

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

---

adw. Damian Konieczny



Kosiorek&Konieczny

Kancelaria Prawna

JEŻELI CZEGOŚ W  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIE  
ZAMIESZCZONO, TO NIE MIAŁO  
TO MIEJSCA?

---



# AKTY PRAWNE

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych



# AKTY PRAWNE

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia



# ZNACZENIE DOKUMENTACJI

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# ZNACZENIE DOKUMENTACJI

1. w procesie terapeutycznym
2. jako środek dowodowy (postępowanie cywilne, karne, zawodowe)
3. jako przedmiot kontroli
  - a) GIODO (dokumentacja medyczna zawiera dane osobowe i musi być przetwarzana na zasadach określonych w ustawie)
  - b) MZ i jednostki działające na jego zlecenie (np. konsultanci wojewódzcy)
  - c) OIL, wojewoda jako organ rejestrowy,
  - d) NFZ (kontrola realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych)



# RODZAJE DOKUMENTACJI

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# RODZAJE DOKUMENTACJI

## Dokumentacja indywidualna

- Dotycząca tylko poszczególnych pacjentów

## Dokumentacja zbiorcza

- dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów (np. pacjentów danego oddziału)





# DOKUMENTACJA INDYWIDUALNA

## Wewnętrzna

- Sporządzana dla potrzeb podmiotu leczniczego
- Przechowywana przez podmiot, który ją sporządził

## Zewnętrzna

- Sporządzana dla potrzeb pacjenta
- Skierowania, zlecenia są przechowywane przez podmiot, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.



# WZAJEMNE ZALEŻNOŚCI

Wydanie dokumentacji  
zewnętrznej



Wpis o wydaniu w  
dokumentacji  
wewnętrznej  
(poprzez kopię lub opis)



# DOKONYWANIE WPISU

- Wpisy powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia
- Wpisy powinny być czytelne
- Wpisy powinny być dokonywane w porządku chronologicznym



# DOKONYWANIE WPISU

- Lekarze udzielający świadczeń w podmiotach leczniczych dokonują jedynie wpisów do dokumentacji medycznej, ale ona sama pozostaje własnością podmiotu leczniczego
- Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość (wydruk z dokumentacji elektronicznej również)



# DOKONYWANIE WPISU

Każdy wpis (osobno) musi być opatrzony oznaczeniem osoby dokonującej wpisu:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,
- e) podpis;



# OZNACZENIE PACJENTA

## Pierwsza strona dokumentacji

- imię (imiona) i nazwisko
- datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany,
- adres miejsca zamieszkania,
- 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,
- 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;

## Kolejne strony dokumentacji

- Imię i nazwisko (tak samo w wypadku wydruku z dokumentacji elektronicznej)



# TREŚĆ DOKUMENTACJI

informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:

- a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
- c) zalecenia,
- d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach,
- e) informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;



# KLASYFIKACJA ICD-10

W dokumentacji medycznej wpisuje się **nazwę i numer statystyczny** rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu wg. ICD-10

Wyjątek: recepty wystawiane pro auctore lub pro familiae  
(wystarczy tylko nazwa)





# DOKUMENTACJA A STAŻYSTA

Art. 15b ust. 3 pkt 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

„Lekarz stażysta jest uprawniony do: [...] prowadzenia historii choroby i innej dokumentacji medycznej we współpracy z opiekunem”

- zakres współpracy powinien określić sam opiekun
- nie ma natomiast generalnego zakazu prowadzenia dokumentacji medycznej przez stażystów i podpisywania się pod nią



# DOKONYWANIE ZMIAN WPISÓW

wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty

jeżeli wpis został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza:

1. adnotację o przyczynie błędu oraz
2. datę i
3. oznaczenie osoby dokonującej adnotacji

- W wypadku dokumentacji elektronicznej zmian dokonuje się w ramach udokumentowanych procedur wprowadzonych w danym podmiocie



# DOKUMENTACJA Z ZEWNĄTRZ

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej:

1. włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub
2. odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego (co najmniej data dokumentu, nazwa podmiotu, wyniki badań lub rozpoznanie)

Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty



# DOKUMENTY DODATKOWE

w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

1. zamieszcza się (np. wpis w historii choroby) lub
2. dołącza do niej:
  - a) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą;
  - b) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
  - c) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji



# TREŚĆ SKIEROWANIA

- oznaczenie rodzaju badania, konsultacji lub leczenia, na które kieruje się pacjenta (bez konieczności wskazywania konkretnej placówki)
- rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- datę wystawienia skierowania;



# TREŚĆ SKIEROWANIA

oznaczenie osoby kierującej:

1. imię i nazwisko,
2. tytuł zawodowy,
3. numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,
4. podpis;



# WYROK SĄDU REJONOWEGO SZCZECIN-CENTRUM W SZCZECINIE Z DNIA 8 LIPCA 2015R. SYGN. IV K 184/12

Sąd uznał lekarza rezydenta za winnego czynu wyczerpującego znamiona przestępstwa z art. 160 §2 i 3 k.k., polegającego na niedołączeniu do wystawionego przez niego skierowania do innego szpitala dokumentacji medycznej wskazującej na poważny uraz miednicy pacjenta. Przedmiotowe skierowanie zostało wystawione przez lekarza rezydenta na zlecenie lekarza nadzorującego.

**Niestaranne wystawienie skierowania, bez zamieszczenia w jego treści istotnych informacji o stanie chorego, przy jednoczesnym niezałączeniu do niego dokumentacji medycznej pacjenta skutkowało, zdaniem Sądu, narażeniem pacjenta na niebezpieczeństwo, które ostatecznie zakończyło się jego zgonem w innym szpitalu, do którego został skierowany.**



# WYNIKI PO SKIEROWANIU

- Podmiot przeprowadzający badanie, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji
- wyniki powinny zostać przekazane za pomocą środków komunikacji elektronicznej w terminie 7 dni od dnia ich wytworzenia,

Wyjątki: lekarz NOCH, lekarz udzielający świadczeń w tym samym podmiocie, zgon pacjenta

Przekazanie wyników drogą tradycyjną: gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie dokumentacji w formie elektronicznej





# WYNIKI BADAŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM SKIEROWANIA

Podmiot nie może skutecznie bronić się okolicznością, iż:

- Pacjent nie odebrał wyników
- Pacjent nie dostarczył wyników do lekarza kierującego
- Pacjent nie kontaktował się w celu ustalenia dalszego sposobu postępowania



# DOKUMENTACJA W LECZENIU SZPITALNYM

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# DOKUMENTACJA SZPITALNA

## Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

- Historia choroby/historia noworodka

## Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna

- księga główna przyjęć i wypisów,
- księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
- lista oczekujących;
- księgi chorych oddziału,
- księgi raportów lekarskich,
- księgi raportów pielęgniarskich,
- księgi zabiegów,
- księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
- księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
- księgi noworodków,
- księgi pracowni diagnostycznej



# DOKUMENTACJA SZPITALNA

## Dokumentacja indywidualna zewnętrzna

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- książeczka zdrowia dziecka,
- skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem

## Dokumentacja zbiorcza zewnętrzna



# HISTORIA CHOROBY

Przyjęcie do  
szpitala

Przebieg  
hospitalizacji

Wypisanie  
ze szpitala

Rozpoznanie  
onkologiczne  
po wypisie



# HISTORIA CHOROBY

- Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala
- W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej komórce organizacyjnej szpitala, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy (np. chemioterapia, radioterapia)



# KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

Art. 15 u.z.p.

1. Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.
2. Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania.



# KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

Art. 12 u.z.p.

Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej (chyba że zachodzi przypadek nagłego zagrożenia zdrowotnego)





# ROZPOZNANIE ONKOLOGICZNE

- W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie
- Wynik badania dołącza się do historii choroby
- Problem aktualizacji karty informacyjnej z leczenia szpitalnego

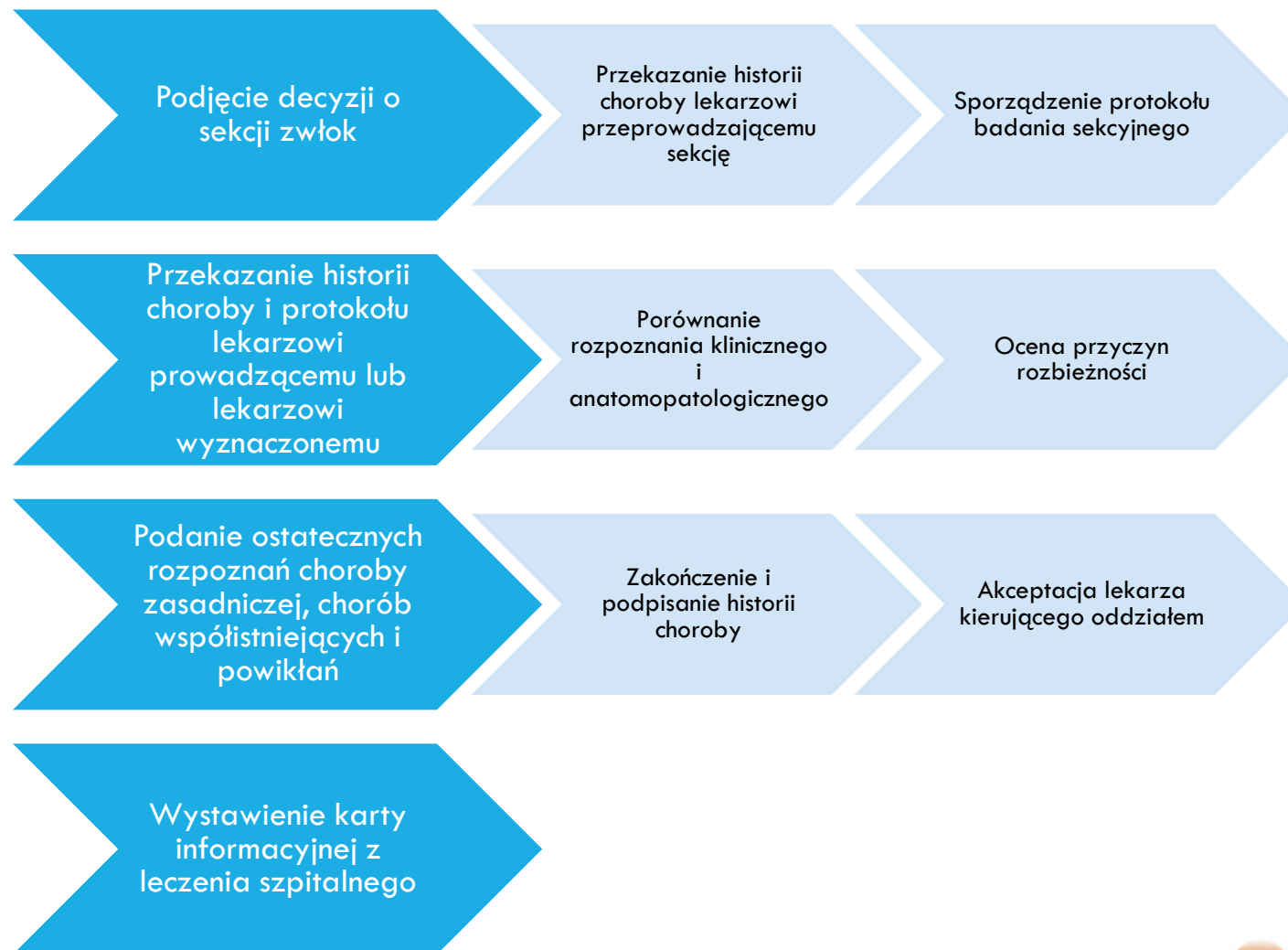


# KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA SZPITALNEGO

- podpisuje lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony (nie musi być to lekarz wypisujący)
- na podstawie informacji i danych zawartych w historii choroby



# SEKCJA ZWŁOK



# DOKUMENTACJA W AOS

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# DOKUMENTACJA W AOS

- Historia choroby jest zakładana jednokrotnie, przy pierwszym udzieleniu świadczenia
- Dopuszczalne jest zakładanie odrębnych historii dla poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu
- Do historii choroby dołącza się istotną dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego



# DOKUMENTACJA IPL

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# DOKUMENTACJA W INDYWIDUALNEJ PRAKTYCE

Dokumentacja obejmuje dokumentację:

1) wewnętrzną w formie:

a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka,

b) karty obserwacji przebiegu porodu;

2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, książeczki zdrowia dziecka, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.



# PRZEPISY SZCZEGÓLNE

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna



# ŚWIADCZENIE BEZ ZGODY PACJENTA (ART. 33 U.Z.L.)

Jeżeli badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego następuje bez zgody pacjenta należy oznaczyć ten fakt w dokumentacji medycznej

Ewentualną konsultację z drugim lekarzem lub brak możliwości jej przeprowadzenia należy zaznaczyć w dokumentacji medycznej



# ZABIEG BEZ ZGODY PACJENTA (ART. 34 U.Z.L.)

Jeżeli zabieg lub świadczenie stwarzające podwyższone ryzyko następuje bez zgody pisemnej należy oznaczyć ten fakt w dokumentacji medycznej (wraz z przyczyną)

Ewentualną konsultację z drugim lekarzem lub brak możliwości jej przeprowadzenia należy zaznaczyć w dokumentacji medycznej

Wystąpienie do sądu opiekuńczego o wyrażenie zastępczej zgody należy oznaczyć w dokumentacji



# ZMIANA ZAKRESU ZABIEGU (ART. 35 U.Z.L.)

Jeżeli zmiana zakresu zabiegu następuje bez zgody pacjenta należy oznaczyć ten fakt w dokumentacji medycznej (z podaniem przyczyn)

Ewentualną konsultację z drugim lekarzem lub brak możliwości jej przeprowadzenia należy zaznaczyć w dokumentacji medycznej

Wystąpienie do sądu opiekuńczego o wyrażenie zastępczej zgody należy oznaczyć w dokumentacji



# ODSTĄPIENIE OD LECZENIA (ART. 38 U.Z.L.)

W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej



# RECEPTY, ZLECENIA ZAOCZNE (ART. 42 U.Z.L., ART. 15B U.Z.P.)

Upoważnienie do odbioru recept lub zleceń wydanych bez osobistego zbadania pacjenta odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji

Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji



# LEKI NIEDOPUSZCZONE DO OBROTU W RP (ART. 45 UST. 3 U.Z.L.)

W uzasadnionych przypadkach lekarz może ordynować leki dopuszczone do obrotu w innych państwach, z jednoczesnym szczegółowym uzasadnieniem w dokumentacji medycznej



# ADNOTACJA „NIE ZAMIENIAĆ” (ART. 45 UST. 4 U.Z.L., ART. 15A UST. 5 U.Z.P.)

Lekarz jest obowiązany do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji „NZ”

- adnotacja może zostać dokonana wyłącznie pod warunkiem uzasadnionych wskazań medycznych lub występujących przy zastosowaniu tego produktu leczniczego udokumentowanych działań niepożądanych



# KONSYLIUM (ART. 6 UST. 3 U.P.P.)

Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

- 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
- 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

Żądanie oraz odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.





# ODMOWA UDZIAŁU OSÓB TRZECICH (ART. 21 U.P.P.)

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.



# ODSTĄPIENIE OD ŚWIADCZENIA (ART. 12 U.Z.P.)

W wypadku odstąpienia od świadczenia z uwagi na niezgodność z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, należy uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej



# UPRAWNIENIA SZCZEGÓLNE (§38 UST. 2 R.D.M.)

W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 43-47c), w historii zdrowia i choroby zamieszcza się:

1. adnotację,
2. numer dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia



# ODMOWA PRZYJĘCIA DZIECKA DO SZPITALA (§13 UST. 5 R.O.W.U.)

Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem

Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej



# ODMOWA PRZYJĘCIA DO SZPITALA (§28 UST. 2 R.D.M.)

W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje **pisemną informację** o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.



# DOKUMENTACJA ELEKTRONICZNA

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# DOKUMENTACJA 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).

dany dokument stanowiący dokumentację medyczną (np. historia choroby), może być prowadzony **wyłącznie w jednej formie** – elektronicznej albo papierowej



# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE RODZAJÓW ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. informacja o odmowie przyjęcia do szpitala (rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach)
2. informacja z poradni specjalistycznej dla lekarza POZ
3. karta informacyjna z leczenia szpitalnego
4. wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem
5. opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4
6. wyniki badań histopatologicznych (od 20 października 2023 r.)





# CECHY DOKUMENTACJI ELEKTRONICZNEJ

- integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- identyfikacja osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych;
- informacja o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany;
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach
- możliwość wydruku dokumentacji;
- możliwość eksportu całości danych w standardach i formatach w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.



# PODPISYWANIE DOKUMENTACJI ELEKTRONICZNEJ

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.



# UŁATWIENIA PRZY DOKUMENTACJI ELEKTRONICZNEJ

- ✓ 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;



# DOKUMENTACJA ELEKTRONICZNA A PAPIEROWA

W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci (np. papierowa, zdjęcia), osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza ją w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji

Jeżeli dokumentacja została dostarczona przez pacjenta jest zwracana albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta



# DIGITALIZACJA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## **Art. 13b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia**

- może dokonać zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną
- Digitalizacja polega na zeskanowaniu dokumentacji papierowej i opatrzeniu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym
- taki skan jest równoważny oryginałowi tego dokumentu
- po skanowaniu podmiot musi poinformować pacjenta o digitalizacji i możliwości odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż 1 rok od dnia przekazania informacji,
- dopiero w przypadku nieodebrania dokumentacji w terminie podmiot może ją zniszczyć



# WYDRUKI DOKUMENTACJI ELEKTRONICZNEJ

Gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem:

1. imię, nazwisko,
2. stanowisko,
3. podpis



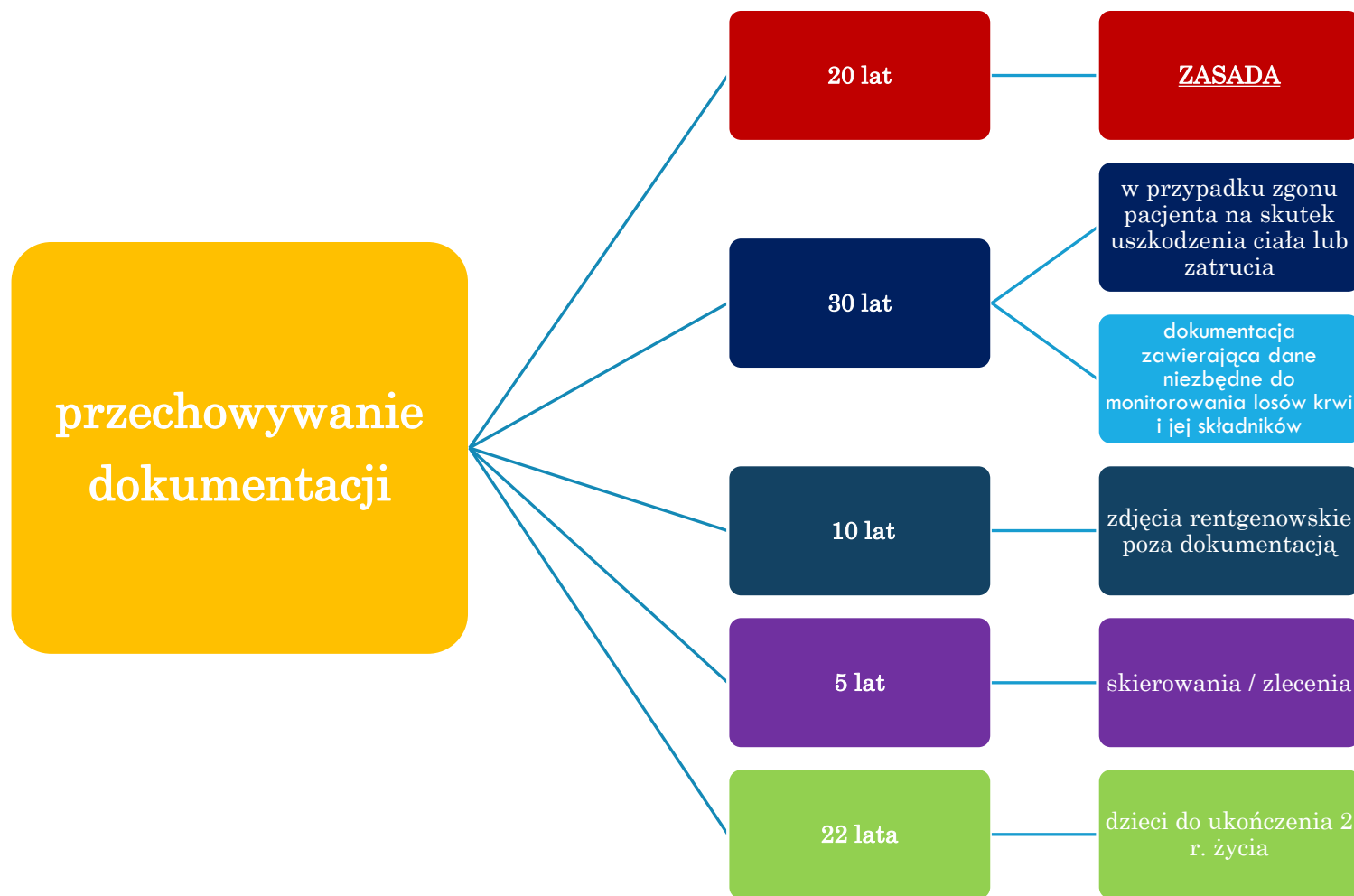
# PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI





# PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI

Termin przechowywania dokumentacji liczony jest od końca roku, w którym dokonano ostatniego wpisu

Co do zasady termin dotyczy dokumentacji jako całości, a nie poszczególnych dokumentów

Niedopuszczalne jest skrócenie okresu przechowywania na wniosek pacjenta



# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI

---



Kosiorek&Konieczny  
Kancelaria Prawna

# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI

Dokumentacja podlega udostępnieniu wyłącznie osobom uprawnionym i na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Wydanie dokumentacji medycznej nie wymaga zwolnienia lekarza z tajemnicy zawodowej



# SPOSOBY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI

Udostępnianie odbywa się poprzez:

1. do wglądu,
2. przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
3. przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5. na informatycznym nośniku danych.

Formę wybiera podmiot wnioskujący o wydanie

Dowolna forma wniosku o udostępnienie (konieczność weryfikacji tożsamości i przedmiotu wniosku)



# DO WGLĄDU

- Wgląd w oryginały dokumentacji papierowej lub poprzez wyświetlenie dokumentacji elektronicznej
- w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń (wyjątek: medyczne czynności ratunkowych)
- możliwości nieograniczonego i nieodpłatnego sporządzenia notatek lub zdjęć;



# WYCIĄG, ODPIS, KOPIA LUB WYDRUK

**wyciąg** - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;

**odpis** - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem **zgodności co do treści z oryginałem**;

**kopia** - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)

**wydruk** – dokument sporządzony z dokumentacji elektronicznej



# ORYGINAŁY

Wydawane co do zasady na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych,

Pozostałym podmiotom, w tym pacjentowi, tylko w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,

Konieczność sporządzenia na koszt podmiotu leczniczego odpisów dokumentacji wydawanej



# ŚRODKI KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ

E-mail

Skrzynka ePUAP

Fax (?)

Serwer plików

Dotyczy co do zasady tylko dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej

Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, **jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu**





UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI W FORMACIE ELEKTRONICZNYM – ZABEZPIECZENIE  
JEJ PRZED DOSTĘPEM  
OSÓB NIEUPOWAŻNIONYCH, METODOLOGIA

Skrzynka ePUAP, brak konieczności dodatkowego zabezpieczania

E-mail -> szyfrowanie każdej wiadomości wysyłanej do pacjenta, dodatkowo hasło do pliku powinno być dostarczane inną drogą (odbiór osobisty, sms)

Fax – ostateczność, brak możliwości szyfrowania i zabezpieczenia przed dostępem osób trzecich



# INFORMATYCZNY NOŚNIK DANYCH

Nie należy żądać ani przyjmować nośników od podmiotu  
żądającego

Wydawanie na płytach CD/DVD, wyjątkowo na innych (np.  
pendrive)



# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI

- Pacjent decyduje w jakim zakresie żąda wydania dokumentacji medycznej (co do zasady żądanie dotyczy dokumentacji indywidualnej wewnętrznej)
- Pacjent może żądać wydania wypisów z dokumentacji medycznej zbiorczej dotyczącej jego osoby;
- Dokumentacja powinna być wydana pacjentowi bez zbędnej zwłoki
- Wydanie pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu dokumentacji po raz pierwszy nie jest obciążone opłatą, w pozostałych przypadkach co do zasady opłata określona w regulaminie organizacyjnym (max. opłaty określa ustawa).



Zawsze	Gdy pacjent wyrazi zgodę
Pacjent	Osoba upoważniona przez pacjenta
Lekarz lub inna placówka w celu kontynuowania leczenia	Zakład ubezpieczeń
Organy władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia oraz Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	
NFZ	
Osoby upoważnione przez podmiot tworzący (osoby wykonujące zawód medyczny)	
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i Agencja Badań Medycznych	
Minister Zdrowia i podmioty uprawnione przez niego do kontroli, w tym podmioty kontrolujące bazy danych medycznych	
Sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej	
Organy rentowe i komisje ds. niepełnosprawności	
Organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;	
Członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych	
Komisje lekarskie podległe MSW, wojskowe komisje lekarskie oraz komisje lekarskie ABW lub AW, szefowie tych Agencji	
Osoby wykonujące zawód medyczny (w związku z procedurą akredytacyjną)	

# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podmiot uprawniony	Warunek
pacjent	okazanie dokumentu tożsamości
osoba upoważniona przez pacjenta	upoważnienie pacjenta + okazanie dokumentu tożsamości
przedstawiciel ustawowy pacjenta	- okazanie dokumentu tożsamości + akt urodzenia dziecka
opiekun prawny	okazanie dokumentu tożsamości + prawomocne postanowienie Sądu (opieka, kuratela)
towarzystwo ubezpieczeń	- pisemna zgoda pacjenta (oryginał lub poświadczona kserokopia) + pełnomocnictwo do reprezentowania towarzystwa ubezpieczeń przez osobę podpisującą wniosek
spadkobiercy w zakresie postępowania przed wojewódzką komisją	- odpis wniosku złożonego do wojewódzkiej komisji lub zaświadczenie o prowadzonym postępowaniu + prawomocne postanowienie o stwierdzeniu nabyciu spadku/poświadczenie dziedziczenia



# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- **Wydawanie dokumentacji po śmierci pacjenta:**
- na podstawie upoważnienia udzielonego przez pacjenta za życia (odrębny dokument lub wpis w dokumentacji medycznej), nie ma znaczenia czy w trakcie ostatniego pobytu, czy wcześniejsze, może pochodzić z innej placówki,
- każdy pacjent będzie miał możliwość zgłoszenia za życia sprzeciwu wobec ujawnienia tajemnicy lekarskiej osobom bliskim po swojej śmierci.
- Sprzeciw taki będzie załączany do dokumentacji medycznej.
- Przed wyrażeniem sprzeciwu, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia takiego oświadczenia, np. o niemożności dostępu osób bliskich do informacji objętych tajemnicą po jego śmierci.



# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- Sprzeciw nie będzie miał jednak charakteru bezwzględnego, gdyż **sąd, na wniosek osoby bliskiej**, będzie uprawniony do zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, jeżeli jest to niezbędne:
  1. w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
  2. dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
- lekarz będzie mógł wystąpić do sądu o rozstrzygnięcie, czy dana osoba jest osobą bliską, której może zostać ujawniona informacja objęta tajemnicą lekarską po śmierci pacjenta.



# ODMOWA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

Odmowa udostępnienia dokumentacji powinna mieć formę pisemną z podaniem przyczyny odmowy





# WYKAZ UDOSTĘPNIENÍ

1. imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
2. sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
3. zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
4. imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna oraz ewentualną nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
5. imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
6. datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

