

PATRONAT



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

DOKUMENTACJA MEDYCZNA 2020

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 kwietnia 2020 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Rozporządzenie weszło w życie z dniem 15 kwietnia 2020 r.

opracowanie:

lek. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, Przewodnicząca Komisji ds. Aktów Prawnych Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

PODMIOT LECZNICZY ZAPEWNI:

1. warunki zabezpieczające dokumentację medyczną przed:

- zniszczeniem,
- uszkodzeniem,
- utratą,
- dostępem osób nieupoważnionych

2. warunki wykorzystania dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

ZABEZPIECZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Należy spełnić **ŁĄCZNIE W SPOSÓB CIĄGŁY**:

1. zapewnić dostępność **wyłącznie dla uprawnionych**:

- osób wykonujących zawód medyczny;
- osób wykonujących czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, (np. asystenci medyczni);
- osób wykonujących czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, na podstawie upoważnienia administratora danych;
- osób upoważnionych przez pacjenta;
- instytucji i urzędów państwowych;
- instytucji ubezpieczeniowych za zgodą pacjenta;
- instytucji rentowych
- Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- Agencji Badań Medycznych
- osobom upoważnionym w trakcie kontroli

2. **zastosować metody i środki ochrony dokumentacji**, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

METODY ZABEZPIECZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1. **systematyczne** szacowanie ryzyka zagrożeń oraz zarządzania tym ryzykiem;
2. opracowanie i stosowanie **udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;**
3. stosowanie środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń, uwzględniających **najnowszy stan wiedzy;**
4. **dbanie** o aktualizację oprogramowania;
5. **bieżące kontrolowanie funkcjonowania** organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
6. **przygotowanie i realizacja planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych,** jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

SYSTEM TELEINFORMATYCZNY MUSI ZAPEWNIĆ (1):

1. integralność treści dokumentacji i metadanych przez **zabezpieczenie przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur;**
2. stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
3. **wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu (np. wymuszenie autoryzacji)** lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych;
4. informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany;



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

SYSTEM TELEINFORMATYCZNY MUSI ZAPEWNIĆ (2):

5. przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, prowadzonej przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierujące na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie
6. możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach zgodnych z obowiązującymi przepisami (np. HL7 oraz DICOM);
7. możliwość wydruku dokumentacji;
8. możliwość eksportu całości danych w standardach i formatach, o których mowa w pkt 6, w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

RODZAJE OŚWIADCZEŃ PACJENTA W DOKUMENTACJI INDYWIDUALNEJ WEWNĘTRZNEJ:

1. o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, procedurach medycznych, przewidywalnych następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
2. o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą
3. o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

WYJĄTEK: oświadczenia złożone za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP), o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, są przechowywane na IKP



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

O BOWIĄZEK INFORMOWANIA PACJENTÓW O INTERNETOWYM KONCIE PACJENTA (IKP):

Przed złożeniem oświadczeń podmiot informuje
o możliwości i skutkach ich złożenia za
pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

SPOSÓB PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- elektronicznie
- papierowo – jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej
- dokument prowadzony w jednej z postaci, **nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich**
- na zasadach dotychczasowych elektronicznie lub w postaci papierowej
– **do 31 grudnia 2020**



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

KODOWANIE ROZPOZNANIA W HISTORII ZDROWIA I CHOROBY:

Wpisu nazwy i numeru statystycznego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (ICD-10):

- rozpoznania choroby,
- problemu zdrowotnego,
- urazu

DOKONUJE:

- lekarz, pielęgniarka lub położna
- ratownik medyczny lub fizjoterapeuta



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

AUTORYZACJA WPISÓW W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- kwalifikowany podpis elektroniczny,
- podpis zaufany,
- podpis osobisty,
- „certyfikat ZUS” - podpis z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępny w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- własnoręczny podpis **w postaci papierowej**,
- przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego **w przypadku dokumentacji wewnętrznej** (historii zdrowia i choroby)



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY ZAWIERA DANE O:

- podmiocie leczniczym,
- pacjencie,
- osobie udzielającej świadczeń,
- stanie zdrowia lub stanie funkcjonowania oraz procesie diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym lub rehabilitacji,
- ogólnym stanie zdrowia,
- chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach,
- poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych,
- świadczeniach pielęgniarki lub położnej realizowanych w warunkach domowych, w tym wizyt patronażowych,
- o pielęgniarstwie długoterminowym domowym.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

WYNIKI BADAŃ, KONSULTACJI:

1. 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.
2. Jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie dokumentacji, w takiej formie może być ona nadal przekazywana w postaci papierowej.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY (1):

1. **Prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej** z wyjątkiem dokumentacji papierowej określonej w przepisach (np. książeczka zdrowia dziecka) lub gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają informatyzację.
2. Uszczegółowiono warunki prowadzenia dokumentacji elektronicznej.
3. Dokument prowadzony w wybranej postaci, **nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich (np. historia zdrowia i choroby).**
4. Autoryzacja wpisów w dokumentacji medycznej może być dokonana także **profilem zaufanym, „certyfikatem ZUS” lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym**, z wyjątkiem dokumentacji wewnętrznej (np. historii choroby), która nadal będzie mogła wykorzystywać wewnętrzne sposoby podpisywania dostępne w programach.



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY (2):

5. Przed złożeniem oświadczeń przez pacjenta, **podmiot informuje o możliwości i skutkach ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta**
6. Prowadzenie dokumentacji na zasadach dotychczasowych elektronicznie lub w postaci papierowej – **do 31 grudnia 2020**



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 6 kwietnia 2020 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

pełna treść rozporządzenia dostępna [tutaj](#)



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE

Jesteśmy jak zawsze – dla Was i z Wami!

www.klrwp.pl



Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce