Image not found or type unknown

Dokumentacja medyczna w przepisach

Podstawy prawne:
Problematykę dotyczącą prowadzenia dokumentacji medycznej, jej przechowywania i udostępniania reguluje rozdział 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p).
Ponadto szczegółowe informacje na temat rodzajów dokumentacji medycznej, sposobów jej przetwarzania, a także sposobu realizacji prawa do dostępu do dokumentacji medycznej zawiera:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania , oraz
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018 poz. 94).

Pierwsze z rozporządzeń ma do końca 2020 r. swoje dwie stosowane wersje. 6 kwietnia 2020r Minister Zxrowia podpisał nowe rozporządzenie. Jest ono oczywiście aktem obowiązującym. Jednak do końca roku 2020 r wszędzie tam, gdzie sposób prowadzenia dokumentacji różni się pomiędzy wersja obowiązującą a wersją uchyloną, stosować mozna przepisy rozporządzenia z 2015 roku.

Image not found or type unknown

z dnia 6 kwietnia 2020r. (DZ.U. 2020 poz.666)

Image not found or type unknown

z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. 2015 poz. 2069

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej:
(§ 1, § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej, art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)
Dokumentacja medyczna, z zastrzeżeniem wyjątków, może być prowadzona alternatywnie w postaci elektronicznej lub papierowej. Wyjątki w tym zakresie wynikają z przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z którymi prowadzenie niektórych rodzajów dokumentacji medycznej możliwe jest **wyłącznie** w formie właściwej dla elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Rodzaje dokumentacji medycznej, które muszą być prowadzone wyłącznie w formie właściwej dla EDM, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018 poz. 94).

Zgodnie ze stanem prawnym na dzień 9 stycznia 2020 r. obowiązek ten dotyczy 3 dokumentów.
Ponadto każda dokumentacja medyczna powinna być prowadzona według zasad zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z ww. rozporządzeniem wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem lekarza dokonującego wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Zawartość dokumentacji medycznej:

- (art. 25 u.p.p., rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania)
  Minimalna zawartość dokumentacji medycznej została określona w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 25 ww. ustawy dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
  1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
     a) nazwisko i imię (imiona),
     b) datę urodzenia,
     c) oznaczenie płci,
     d) adres miejsca zamieszkania,
     e) 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,
     f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca 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.

  Powyższy katalog nie ma charakteru zamkniętego. Odrębne przepisy mogą wymagać odnotowywania w dokumentacji medycznej jeszcze dodatkowych informacji np. art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który w sytuacji odstąpienia od leczenia zobowiązuje lekarza do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.
  Ponadto szczegółowe regulacje dotyczące zawartości dokumentacji medycznej są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Udostępnianie dokumentacji:

- (art. 26 – 28 u.p.p, § 78 – 79 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania)
  Dokumentacja medyczna zgodnie z art. 26 u.p.p. jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku śmierci pacjenta prawo wglądu do dokumentacji przysługuje osobie, która została przez niego upoważniona za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w art. 26 § 3

przewiduje również możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej w określonych sytuacjach innym podmiotom (np. organom władzy publicznej). Ponadto dokumentacja medyczna może być udostępniona także dla celów naukowych: szkole wyższej lub instytutowi badawczemu, jednak z tym zastrzeżeniem, że nie zawiera wówczas danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

Dokumentacja medyczna zgodnie z art. 27 u.p.p. może być udostępniana do wglądu przez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, a także przez wydawanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu oryginału po jego wykorzystaniu. Dokumentacja medyczna jest również udostępniana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę (art. 28 u.p.p.).

Przechowywanie dokumentacji:

(art. 27 u.p.p., § 73 – 77 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania)

Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, które są liczone od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Od powyższej zasady wprowadzono wyjątki w zakresie:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie okresów, w których należy przechowywać dokumentację, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Natomiast do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach stosuje się przepisy tej ustawy.

opr.Zespół Radców Prawnych NIL