Image not found or type unknown

Dokumentacja medyczna- nowe rozporządzenie

W dniu 6 kwietnia br. Minister Zdrowia podpisał Rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Dz.U Rozporządzenie z 6 kwietnia 2020r.

Bezpośrednim powodem konieczności wydania tego rozporządzenia była zmiana z dniem 1 kwietnia br delegacji ustawowej do jego wydania. W jednej z ustaw uchwalonych 31 marca związanych z walką z COVID19 Termin ten przesunięto na dzień 30 kwietnia.

Od początku projektodawca (MZ) nie krył , że rozporzadzenie ma być prawnym „pomostem" do czasów powszechnej cyfryzacji dokumentacji medycznej. Ale -jak to bywa- w ferworze zmian zapomina się o detalach i te zostały projektowi wytknięte w licznych uwagach, dotyczących bardziej lub mniej zasadniczych zagadnień.

Image not found or type unknown

Wydaje się, że każdy z interesariuszy w podpisanym akcie coś ze swoich postulatów odnajdzie. W procesie konsultacji nie chodzi rzecz jasna o spełnienie każdego postulatu, ile żeby uwag nie zbywać jakąś okrągłą formułką i uznać rzeczywiście udowodnione co do zasadności propozycje strony społecznej.

Naczelna Rada Lekarska zgłosiła postulat, aby w sprawie tego projektu zorganizować konferencję uzgodnieniową. Postulat został uwzględniony i taka konferencja odbyła się w końcu stycznia br. Nie chciałbym pominąć (choć pewnie tego nie uniknę) jakiegoś ważnego wątku tej styczniowej dyskusji. Tytułem próby podsumowania:

- Jednym z podstawowych zagadnień , ważnym dla niemal wszystkich uczestników była próba zdefiniowania co powinno być dokumentacją medyczną. Część uwag zgłoszonych do projektu sugerowała, że powinien to być katalog zamknięty, ściśle zdefiniowany. Ministerstwo wskazywało na dużą liczbę ustaw i rozporządzeń, których postanowienia przesądzają o gromadzeniu w dokumentacji medycznej pewnych dokumentów i trudno rozporządzeniem uczynić coś wbrew tym postanowieniom. Już na samej konferencji zgłosiliśmy jako NRL propozycję, aby po wyliczeniu niezbędnych rodzajów dokumentów dodać formułę „inne dokumenty wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego" . Na konferencji uzgodnieniowej na taką formułę zapisu została wyrażona akceptacja prowadzącej konferencję pani dyrektor A.Kister i rzeczywiście taki zapis znalazł się w ostatecznej wersji rozporządzenia. Od 15 kwietnia br (data wejścia w życie aktu) elementem dokumentacji medycznej nie będą zatem te z dokumentów, które kwalifikowały do niej

Zarządzenia Prezesa NFZ (chyba, że jednocześnie były nimi na mocy rozporządzeń lub ustaw).

- Wyjaśnienia wymagało też niefortunnie skonstruowane zabezpieczenie o niemożliwości prowadzenia tego samego dokumentu zarówno w formie elektronicznej , jak i papierowej. Intencja ta została dopisana do tekstu przepisów.
- Wystarczającym również wydaje się zabezpieczenie stabilności tych placówek , które nie zdecydowały jeszcze o ostatecznym kształcie cyfryzacji danych. Już w projekcie była zawarta formuła, że chociaż podstaowową formą dokumentacji medycznej jest jej postać elektroniczna, to z przyczyn techniczno-organizacyjnych może ona być prowadzona w postaci papierowej.
- Naczelna Rada Lekarska silny nacisk położyła i do końca , jako jej przedstawiciele nie mogliśmy zrozumieć jak po roku naszych dyskusji z Ministerstwem na temat doprecyzowania przepisu §80 pkt.7 obecnego rozporządzenia, można było chcieć usunąć wadę prawną tego ważnego przepisu poprzez ...usunięcie całego przepisu. A dotyczy ten przepis jednego z wymogów , jakie spełniać muszą programy do prowadzeni dokumentacji- chodzi o możliwość eksportu całość danych do formatu , z którego można będzie odtworzyć dokumentację w innym systemie teleinformatycznym.

> Mam nadzieję, że w tej sprawie udało się już wyjaśnić między NIL a środowiskiem producentów oprogramowania pewne nieporozumienie co do intencji obrony tego przepisu. Programy gromadzą różne dane , nie tylko dane stricte medyczne. Używanie programu to nie tylko zakup plus instalacja. To cały żmudny proces przyzwyczajania się do zakupionego narzędzia. Toteż rezygnacja z jednego programu na rzecz innego może zajść z tylko naprawdę ważnego powodu. Choćby dlatego, że część danych (choćby tych nie stricte medycznych) nie da się przenieść. Dalej , jest to uczenie się czegoś nowego. Piszę o tym, bo czuję, że było to odbierane jako promocja ze strony samorządu lekarskiego takiej „konsumenckiej postawy" opierającej się na podejrzliwości czy też nadmiernej asekuracji wobec dostawcy IT. Nic takiego. Po prostu prawo- dokumentację prowadzić trzeba każdemu pacjentowi bardzo długo (20 lat od ostatniej wizyty), w tym czasie wiele się może wydarzyć, więc to jest kwestia bezpieczeństwa pacjenta i jego dokumentacji oraz -co tu dużo mówić - również cywilne bezpieczeństwo lekarza. No i aspekt rozstrzygający w sprawie - za dokumentację odpowiedzialni jesteśmy również po likwidacji naszego podmiotu, przynajmniej do momentu, kiedy w sposób przepisany prawem powierzymy ją innemu podmiotowi bądź trudniącej się przechowywaniem danych firmie. Ale i tam zawitać może pacjent z wnioskiem o wydanie swojej dokumentacji i nasz „następca" nie poradzi sobie z odszukaniem jej, jeśli nie będzie dysponował zrzutami od kolejnych swoich klientów w jakimś zunifikowany formacie. Dotyczy to oczywiście dokumentacji nie-EDM, bo do dokumentacji EDM pacjent ma mieć dostęp poprzez IKP.
>
> **Koniec końców , przepis został dopisany do rozporządzenia i to w formule zaproponowanej przez NRL.**

(§1ust.6 pkt.8)

- Dużo przelano na papier i dużo powiedziano na konferencji o nakazie podpisywania dokumentacji medycznej jednym z 4 „podpisów” przewidzianych dla dokumentacji EDM. W tej sprawie uformowała się dość szeroka koalicja. Padały argumenty zarówno finansowe, związania znacznych sił i środków branży IT na spełnienie tego wymogu, jak i logiczne- logowanie do systemu podmiotu też definiuje podpis. Zwyciężyła opcja Salomonowa określająca wymóg podpisu dokumentacji jednym z 4 sposobów podpisu elektronicznego (od.1.01.2021) z dodaniem ustępu zezwalającego na podpisywanie dokumentacji wewnętrznej przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego (§4ust.4) . Warto zauważyć, że część dokumentów dokumentacji zewnętrznej jest już dziś zaliczana do EDM , więc i z definicji podpisywana cyfrowo. Inne zaś (np zaświadczenia, opinie, wydruki) są na ogół dostępne do wygenerowania w PDF a ten format dokumentu daje się w prosty sposób podpisać certyfikatem ZUS (nawet w najprostszej wersji programu Acrobat).
- Przy okazji- upadł tymczasowo postulat NRL, aby wreszcie umożliwić rozwiązanie dużego problemu oświadczeń pobieranych od pacjenta (upoważnienia i zgody na zabieg) i przesądzić o dopuszczalności podpisu złożonego przez pacjenta z wykorzystaniem urządzeń do cyfrowego odwzorowania podpisu. Ministerstwo stanęło na stanowisku, że wobec rozbieżności w interpretacji zapisów kodeksu cywilnego, lepiej to zagadnienie uregulować w ustawie. Trzymamy za słowo, inaczej ugrzęźniemy w tonach papieru.
- NRL wnioskowała też o to, aby pozostawić wymóg podpisu karty informacyjnej leczenia szpitalnego przez ordynatora. I jest taki zapis - kartę tę musi podpisać lekarz kierujący oddziałem lub upoważniony przez niego inny lekarz (co redukuje ryzyko niewypisania pacjenta z powodu np. nieobecności ordynatora).
- Był też dość dobrze umotywowany postulat profesjonalistów związanych z transportem sanitarnym . Projekt wypowiadał się bowiem o dokumentacji stanu pacjenta do mommentu zlecenia transportu. Tymczasem - co podniesiono podczas konferencji- w trakcie transportu również mogą zdarzyć się rzeczy konieczne do udokumentowania. Efektem dyskusji jest uzupełnienie w postaci §50 i stosownego załącznika.

- Krajowa Rada Fizjoterapeutów postulowała (z dobrym skutkiem) o przywołanie w rozporządzeniu Międynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz o umieszczenie w elementach opisu stanu pacjenta "stanu funkcjonowania".

Placówki opieki zdrowotnej mają czas do końca roku na wdrożenie nowych regulacji.
Podsumowując: podpisane rozporządzenie w swej treści odzwierciedla główne postulaty zgłoszone w toku zbierania uwag. W dobie naprawdę ciężkiej próby, jakiej wszyscy jesteśmy poddani- to oczywiście bardzo cenne. Jeśli to trwała tendencja porozumienia w sprawach cyfryzacji naszej dokumentacji- tym lepiej. Nikt rozsądny nie negował i nie neguje konieczności cyfryzacji opieki zdrowotnej. W dyskusji chodzi raczej o tempo, o spójność nakładanych obciążeń i o koszty reformy. Pytania pozostają nadal. Z pewnością jest wiele rzeczy, których to rozporzadzenie nie wyjaśnia, ale jest krokiem w dobrym kierunku.



Andrzej Cis?o

wiceprezes NRL