

Dokumentacja medyczna – nowe regulacje

KOSZT UZYSKANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ BĘDZIE NIŻSZY NIŻ POPRZEDNIO. ZMIENIAJĄ SIĘ ZASADY UDOSTĘPNIENIA I PRZEKAZYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, oraz jej przechowywania po zamknięciu placówki.

Ministerstwo zdrowia przygotowało zmiany w ustawie o prawach pacjenta, które mają obowiązywać od 1 stycznia 2016 r.

Zmierzalnym przedmiotem jest bardzo wiele. Przytoczymy tylko najważniejsze z punktu widzenia lekarza i kierownika podmiotu leczniczego. Pozostałe zmiany dotyczą kompetencji Rzecznika Praw Pacjentów i sposobu powoływania członków rad lekarskich.

KOPIA, ODPIS, WYCIĄG

Najbardziej istotną zmianą jest wprowadzenie definicji kopia, odpis oraz wyciąg z dokumentacji medycznej. Pozwoli to uniknąć wątpliwości interpretacyjnych i ujednolicić sposób postępowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Jest to szczególnie ważne, gdyż ma wpływ na sposób realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej.

Przypomnijmy, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić dokumentację medyczną w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej, a od dnia 1 sierpnia 2017 r. wyłącznie w postaci elektronicznej.

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 treści z oryginałem;
kopia – dokument wytworzony przez dokładne odwzorowanie treści i formy oryginału dokumentacji medycznej.

DOSTĘP DO DOKUMENTACJI

Dostęp do dokumentacji medycznej, od nowego roku, będą miały osoby niewykonujące zawodu medycznego, ale wykonujące czynności pomocnicze. Ta zmiana umożliwi zatrudnienie w rejestracji, w archiwum, czy przy sporządzaniu raportów lub rozliczeń osób niewykonujących zawodu medycznego. Do tej pory recepcjonistka, która nie była pielęgniarką, nie miała prawa wglądu do dokumentacji medycznej, choć jednym z jej zadań było zarządzanie dokumentacją. Teraz to się zmieni. Na stanowisku recepcjonistki będzie można zatrudnić osoby z tzw. „ulicy”. W celu zapewnienia gwarancji ochrony danych osobowych pacjentów, wszystkie te osoby będą zobowiązane do nieujawniania i niewykorzystywania informacji zawartych w dokumentacji, także po śmierci pacjenta.

Od nowego roku częścią dokumentacji będą również informacje o wydaniu opinii lub orzeczenia lekarskiego albo informacje o odmowie ich wydania oraz odmowie wydania skierowania na badania diagnostyczne, które są niezbędne do wydania opinii lub orzeczenia lekarskiego. Obecnie takich dokumentów nie dołącza się do dokumentacji.

W razie śmierci pacjenta dokumentacja medyczna ma być udostępniona osobie upoważnionej przez pa-

Obecnie maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie kopii dokumentacji wynosi ok. 75 gr za jedną stronę. W nowym rozporządzeniu proponuje się niższą cenę - 50 gr. Opłatę za wydanie dokumentacji medycznej na nośniku danych proponuje się w wysokości maksymalnie 1,5 zł

autor:
Piotr Szymański



FOT. CHROMA

cjenta za życia lub osobie, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Obecne brzmienie tego przepisu jest często odczytywane wyłącznie jako prawo do wglądu, bez możliwości sporządzenia kopii dokumentacji medycznej.

Rozszerzono katalog osób, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma prawo udostępnić dokumentację medyczną o: członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, osoby wykonujące zawód medyczny w związku z prowadzeniem procedury oceniającej na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

Dostęp do dokumentacji mogą też mieć studenci nauk medycznych, lekarze oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne - dla celów dydaktycznych. Ta zmiana ułatwi odbywanie praktyk studenckich.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI

W art. 27 wprowadza się kompleksową regulację dotyczącą sposobów udostępniania dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej może być udostępniana

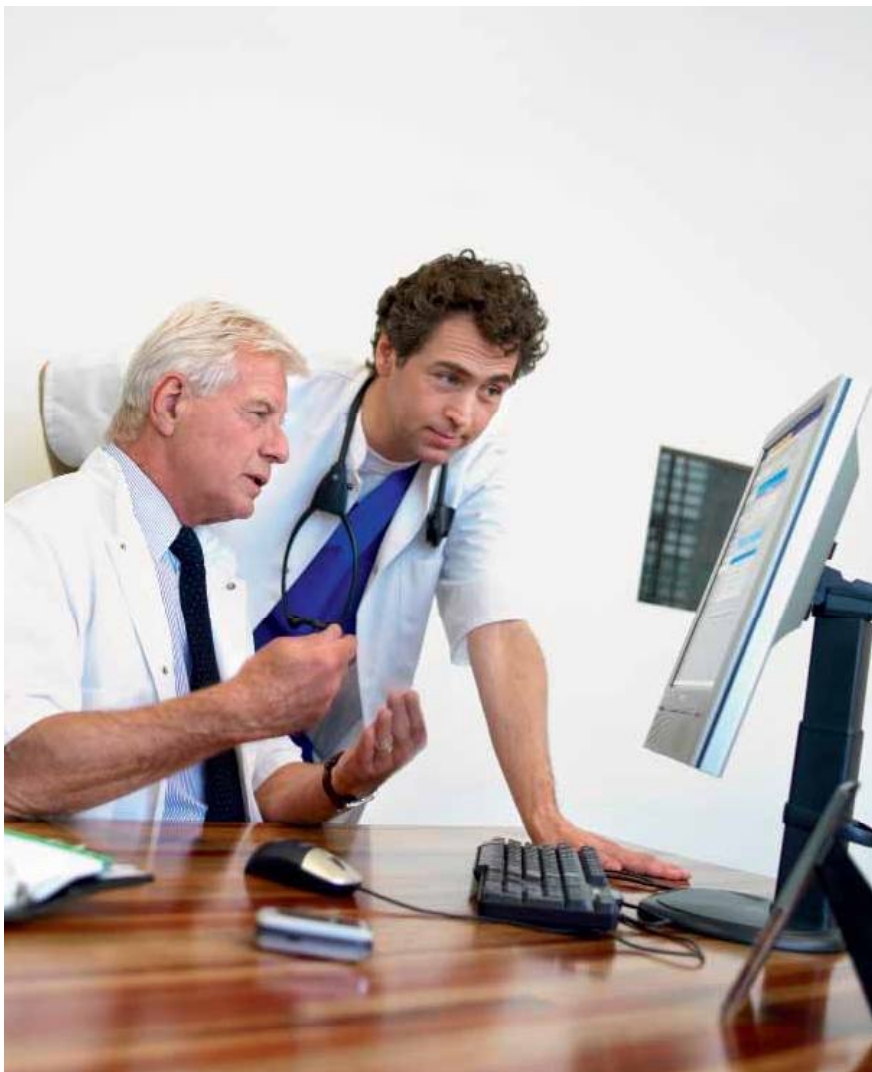
Dokumentacja papierowa może być udostępniana do wglądu lub przez sporządzenie kopii, odpisów albo wyciągów, a w określonych przypadkach także przez wypożyczenie oryginału. Jednak oryginał dokumentacji medycznej może być wydany tylko na żądanie organów władzy publicznej

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na nośniku danych. Dodatkowo, na żądanie pacjenta, podmiot powinien wykonać papierowe wydruki, za które zapłaci pacjent. Pacjent będzie miał prawo uzyskania wglądu do swojej dokumentacji medycznej w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja papierowa może być udostępniana do wglądu lub przez sporządzenie kopii, odpisów albo wyciągów, a w określonych przypadkach także przez wypożyczenie oryginału. Jednak oryginał dokumentacji medycznej może być wydany tylko na żądanie organów władzy publicznej, Rzecznika Praw Pacjenta i sądów oraz w przypadku, gdy sporządzenie kopii mogłoby spowodować zwłokę w udziele-

niu świadczenia zdrowotnego, zagrażającą życiu lub zdrowiu pacjenta. Osoba wypożyczająca oryginał potwierdza jego odbiór i zobowiązuje się do zwrotu niezwłocznie po wykorzystaniu.

Jako dodatkowy sposób udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej proponuje się wykonywanie na wniosek pacjenta cyfrowego odwzorowania (skanu) i przekazywanie go przez internet albo na informatycznym nośniku. Byłby to fakultatywny sposób udostępniania dokumentacji medycznej, który podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych mógłby wprowadzić w swoim regulaminie organizacyjnym, jeśli pozwalałyby na to warunki organizacyjne i techniczne, jakimi dysponuje.



FOT. PHILIPS

Częścią dokumentacji będą informacje o odmowie wydania skierowania na badania diagnostyczne, które są niezbędne do wydania opinii lub orzeczenia lekarskiego

OPLATA ZA KOPIE DOKUMENTACJI

Obecnie maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie kopii dokumentacji wynosi ok. 75 gr za jedną stronę. W nowym rozporządzeniu proponuje się niższą cenę - 50 gr. Taką samą opłatę proponuje się za wykonanie jednej strony skanu dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz jednej strony wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej. Opłatę za wydanie dokumentacji medycznej na płytach CD i DVD, z uwagi na ich powszechną dostępność i niską cenę, proponuje się w wysokości maksymalnie

1,5 zł, przy czym, gdyby udostępnienie wymagało uprzedniego wykonania skanu, należałoby doliczyć koszt skanowania.

Wprowadzono możliwość wydania pacjentowi oryginału dokumentacji medycznej, po upływie okresu jej przechowywania. Zazwyczaj taka dokumentacja była niszczona. Teraz proponuje się oddać ją pacjentowi.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI PO ZAMKNIĘCIU GABINETU

Obecnie brakuje regulacji prawnych dotyczących obowiązków w zakresie prze-

chowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej. W rezultacie pacjent ma trudności ze znalezieniem archiwum, w którym przechowywana jest jego dokumentacja. Dlatego zaproponowano, aby dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i jednostek budżetowych była przechowywana w miejscu wskazanym przez podmiot sprawujący nadzór nad podmiotem leczniczym. Po upływie okresu przechowywania dokumentacja stanowiąca materiał archiwalny, byłaby przekazywana do właściwego archiwum państwowego, natomiast dokumentacja niearchiwalna byłaby niszczona.

Pozostałe podmioty lecznicze (np. przedsiębiorcy, fundacje, stowarzyszenia, itp.) oraz osoby wykonujące zawód w ramach praktyki zawodowej byłyby zobowiązane przekazać dokumentację do przechowywania firmom, które zajmują się przechowywaniem dokumentów.

W przypadku śmierci osoby wykonującej praktykę zawodową, obowiązany do zabezpieczenia dokumentacji medycznej byłby właściwy samorząd zawodowy, tj. okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych, w związku ze sprawowaniem pieczy nad wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki, położnej w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Gdyby ustalenie podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za dokumentację medyczną nie byłoby możliwe, obowiązek ten spadałby na Narodowy Fundusz Zdrowia.

Koszty przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej będzie ponosił podmiot wykonujący działalność leczniczą. Podobne rozwiązania przyjęte są w odniesieniu do przechowywania dokumentacji osobowej i płacowej pracowników w razie likwidacji pracodawcy (ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach). Wyjątek dotyczy sytuacji, gdy zakończenie działalności praktyki zawodowej zostało spowodowane śmiercią lekarza, pielęgniarki, położnej.

Proponuje się wprowadzenie sankcji w postaci kary finansowej wymierzonej przez organ prowadzący rejestr wobec podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które nie dopełniają obowiązków w zakresie zabezpieczenia dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej. Kara wynosiłaby maksymalnie trzykrotność miesięcznej pensji kierownika podmiotu leczniczego.

(PS)



OŚRODEK STUDIÓW
NAD PŁODNOŚCIĄ
CZŁOWIEKA

zaprasza na

III Sympozjum Szkoleniowe Medycyny Rozrodu i Endokrynologii Ginekologicznej

pt. osiągnięcia i wyzwania ośrodków medycyny rozrodu

Katowice | 6-7 listopada 2015 r.

Program tegorocznego Wydarzenia obejmie sesje wykładowe z udziałem czołowych polskich i zagranicznych ekspertów, które zostaną poświęcone najnowszym doniesieniom z zakresu m. in. **stymulacji i indukcji jajczkowania, niewydolności fazy lutealnej, leczenia chirurgicznego**, a także psychologicznych i prawnych aspektów leczenia niepłodności. Uczestnicy III Sympozjum Szkoleniowego wezmą udział również w **dwóch panelach dyskusyjnych** podejmujących zagadnienia dotyczące **polskich doświadczeń klinik leczenia niepłodności**.

Równolegle do III Sympozjum Szkoleniowego odbędą się: **Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu** oraz **Walne Zgromadzenie Sekcji Płodności i Niepłodności PTG**.

Program Wydarzenia oraz warunki uczestnictwa dostępne są na stronie
www.osrodekstudiow.pl

partnerzy merytoryczni:

