

Dokumentacja medyczna w gabinecie lekarskim

dr nauk prawnych
Jakub Rzymowski

Współpracuje z Kancelarią Adwokacką „Eurokancelaria prof. Marii Królikowskiej Olczak”, specjalizuje się w prawie medycznym, prawie ochrony danych osobowych, prawie nowych technologii i prawie archiwalnym.

P R A W O

Medical documentation in a doctor's office

S U M M A R Y

This article is devoted to maintaining medical documentation in a doctor's office. Maintaining documentation in compliance with the law is a duty subject to control. Medical documentation maintained in a proper way can become an evidence of a correct treatment of a patient in a course of court proceedings.

Artykuł poświęcony jest prowadzeniu dokumentacji medycznej w gabinecie lekarskim. Prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z prawem jest obowiązkiem podlegającym kontroli. Prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna może stać się dowodem prawidłowego leczenia pacjenta w toku postępowania sądowego.

Rzymowski J.: Dokumentacja medyczna w gabinecie lekarskim. *Alergia*, 2012, 3: 34-38

Podstawowym aktem prawnym regulującym prowadzenie dokumentacji medycznej jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (Dz. U. Z 2010 r. nr. 252 poz. 1697 ze zm.) (Dalej: Rozporządzenie 1697). Prowadzeniu dokumentacji medycznej przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej został poświęcony rozdział III tego rozporządzenia. Jednak niektóre kwestie związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w praktyce lekarskiej są regulowane w innych przepisach tego samego aktu prawnego. Dlatego też, w dalszej części artykułu będą one powoływane.

Niniejszy tekst nosi tytuł „Dokumentacja medyczna w gabinecie lekarskim”. Przy czym wyrażenie „gabinet lekarski” zostało użyte w celu ułatwienia prowadzenia wywodu.

W niniejszym tekście oznacza to: indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupową praktykę lekarską.

Prowadzenie dokumentacji medycznej w gabinecie lekarskim w sposób niezgodny z przewidzianym w Rozporządzeniu 1697 stanowi naruszenie prawa. Jest ono łatwe do wykrycia podczas jakiegokolwiek kontroli, choćby kontroli przeprowadzanej przez pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia. Między innymi właśnie z uwagi na możliwość kontroli, ważne jest, aby lekarz prowadził

dokumentację dokładnie w taki sposób, w jaki zostało to określone w Rozporządzeniu 1697 i zrelacjonowane w niniejszym artykule.

Dokumentacja medyczna dzieli się na dokumentację indywidualną i na dokumentację zbiorczą. (§2.1). Dokumentacja indywidualna to dokumentacja odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. (§2.1.1)

Najczęściej spotykanym przykładem dokumentacji indywidualnej jest historia zdrowia i choroby.

Dokumentacja zbiorcza to dokumentacja odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. (§2.1.2)

W gabinecie lekarskim w zasadzie nie prowadzi się dokumentacji medycznej zbiorczej, a jedynie dokumentację medyczną indywidualną. (§57)

Dokumentem medycznym o charakterze dokumentacji zbiorczej prowadzonym przez lekarza jest także wykaz recept wystawionych dla siebie albo dla małżonka, krewnych zstępnych lub wstępnych w linii prostej i rodzeństwa, (§71a.1.), oraz ewentualnie księga noworodków (§60 w zw. z §21.2.1. w zw. z §35)

Niekiedy także obowiązek prowadzenia dokumentacji zbiorczej w gabinecie lekarskim wynika z przepisów odrębnych np. obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (por. art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Dokumentacja indywidualna prowadzona w gabinecie lekarskim dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną i dokumentację indywidualną zewnętrzną. (§58)

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna to dokumentacja przeznaczona na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, czyli gabinetu lekarskiego. (§2.2.1) W gabinecie lekarskim należy prowadzić, stosownie oczywiście do prowadzonej działalności, dokumentację indywidualną wewnętrzną w postaci: historii zdrowia i choroby lub karty noworodka (§58.1.a), oraz karty obserwacji przebiegu porodu. (§58.1.b)

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna to dokumentacja przeznaczona na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot, czyli przez gabinet lekarski. (§2.2.2)

Stałe elementy dokumentacji

Dokumentacja indywidualna, zarówno wewnętrzna jak i zewnętrzna zawiera pewne stałe elementy. Muszą być one zatem obecne w każdej historii choroby, zaświadczeniu, skierowaniu itd. (§10.)

Elementy te opisujemy niżej, a są to: oznaczenie podmiotu, oznaczenie pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie i data dokonania wpisu.

Oznaczenie podmiotu

Składa się na nie: nazwa podmiotu, adres podmiotu wraz z numerem telefonu, numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską. (§10.1.f) Dane te dalej

nazywamy szczegółowym oznaczeniem podmiotu.

Oznaczenie pacjenta

Oznaczenie pacjenta pozwala na ustalenie jego tożsamości.

Dane pacjenta: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, PESEL, jeżeli został nadany, jeżeli pacjentowi nie nadano numeru PESEL, to rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość – np. paszportu, w przypadku noworodka – PESEL matki noworodka, w przypadku dziecka do 1 roku życia – także PESEL matki dziecka, a jeżeli matka nie posiada tego numeru, to serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Jeżeli pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania. (Dane te określamy dalej „szczegółowym oznaczeniem pacjenta”).

Należy pamiętać o problemie, który może się pojawić w przypadku prowadzenia dokumentacji osób niezdolnych do wyrażenia zgody, dla których nie ustanowiono przedstawiciela ustawowego. Zagadnienie to przekracza ramy niniejszego artykułu. Doradzamy jednak, by w takiej sytuacji podejmować oczywiście czynności w stanach nagłych i by w miarę możliwości nie podejmować wobec takich osób czynności poza stanami nagłymi. W każdym razie zaś podjąć próbę skontaktowania się z rodziną lub ośrodkiem pomocy społecznej. W przypadku podjęcia jakichkolwiek czynności medycznych wobec takiej osoby, szczególnie podkreślamy wagę udokumentowania ich i medycznej konieczności ich podjęcia w dokumentacji. (§10.2. w zw. z art. 25.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)[1]. Podobnie w dokumentacji zbiorczej należy każdorazowo umieszczać: imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, jeżeli pacjentowi nie nadano numeru PESEL, to serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, jeżeli matce go nie nadano to serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. (§11.) Abstrahujemy tu od faktu, że w gabinecie lekarskim, w oparciu o Rozporządzenie 1697 prowadzi się jedynie dokumentację indywidualną. Wykonywanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia może skłaniać, a czasem zobowiązywać lekarza do prowadzenia w gabinecie lekarskim dokumentu zbiorczego np. książki porad ambulatoryjnych, czy też listy oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego w warunkach ambulatoryjnych. W takim przypadku należy prowadzić ten dokument w sposób wymagany kontraktem, zaś gdy kontrakt zagadnienia nie normuje to z ostrożności należy podmiot i pacjenta oznaczać w sposób określony w artykule odpowiednio: szczegółowym oznaczeniem podmiotu i szczegółowym oznaczeniem pacjenta.

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie.

Indywidualna dokumentacja medyczna powinna zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie.(§10.1.3.) Na oznaczenie to składają się: nazwisko i imię takiej osoby, jej tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis. Dalej dane te nazywamy szczegółowym oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

Najczęściej spotykanym w gabinecie lekarskim dokumentem medycznym jest historia zdrowia i choroby.

Historia zdrowia i choroby

- Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy. (§59.1.)
- Historia zdrowia i choroby powinna zawierać szereg danych. W większości są to dane analogiczne do tych, jakie powinny znaleźć się w historii zdrowia i choroby prowadzonej w poradni.
- Historia zdrowia i choroby zawiera szczegółowe oznaczenie podmiotu (§59.2. w zw. z §10.1.1.), zawierające dane opisane wyżej. Historia zdrowia i choroby zawiera również szczegółowe oznaczenie pacjenta. (§59.2. w zw. z §10.1.2). Ponadto historia choroby zawiera oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie (§59.2. w zw. z §10.1.3) Historia choroby zawiera ponadto informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach pacjenta, informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych, ocenę środowiskową. (§59.2.)
- Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o: przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych. (§59.3 w zw. z § 42.3.)
- Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera następujące informacje: datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi, oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy, oraz oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, czyli, opisane w niniejszym artykule wyżej w pozycji oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie. (§59.4 w zw. z §42.4.)
- Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące: zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem, zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania - jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta. (§59.5)

Szczególne uprawnienia.

Jeżeli pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art.43 - 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[2], w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia. (§ 42. 2.)

Chodzi tu o szczególne uprawnienia należne dawcom krwi i przeszczepów, żołnierzom, weteranom, inwalidom wojennym i wojskowym i ich rodzinom, osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych

oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych.

Wpisy w dokumentacji

Wpisów w dokumentacji należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Trzeba to czynić czytelnie. Wpisy powinny być uporządkowane chronologicznie. (§4.1.) Każdy wpis, w dokumentacji powinien być opatrzony datą dokonania. (§10.1.4.) Podobnie, strony w dokumentacji powinny być ułożone chronologicznie i ponumerowane. (§5.)

Jeżeli dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej, to w przypadku sporządzania wydruku z takiej dokumentacji, strony wydruku powinny być numerowane. (§5.)

Pewien problem w porządkowaniu historii choroby mogą sprawiać luźne kartki, zawierające informacje o stanie zdrowia pacjenta (np. wyniki badań). Są to dokumenty medyczne, które nie są tworzone przez lekarza, pod którego opieką znajduje się pacjent, ale przez inne osoby. Nierzadko takie dokumenty powstają w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Lekarz prowadzący historię choroby otrzymuje te dokumenty z zewnątrz, zwykle po pewnym czasie od udzielenia porady pacjentowi. Merytorycznie uzasadnione jest włączenie ich do jego dokumentacji medycznej. W praktyce w wielu podmiotach takie dodatkowe dokumenty medyczne są doklejane (doszywane) do dokumentacji. Jest to rozwiązanie wygodne dla pracowników medycznych leczących pacjenta. W niektórych podmiotach takie dokumenty dodatkowe są przechowywane osobnych kopertach dołączanych doteczki z historią choroby. Oba rozwiązania nie są zgodne z literą prawa. Ich zastosowanie może być kwestionowane przez pracowników organów kontrolnych. Często więc to ich oczekiwania wyrażone w protokołach pokontrolnych zadecydują o praktyce postępowania z takimi dokumentami medycznymi w danym podmiocie. Obecnie właściwie tylko prowadząc dokumentację medyczną w postaci elektronicznej można uniknąć zasygnalizowanego problemu.

Ważne by każdy wpis w dokumentacji opatrzony był pełnym oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, lub kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, wraz z jej podpisem odręcznym. (§4.2. w zw. z §10.1.3.) Doradzamy posługiwanie się pieczęciami i składanie czytelnych podpisów.

Wpisów w dokumentacji należy dokonywać niepochoinnie. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej bowiem usunięty. Jeżeli wpis został dokonany błędnie, to zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodne ze szczegółowym oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie. (§4.3. w zw. z §10.1.3)

Na każdej stronie dokumentacji indywidualnej musi być umieszczone co najmniej imię i nazwisko pacjenta. Jeżeli dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej to należy zadbać o to, by na każdej stronie wydruku umieszczone było co najmniej imię i nazwisko pacjenta. (§6.1.)

Jeżeli nie można ustalić tożsamości pacjenta, to oznacza się go w dokumentacji jako NN, podając jednocześnie okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości. (§6.2.) W gabinecie lekarskim jest to mało prawdopodobne, ale należy zwrócić uwagę, że pacjentów o nieznannej tożsamości może się pojawić w jednym roku więcej niż jeden. Wtedy oznaczenie drugiego przyjętego danym w roku pacjenta powinno być uzupełnione innym wyróżnikiem np. cyfrą (np. NN2 itd.).

Do historii choroby należy dołączać kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji, zwłaszcza kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego lub odnotowywać zawarte w niej informacje, ale tylko wtedy, gdy są istotne dla prowadzonej terapii (§6.3.).

Nie powinno się pochopnie włączać do historii choroby dokumentów medycznych zawierających nieistotne informacje. Zwłaszcza nie powinno się włączać do dokumentacji wewnętrznej, dostarczonych przez pacjenta, oryginałów.

Trzeba mieć na względzie to, że raz włączonego do dokumentacji indywidualnej dokumentu nie wolno z niej usunąć. (§6.4.) Co za tym idzie, nawet w przypadku, gdyby podmiot miał ograniczone możliwości magazynowania dokumentacji, to po włączeniu dokumentów nie będzie ich już mógł się z niej pozbyć.

Jak więc widać, gromadzenie przez lekarza wszelkich informacji, także nie związanych z procesem leczenia pacjenta realizowanym w danym podmiocie, może podwyższać koszty przechowywania dokumentacji.

Nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu należy wpisywać w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. (§7.1.) Numer statystyczny składa się z pięciu znaków. Po trzech pierwszych znakach, jako czwarty znak należy postawić kropkę. Jeżeli rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie to podaje się trzy znaki. (§7.2.)

Opieka nad kobietą ciężarną i noworodkiem

Nie jest tematem tego artykułu i wymaga osobnego omówienia.

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna to dokumentacja przeznaczona na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot, czyli przez gabinet lekarski. (§2.2.2.) Innymi słowy dokumentacja indywidualna zewnętrzna to zwykle dokumentacja wydawana pacjentowi.

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna prowadzona w gabinecie lekarskim to: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badania diagnostyczne lub konsultacje, karta przebiegu ciąży, zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.(§2.4.)

Wydając dokumentację indywidualną zewnętrzną należy w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej odnotować fakt tego wydania, lub załączyć kopię wydanej dokumentacji. (§2.5.)

Skierowanie na badanie lub konsultację zawiera: szczegółowe oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, szczegółowe określenie tożsamości pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację, inne informacje lub dane, w szczególności rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji, datę wystawienia skierowania, oznaczenie osoby kierującej na badanie lub konsultację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. (§ 9. 2. w zw. z §10.1.1 w zw. z §10.1.1 w zw. z art. 25.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[3] w zw. z §10.1.3.). Oprócz wymienionych informacji, które znajdują się w skierowaniu, osoba, która kieruje na

badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji. (§9.1.) Prawo nie określa formy, ani dokładniejszej treści tak przekazywanej informacji, tradycyjnie nazywa się ją czasem rozszerzonym skierowaniem. Po przeprowadzeniu badania lub konsultacji, podmiot je przeprowadzający przekazuje ich wyniki podmiotowi, który wystawił skierowanie. (§9.3.) W warunkach badania, lub konsultacji przeprowadzanych w ramach tego samego podmiotu medycznego realizacja tego obowiązku nie jest problemem, podobnie kiedy podmioty medyczne wiąże stała współpraca. Konfliktowa sytuacja może jednak mieć miejsce, kiedy przeprowadzający badanie lub konsultację, opłacone przez pacjenta, odmówiłby wydania jego wyniku osobie badanej.

Należy podkreślić, że powszechną praktyką jest wydawanie wyników badań osobie zainteresowanej, a nie podmiotowi zlecającemu. Brzmienie przepisu przemawiałoby za uznaniem takiej praktyki za niezgodną z prawem.

W rzeczywistości nie zwraca się na tę kwestię uwagi. Praktyka taka nie jest zwalczana przez organy kontrolujące podmioty. Za odstępieniem od interpretowania wymienionego wyżej przepisu zgodnie z jego literą, przemawia cel, dla którego został on ustanowiony. Jego celem jest zapewnienie informacji podmiotowi, który zajmuje się leczeniem pacjenta. Za kwestię drugorzędną można w tym przypadku uznać to, kto fizycznie dostarczy wynik. Generalnie istotne jest to, aby ostatecznie lekarz otrzymał informację niezbędną do leczenia pacjenta. Wyjątkowo, np. w przypadku lekarzy specjalistów, którzy udzielają porad na podstawie kontraktu z NFZ, zebranie w dokumentacji medycznej wszystkich wyników zleconych badań, może uniemożliwić otrzymanie zapłaty za poradę specjalistyczną. Jeżeli jednak nie zachodzi obawa o to, że sam zainteresowany nie dostarczy wyników badań odebranie ich przez pacjenta jest najprostszym rozwiązaniem.

Dokumentacja zbiorcza.

Każdy wpis, w dokumentacji zbiorczej powinien być opatrzony datą dokonania. (§11.) Każdy wpis w dokumentacji zbiorczej powinien być opatrzony również numerem kolejnym wpisu. (§.11) Powoływany przepis Rozporządzenia 1697 nie dotyczy co prawda gabinetów lekarskich, dotyczy zaś zakładów opieki zdrowotnej. Jeżeli jednak kontrakt z NFZ zobowiązuje lekarza do prowadzenia w gabinecie dokumentacji zbiorczej, to właściwe wydaje się zastosowanie §11 Rozporządzenia 1697 w drodze analogii i opatrzenia każdego wpisu datą dokonania i numerem kolejnym wpisu.

Niezwykle istotnym, choć pomijanym czasem przy prowadzeniu dokumentacji zbiorczej, obowiązkiem jest opatrywanie każdego wpisu w dokumentacji szczegółowym oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie i podpisem tej osoby. (§4.2. w zw. z §10.1.3.) Łatwą realizację obowiązku każdorazowego umieszczania w dokumentacji wymienionych informacji można zapewnić posługując się, zawierającymi wymagane dane pieczęciami, pod którymi osoba dokonująca wpisu składa podpis odręczny. Doradzamy składanie czytelnych podpisów.

Jeżeli lekarz wystawia recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, to ma on obowiązek prowadzić dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu. (§71a.1.)

Obowiązek ten został ustanowiony niedawno. Należy podkreślić, że dotyczy on wszystkich lekarzy, nie tylko tych, którzy podpisali jakikolwiek kontrakt z NFZ, wystawiających recepty dla siebie lub wymienionych wyżej członków rodziny.

Wykaz wystawionych recept może być prowadzony dla wszystkich wymienionych wyżej osób, lub odrębnie dla każdej z nich. (§71a.2. w zw. z §71a.1.). Wykaz taki powinien być opatrzony nazwiskiem i imieniem lekarza, który go prowadzi, oraz zawierać cały szereg wymienionych dalej danych.

Przede wszystkim powinien zawierać: numer kolejny wpisu i datę wystawienia recepty. Reszta danych to: imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego, postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci, dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce, ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego - nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia. Ponadto wykaz taki powinien zawierać sposób dawkowania w przypadku przepisania: ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 90-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania, leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową, leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową. (§71a.3.). Jeżeli lekarz prowadzi wykaz dla wszystkich chorych łącznie, to za każdym razem powinien zbierać i odnotowywać wszystkie opisane powyżej dane. Jeżeli jednak lekarz prowadzi wykaz odrębnie dla każdej osoby, to każdorazowo zobowiązany jest jedynie do odnotowania numeru kolejnego wpisu, wraz z datą wystawienia recepty. Jeżeli pozostałe dane nie uległy zmianie, to można je zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia). (§71a.4)

Znana jest nam praktyka, zgodnie z którą lekarz w gabinecie nie prowadzi opisanego wykazu, a członków rodziny, z punktu widzenia prowadzonej dokumentacji traktuje jak innych chorych i prowadzi dla nich po prostu historie choroby. Praktyka taka jest z prawnego punktu widzenia ryzykowna, jednak wydaje się zrozumiała. Jak do praktyki tej ustosunkuje się NFZ w przypadku ewentualnej kontroli - nie wiadomo.

W opisanym wykazie dopuszcza się odstępianie od wpisywania numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu.(§7.3 w zw. z §71.a.)

Oświadczenia w dokumentacji

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej należy dołączyć, lub zamieścić w niej trzy oświadczenia.

- W pierwszym pacjent deklaruje komu wolno udostępniać informacje o jego stanie zdrowia,
- w drugim pacjent deklaruje komu wolno udostępniać dotyczącą go dokumentację medyczną
- w trzecim, które w pewnych sytuacjach bywa zastąpione zezwoleniem sądu opiekuńczego, pacjent wyraża zgodę na czynności diagnostyczno-terapeutyczne o podwyższonym ryzyku. (§ 8.)

Forma dokumentacji

Prawodawca polski generalnie nie ogranicza formy prowadzenia dokumentacji medycznej. W załącznikach do rozporządzenia określono wzory tylko kilku formularzy. Znajdują one jednak zastosowanie w ratownictwie medycznym i położnictwie. Dla gabinetów lekarskich nie wprowadzono wzorów dokumentów medycznych. Należy zatem przyjąć, że dokumenty medyczne powinny być tworzone tak, aby znajdowały się w nich wszystkie wymagane przepisami informacje. Obecnie w większości podmiotów dokumentacja medyczna prowadzona jest głównie na papierze, może być ona prowadzona również w postaci elektronicznej (§ 1).

Co więcej od 1 sierpnia 2014 r. wszelkie podmioty lecznicze, w tym gabinety lekarskie zostaną zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej (art. 11.1 w zw. z art. 58 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657 ze zm.).

W nawiasach wskazano przepisy rozporządzenia 1697 (Dz. U. nr 252 z 2010 r. poz. 1697).

□

[1]Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

[2]Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.

[3]Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)