

## **Nowe rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej**

### **17 kwietnia 2020**

W dniu 14 kwietnia 2020r. opublikowano nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zastępuje ono dotychczasowe rozporządzenie z 9 listopada 2015r. i wprowadza liczne zmiany w tym obszarze.

#### **dokumentacja elektroniczna, ale...**

Podstawowym założeniem projektodawców było położenie większego nacisku na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą powinny wdrożyć dokumentację medyczną w formie elektronicznej, ale z szerokimi wyjątkami:

- a) gdy rozporządzenie przewiduje formę papierową (np. książeczka zdrowia dziecka, karta przebiegu ciąży) lub
- b) gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (np. brak narzędzi informatycznych służących do jej prowadzenia).

#### **tylko jedna forma dokumentu**

Co istotne dany dokument stanowiący dokumentację medyczną (np. historia choroby), może być prowadzony wyłącznie w jednej formie – elektronicznej albo papierowej. Może mieć to istotne znaczenie w wypadku lekarzy seniorów, którzy dotychczas prowadzili często dokumentację papierową, która istniała równolegle z dokumentacją elektroniczną tych samych pacjentów. Po zmianach będzie to już niedopuszczalne.

#### **szczegółowa regulacji dokumentacji elektronicznej.**

Nowe rozporządzenie określa szczegółowe wymagania i cechy, jakim powinien odpowiadać system teleinformatyczny służący do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (np. poufność, integralność, dostępność). Wprowadzono jednocześnie nowe obowiązki związane z opracowaniem i stosowaniem udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji elektronicznej, w tym procedur dokonywania w niej zmian oraz przygotowywania i realizacji planów przechowywania dokumentacji.

Żeby zachęcić podmioty do wdrażania dokumentacji elektronicznej przewidziano kilka ułatwień:

- brak obowiązku prowadzenia dokumentacji zbiorczej w sytuacji gdy dokumentacja indywidualna jest prowadzona w postaci elektronicznej;
- możliwość zamieszczenia w dokumentacji jedynie linka do repozytorium z treścią dokumentu elektronicznego (np. e-recepty, e-skierowania), bez konieczności odrębnego zamieszczania jego treści w historii choroby;

#### **podpisywanie dokumentacji elektronicznej**

Zmianie uległy zasady podpisywania dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej. Dotychczas dopuszczalne było stosowanie różnych form podpisu, w tym tych dostarczonych przez producenta oprogramowania służącego do prowadzenia dokumentacji. Nowe rozporządzenie przewiduje, że dopuszczalne będzie wykorzystywanie jedynie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, profilu zaufanego lub podpisu PUE ZUS. Nie dotyczy to jednak dokumentacji wewnętrznej (np. historii choroby), która nadal będzie mogła wykorzystywać wewnętrzne sposoby podpisywania dostępne w programach.

### **oświadczenia pacjenta za pośrednictwem IKP**

Rozporządzenie umożliwia pacjentom składanie elektronicznych oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta:

- a) o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia,
- b) o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej,
- c) o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Przy czym każdy podmiot jest zobowiązany poinformować pacjenta przed złożeniem przez niego oświadczeń w tradycyjnej formie, o możliwości ich złożenia za pośrednictwem IKP i konsekwencjach z tym związanych (np. skuteczności upoważnień w każdym innym podmiocie, możliwość odwołania w każdym czasie).

### **termin na dostarczenie wyników**

Rozporządzenie przewiduje, że przekazywanie wyników badań, konsultacji lub leczenia do lekarza kierującego powinno następować w formie elektronicznej w terminie 7 dni od momentu wytworzenia dokumentu z wyjątkiem, gdy :

- a) osobą kierującą jest lekarz NOCH,
- b) lekarz udzielający świadczeń w tym samym podmiocie, lub
- c) nastąpił zgon pacjenta.

Jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie dokumentacji, w takiej formie może być ona nadal przekazywana w postaci papierowej.

### **mniej danych w dokumentacji**

W dokumentacji (niezależnie od formy jej prowadzenia) ograniczono zakres niektórych danych w niej zamieszczanych:

- a) data urodzenia oraz płeć wyłącznie, gdy PESEL nie został nadany;
- b) adres miejsca zamieszkania oraz okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości pacjenta wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej.

### **karta informacyjna bez lekarza wypisującego**

Po zmianach na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego podpisywać będzie się jedynie lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony (nie musi być nim lekarz wypisujący).

### **kontynuacja historii choroby**

Rozporządzenie umożliwia kontynuowanie historii choroby, w przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym samym zakładzie leczniczym.

### **wpisy w dokumentacji**

Rozszerzono możliwość dokonywania wpisów w karcie obserwacji przez ratownika medycznego (poprzednio tylko lekarz, pielęgniarka lub położna) oraz wpisów dotyczących monitorowania bólu przez fizjoterapeutę (poprzednio tylko lekarz, pielęgniarka lub położna).

### **nowa dokumentacja fizjoterapeutów**

Rozporządzenie przewiduje regulację dotyczącą odrębnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez fizjoterapeutów w postaci kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej oraz wykazów raportów fizjoterapeutycznych.

### **wykazy raportów**

Zrezygnowano ze szczegółowej regulacji dotyczącej treści raportów lekarskich, pielęgniarskich i fizjoterapeutycznych. Wskazano jedynie, że wykazy takie powinny zawierać informacje niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości świadczeń oraz oznaczenie osoby dokonującej wpisu w wykazie.

### **dokumentacja pro auctore/pro familiae**

Zakres uproszczonej dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki i położne nie uległ zasadniczym zmianom. Wskazano jedynie, że numer PESEL pacjenta powinien zostać wpisany do niej, w każdym przypadku, gdy został nadany.

### **dokumentacja uczniów**

Ustawodawca zrezygnował ostatecznie z dokumentacji zbiorczej uczniów danej klasy w wypadku sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami, pozostawiając jedynie dokumentację indywidualną.

### **nowe wzory**

Rozporządzenie przewiduje zmienione wzory kart obserwacji porodu oraz książeczki zdrowia dziecka.

### **wejście w życie / okres przejściowy**

Nowe rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2020r., ale:

- a) podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz dysponenci zespołów ratownictwa medycznego mogą prowadzić dokumentację na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2020r.,
- b) książeczki zdrowia dziecka wydane przed 31 grudnia 2020r. zachowują swoją ważność

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020r., poz. 666) *stan prawny na 16 kwietnia 2020r.*

**Damian Konieczny**  
**adwokat**

---