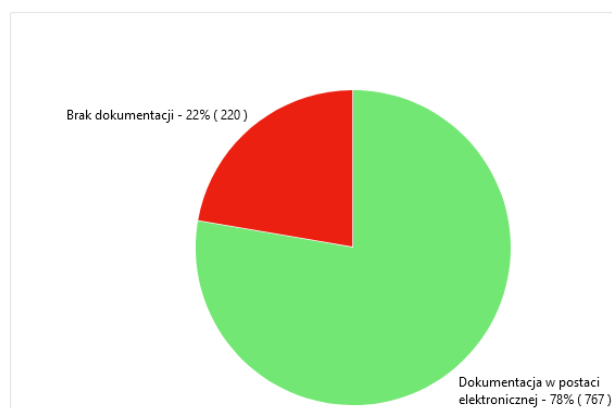
3. W zakresie dokumentacji Bloku Operacyjnego monitorowane jest:

- Powstanie protokołu operacyjnego,
- Powstanie okołoperacyjnej karty kontrolnej.

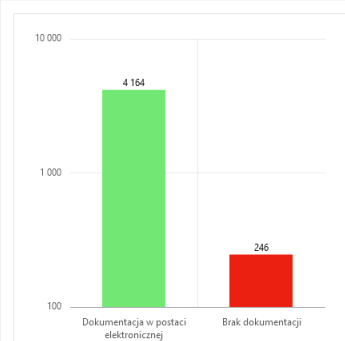
Protokół zabiegu operacyjnego



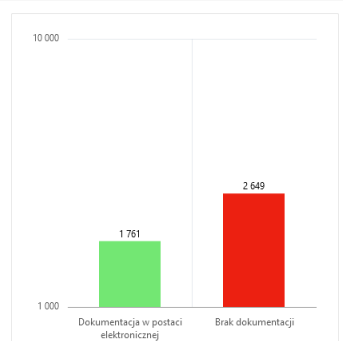
Okołoperacyjna karta kontrolna



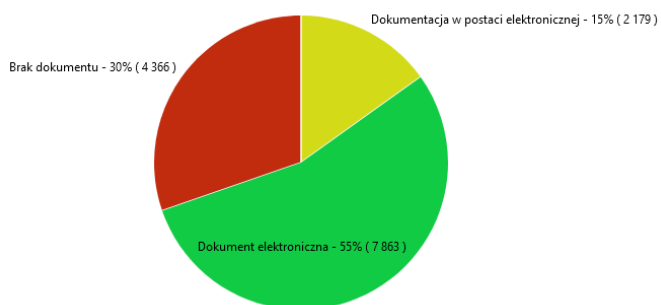
Zalecenia

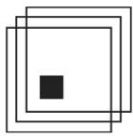


Odleżyny (skala Braden)



4. W zakresie AOS/POZ/NPL monitorowane jest powstanie dokumentu historii zdrowia i choroby z wizyty.





Weryfikacja i działania naprawcze

W Module Zarządu zaimplementowano również możliwość porównywania okresów sprawozdawczych w ujęciu np. miesiąc do miesiąca. Jest to ważne gdyż pozwala na monitorowanie czy dany oddział wdraża rozwiązania poprawiające proces zdawalności dokumentacji medycznej.

Dodatkowo zaimplementowano funkcjonalność prezentującą:

- ilość wypisów zbiorczo,
- ilość wypisów utworzonych przez danego lekarza,
- ilość lekarzy,

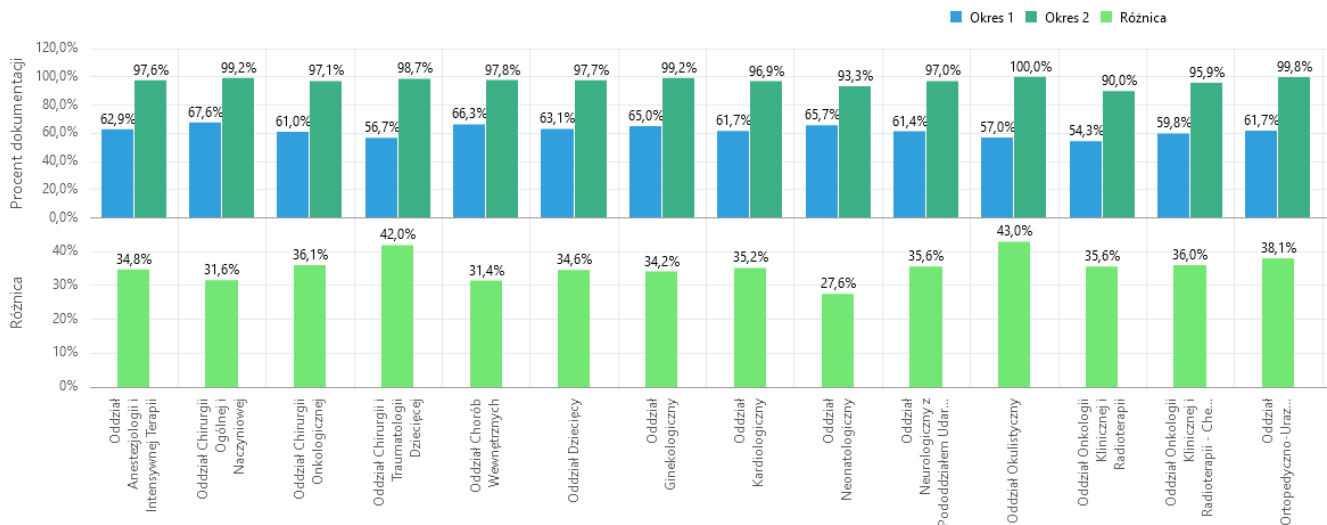
okres 1 - data od 2022-01-01	okres 1 - data do 2022-03-31	okres 2 - data od 2022-07-01	okres 2 - data do 2022-09-30
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Karty Informacyjne

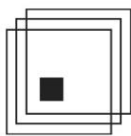
Rodzaj dokumentacji

- Dokumentacja elektroniczna Dokumentacja w postaci elektronicznej Brak dokumentu

Według oddziałów



Na powyższym zrzucie widzimy fragment okna porównania okresów. Wdrożenie systemu monitorowania i konsekwencja decyzji zarządu szpitala spowodowała, że oddziały w okresie porównawczym I do III kwartał 2022 roku średnio poprawiły się o ponad 30% w tworzeniu i podpisywaniu certyfikatem ZUS karty informacyjnej.

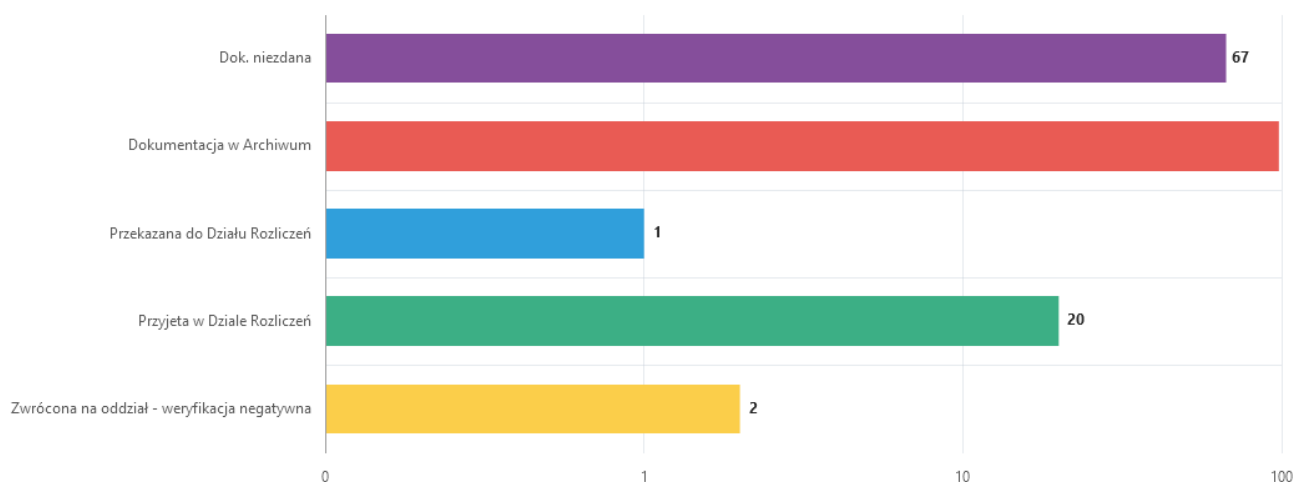


Moduł Oddział

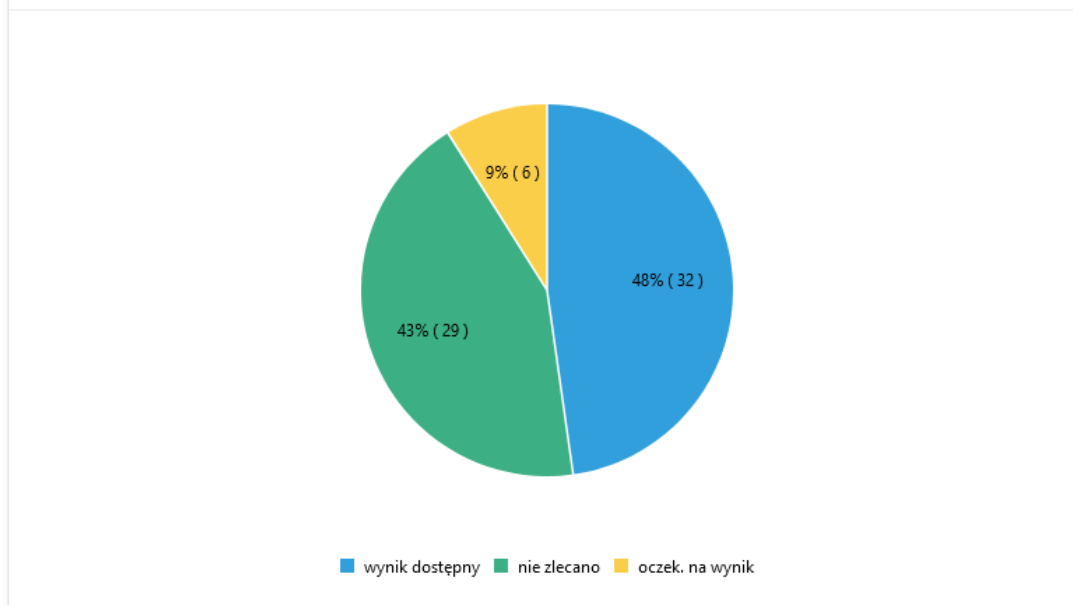
Moduł oddziału przeznaczony jest dla personelu kompletującego dokumentację medyczną oraz kierownictwa (Ordynatora).

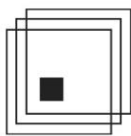
System monitoruje status każdej dokumentacji, która została wytworzona na danym oddziale oraz daje możliwość sprawdzenia, kto był lekarzem wypisującym danego pacjenta.

Dokumentacje w obiegu - aktualne statusy



Dokumentacje niezdana - z podziałem na status badania histopatologicznego





Moduł ROZNFZ

Moduł ten dedykowany jest pracownikom działu rozliczeń lub osobom odpowiedzialnym za „kodowanie na oddziale”, którzy weryfikują czy dany pobyt ma optymalnie wyznaczoną grupę i czy zaewidencjonowano wszystkie wykonane procedury.

W przypadku gdy weryfikacja jest negatywna, dokumentacja zostaje zwrócona na oddział z odpowiednim komentarzem tworzonym przez pracownika dokonującego weryfikacji. W przypadku gdy weryfikacja rozliczeniowa jest pozytywna, dokumentacja zostaje skierowana do archiwum.

Moduł Archiwum

Moduł przeznaczony jest dla pracowników działu archiwum. Analogicznie do modułu rozliczeń z NFZ, dostarczona dokumentacja podlega weryfikacji przez pracownika. W przypadku gdy weryfikacja jest negatywna, dokumentacja zostaje zwrócona na oddział z odpowiednim komentarzem pracownik.

Dodatkowe funkcjonalność modułu:

- możliwość wyszukiwania po numerze Księgi Głównej,
- możliwość generowania raportów z ilości przyjętych/zwróconych dokumentacji,

Dodatkowo zaimplementowano funkcjonalność:

- obsługi wniosków o modyfikację archiwalnej dokumentacji,
- obsługi wniosków o wypożyczenie dokumentacji medycznej,
- obsługi wniosków o wydane zewnętrzne dokumentacji medycznej np. na potrzeby organów lub ubezpieczyciela.

Moduł Zgody i upoważnienia IC PEN

Dzięki temu modułowi możliwe jest weryfikowanie czy pacjent udzielił zgody na wykonanie procedury oraz złożył upoważnienie do dokumentacji medycznej. Moduł ten powstał przy współpracy z firmą IC Solutions, która dostarcza dla szpitali rozwiązanie pobierania podpisów od pacjenta za pomocą elektronicznego długopisu lub ekranu dotykowego.