

Prowadzenie dokumentacji medycznej w lecznictwie ambulatoryjnym

dr nauk prawnych
Jakub Rzymowski¹

mgr prawa
Mateusz Kamiński²

¹ Współpracuje z Kancelarią Adwokacką „Eurokancelaria prof. Marii Królikowskiej Olczak”, specjalizuje się w prawie medycznym, prawie ochrony danych osobowych, prawie nowych technologii i prawie archiwalnym.

² Konsultant w Kancelarii Radcy Prawnego Marka Wnuka z Łodzi, specjalizuje się w prawie medycznym, prawie ochrony danych osobowych, prawie nowych technologii i prawie archiwalnym

P R A W O

Maintaining medical documentation concerning an ambulatory medicine

S U M M A R Y

This article is dedicated to maintaining medical documentation in clinic, both individual and consolidated. Maintaining documentation in compliance with the law reduces probability of litigations with supervisory bodies and if it is maintained in a detailed and reasoned way, it facilitates the argumentation in litigations.

Artykuł poświęcony jest prowadzeniu dokumentacji medycznej, zarówno indywidualnej, jak i zbiorczej w poradni. Prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z prawem zmniejsza prawdopodobieństwo sporów z organami kontrolnymi. Prowadzenie dokumentacji w sposób szczegółowy i przemyślany ułatwia argumentację w sporach sądowych.

Rzymowski J.: Prowadzenie dokumentacji medycznej w lecznictwie ambulatoryjnym. *Alergia*, 2012, 2: 36-41

Podstawowym aktem prawnym regulującym prowadzenie dokumentacji medycznej w lecznictwie ambulatoryjnym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. [1] Ten akt prawny został wydany jeszcze w okresie obowiązywania ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 nr 91, poz. 408 ze zm.). Stąd też używano w nim jeszcze sformułowania „zakład opieki zdrowotnej”. Po wydaniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654 ze zm.) termin ten odpowiada pojęciu „przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego”. Niniejszy artykuł

dotyczy prowadzenia dokumentacji medycznej w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, w których udzielane są świadczenia ambulatoryjne. W dalszej części tekstu przedsiębiorstwa te będą nazywane „poradniami”.

W każdej poradni należy prowadzić dokumentację indywidualną i dokumentację zbiorczą. (§2.1). W Polsce zasady prowadzenia dokumentacji medycznej są ściśle regulowane przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Inaczej niż w niektórych krajach Europy Zachodniej, w których zasady dokumentowania przebiegu leczenia są określane w umowach przez instytucje ubezpieczeniowe, a nie przez państwo. W naszym kraju prowadzenie dokumentacji medycznej, wbrew określonym w rozporządzeniu zasadom, jest naruszeniem prawa. Takie naruszenia przepisów stosunkowo łatwo wykryć. Stąd też właśnie pracownicy organów uprawnionych do kontroli podmiotów leczniczych bardzo często skupiają się na kontroli dokumentacji medycznej pod względem formalnym.

Dokumentacja indywidualna to dokumentacja, która dotyczy poszczególnych pacjentów. (§2.1.1.) Przykładem dokumentacji indywidualnej jest historia zdrowia i choroby. (§2.3.1.)

Dokumentacja zbiorcza to dokumentacja, która dotyczy ogółu pacjentów, lub grup pacjentów. (§2.1.2.) Przykładem dokumentacji zbiorczej jest księga przyjęć. (§40.3.a.)

Dokumentacja indywidualna z kolei dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną i dokumentację indywidualną zewnętrzną. (§2.2.)

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

To najczęściej przez lekarza spotykany i tworzony rodzaj dokumentacji. Dotyczy ona poszczególnych pacjentów. Sporządza się ją na potrzeby podmiotu leczniczego. Przykłady dokumentacji indywidualnej wewnętrznej to: historia zdrowia i choroby; historia choroby, karta noworodka; karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej; karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego. (§2.3.) Oczywiście tworzy się wyłącznie dokumenty związane z prowadzoną przez podmiot działalnością.

I tak: poradnia sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby. (§ 40.)

Historię zdrowia i choroby należy założyć przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w poradni. (§41.1.) Dopuszczalne jest zakładanie historii zdrowia i choroby w poszczególnych komórkach organizacyjnych. (§41.2.) Zwykle ma to miejsce w poradniach wielospecjalistycznych i zabezpiecza przed prowadzeniem tej samej historii choroby przez lekarzy o różnych specjalnościach (na przykład pulmonologa i ortopedę).

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 indywidualnej jak i w zbiorczej powinien być opatrzony datą dokonania. (§10.1.4., §11.) Każdy wpis w dokumentacji zbiorczej powinien być opatrzony również numerem kolejnym wpisu. (§.11)

Podobnie, strony w dokumentacji powinny być ułożone chronologicznie i ponumerowane. (§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 leczniczych. 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 poradniach takie dodatkowe dokumenty medyczne są doklejane (doszywane) do dokumentacji. Jest to rozwiązanie wygodne dla pracowników medycznych leczących pacjenta. W niektórych poradniach takie dokumenty dodatkowe są przechowywane osobnych kopertach dołączanych do teczki 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.

Niezwykle istotnym, choć pomijanym czasem przy prowadzeniu dokumentacji zbiorczej, obowiązkiem jest opatrywanie każdego wpisu w dokumentacji informacjami dotyczącymi dokonującej wpisu osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, lub kierującej na badanie, konsultację lub leczenie. Informacje te to: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu (lekarze, pielęgniarki i położne), podpis. (§4.2. w zw. z §10.1.3.) (Dalej informacje te nazywamy szczegółowym oznaczeniem tożsamości.)

Obowiązek każdorazowego umieszczania w dokumentacji wymienionych informacji można bardzo łatwo zrealizować posługując się, zawierającymi wymagane dane pieczęciami, pod którymi osoba dokonująca wpisu składa podpis odręczny.

Doradzamy składanie czytelnych podpisów. Podobnie w dokumentacji indywidualnej, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych powinno być sporządzone równie szczegółowo. (§10.1.3.)

Na każdej stronie dokumentacji indywidualnej musi być umieszczone 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.) Należy zwrócić uwagę, że pacjentów o nieznanym tożsamości może się pojawić w jednym roku więcej niż jeden. To zaś skłania do dodania do oznaczenia NN np. dodatkowego oznaczenia cyfrowego (np. NN1, 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., §42.6).

Nie powinno się pochopnie włączać dokumentów medycznych zawierających nieistotne informacje do historii choroby. 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.)

Oznaczanie podmiotu

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

Składa się na nie: nazwa podmiotu, adres podmiotu, wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - numer księgi rejestrowej w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nazwa jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - 2-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej tego podmiotu, nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - kod identyfikujący komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej tego podmiotu. (§10.1. oraz nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania - § 2, § 6.1 i § 8.1 (Dz. U. 2012, poz. 594). Dane te dalej nazywamy szczegółowym oznaczeniem podmiotu. Analogicznie powinien być oznaczony podmiot w dokumentacji zbiorczej. (§11. w zw. z §10.1.)

Oznaczenie pacjenta

Pozwala na ustalenie jego tożsamości. Należy tu umieścić, dotyczące pacjenta: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, jeżeli pacjentowi nie nadano numeru PESEL, to rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość – np. paszportu, w przypadku noworodka – numer PESEL matki noworodka, w przypadku dziecka do 1 roku życia – także numer 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 określeniem tożsamości pacjenta wynikającym z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw 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)[2].

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.)

Informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

Zależne są one od rodzaju sporządzanego dokumentu. Są to informacje takie jak: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich, informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach. (§10.5.). Lekarz może oczywiście odnotowywać inne, dotyczące pacjenta informacje, jeżeli uważa że powinny one znaleźć się w danym dokumencie medycznym, musi zaś je odnotowywać, jeżeli obowiązek taki wynika z odrębnych przepisów. (§10.5., §11., §10.6.)

Poza wymienionymi wyżej informacjami identyfikującymi podmiot, lekarza, pacjenta oraz samymi wpisami, historia choroby zawiera jeszcze 3 grupy informacji. Pierwsza grupa to informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, druga to informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, trzecia to informacje dotyczące opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych. (§42.1.) Wspomniane grupy informacji, zwłaszcza dwie pierwsze bywają czasem określane mianem rozszerzonego wywiadu lekarskiego. Stosownie do profilu działalności podmiotu, pewne informacje będą gromadzone, innych zaś po prostu nie będzie w dokumentacji z powodu niewykonywania danych świadczeń.

Dane dotyczące ogólnego stanu zdrowia

W części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów należy odnotowywać informacje o: przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych (§42.3.).

Doradzamy by w historii choroby, sporządzający ją lekarz pozostawiał wpisy, z których wynika, że próbował uzyskać wymienione informacje. Wpisy takie mogą w razie sporu pomóc w wykazaniu należytej staranności lekarza.

Porady ambulatoryjne lub wizyty domowe

W części dotyczącej, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych należy odnotowywać: 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 orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy, szczegółowe oznaczenie tożsamości lekarza, w sposób wyżej opisany. (§42.4.)

Opieka środowiskowa

W części dotyczącej opieki środowiskowej, jeżeli takowa była świadczona, należy umieścić: opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oraz równie detaliczne, jak opisane powyżej szczegółowe oznaczenie tożsamości pielęgniarki środowiskowej lub położnej. (§42.5.)

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,[3] w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia. (§ 42. 2.) Chodzi tu o 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.

Opieka nad kobietą ciężarną

Jeżeli podmiot sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną, to powinien prowadzić karty przebiegu ciąży, które poza wymienionymi wyżej informacjami identyfikującymi podmiot, lekarza, pacjenta i wpis zawierają dodatkowo 2 grupy informacji. Pierwsza grupa to informacje o ogólnym stanie zdrowia, zaś druga to informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych. (§43.1. w zw. z § 10.1.1-4) Można przyjąć, że karta przebiegu ciąży stanowi specyficzny rodzaj historii zdrowia i choroby. Należy w niej bowiem odnotować informacje, które w historii choroby zawarte są w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, czyli informacje o: przebytych chorobach, chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych.(§43.1 w zw. z §42.3.) Dodatkowo w tej części karty przebiegu ciąży należy odnotować oznaczenie grupy krwi, datę ostatniej miesiączki, przybliżony termin porodu, wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży, wzrost, liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych, czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych, opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży, datę rozpoznania ciąży - datę pierwszej wizyty w związku z ciążą, wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę. (§43.2.) W karcie przebiegu ciąży należy również odnotowywać informacje, które w historii choroby gromadzone są w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, a dodatkowo: każdorazowo wynik pomiaru masy ciała, dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej. (§43.3. w zw. z §42.4.)

Dokumentacja zbiorcza

W poradni udzielającej świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych należy prowadzić, stosownie do wykonywanych świadczeń, następujące rodzaje dokumentacji zbiorczej: księgę przyjęć, kartoteki środowisk epidemiologicznych, księgi pracowni diagnostycznych, księgi zabiegów (prowadzone odrębnie dla każdego gabinetu

zabiegowego), księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej. (§ 40.3.)

- **Księga przyjęć** powinna być opatrzona numerem księgi (§44), z czego wnosimy, że po zakończeniu takiej księgi zakładamy następną, o kolejnym numerze. W praktyce w niektórych podmiotach księgę o nowym numerze zakłada się z początkiem każdego roku kalendarzowego, zaś w czasie trwania roku, księgę, jeżeli względy kancelaryjne tego wymagają dzieli się na tomy. Rozwiązanie to znajduje częściowo uzasadnienie we wymienionym wyżej przepisie.

Księga przyjęć zawiera opisane wyżej (dla dokumentacji indywidualnej) szczegółowe oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko oraz numer PESEL - jeżeli został nadany, jeżeli nie został nadany to serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w jego braku również i tu serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a ponadto adres miejsca zamieszkania pacjenta. Ponadto księga przyjęć zawiera szczegółowe (opisane wyżej) oznaczenie tożsamości osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu. (§44 w zw. z § 10.1.3.a-d)

- **Księga pracowni diagnostycznej** powinna być opatrzona szczegółowym oznaczeniem podmiotu. Przy realizacji tego obowiązku należy zwrócić uwagę na fakt, że pracownie diagnostyczne bywają jednostkami organizacyjnymi. W księdze pracowni diagnostycznej odnotowywać należy: numer kolejny pacjenta w księdze, datę wpisu i datę wykonania badania, imię i nazwisko, adres miejsca zamieszkania pacjenta, numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a jeżeli pacjentowi, lub matce noworodka nie nadano numeru PESEL to serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie – jeżeli badanie zlecono w ramach podmiotu, jeżeli zaś zlecił je inny podmiot to także szczegółowe oznaczenie tego podmiotu, adnotacje o rodzaju badania, szczegółowe oznaczenie tożsamości lekarza zlecającego badanie, oraz szczegółowe oznaczenie tożsamości osoby wykonującej badanie. Z tym, że oznaczenie osoby wykonującej badanie powinno być możliwie dokładne, jednak z przepisów wynika, że może być ono mniej dokładne od szczegółowego oznaczenia lekarza, bowiem w przypadku osoby nie będącej lekarzem, podanie niektórych danych jest po prostu niemożliwe. (§ 47. w zw. z § 36. w zw. z §10.1.1 w zw. z 10.1.3.a-d w zw. z § 10.1.3)
- **Księgę zabiegów** należy prowadzić osobno dla każdego gabinetu zabiegowego. (§40.3.) Księga zabiegów zawiera: szczegółowe oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta w księdze, datę wykonania zabiegu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka — numer PESEL matki, gdy braku numeru PESEL to należy odnotować serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Ponadto w księdze zabiegów odnotowuje się szczegółowe oznaczenie tożsamości lekarza zlecającego zabieg, jeżeli zaś zlecającym jest inny podmiot to również szczegółowe oznaczenie tego podmiotu, rodzaj zabiegu i jego przebieg, oraz na tyle na ile to jest możliwe szczegółowe oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie (§48. w zw. z §32 w zw. z §10.1.1. w zw. z §10.1.3.a-d. w zw. §10.1.1 w zw. z §.1.3.)
- Kolejny dokument zbiorczy to **kartoteka środowisk epidemiologicznych**. Odnotowuje się w niej: szczegółowe oznaczenie podmiotu, szczegółowe określenie tożsamości pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto w dokumencie tym trzeba odnotować: oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres, dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i

imiona oraz daty urodzenia, ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta. (§ 45. w zw. z §10.1.1w zw. z art. 25.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)[4]

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna

Sporządzana przez poradnię to: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska. (§2.4., §40.2. w zw. z §2.4.1-4.)

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[5] 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 wiążą stały kontakt. Konfliktowa sytuacja może się jednak pojawić, 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 odstępniem od interpretowania wymienionego wyżej przepisu zgodnie z jego literą, przemawiają 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. Nierzadko zresztą dokonanie tego przez samego zainteresowanego leczeniem jest rozwiązaniem najprostszym i gwarantuje szybkie przekazanie informacji.

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Kolejnym dokumentem zbiorczym, którego prowadzenie zostało uregulowane w przepisach prawa jest lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Z przepisów rozporządzenia nie wynika, że taką listę powinny prowadzić wszystkie podmioty lecznicze. Ten akt prawny nakłada taki obowiązek na poradnie przyszpitalne, w których udzielane są porady ambulatoryjne (§ 39). Samo rozporządzenie nie zobowiązuje

innych podmiotów udzielających takich porad do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Założenie jednak, że listy oczekujących w lecznictwie ambulatoryjnym powinny prowadzić wyłącznie poradnie przyszpitalne jest błędne. Wiele podmiotów udziela porad ambulatoryjnych na podstawie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W takim przypadku również należy prowadzić listy oczekujących. Zobowiązuje do tego art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych[6].

Oczywiście taka lista oczekujących określa kolejność udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Co za tym idzie w poradniach przyszpitalnych prowadzonych przez prywatne podmioty lecznicze, które podpisały kontrakt z NFZ na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych, ale poza tym w poradniach tych udzielają świadczeń za opłatą dokonywaną przez samych pacjentów, może zaistnieć potrzeba prowadzenia dwóch list oczekujących. Jedna z nich będzie listą oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, druga zaś będzie listą pacjentów leczonych za wnoszoną przez nich opłatą.

Określenie przez prawodawcę obowiązków prowadzenia listy oczekujących w więcej niż jednym akcie prawnym rodzi pytanie o to, czy kategorie danych, które powinny być zbierane zgodnie z jednym z nich są takie same, jak określone w drugim akcie prawnym. Tak jak już wspomniano z rozporządzenia wynika, iż lista oczekujących powinna być prowadzona w poradniach przyszpitalnych udzielających porad ambulatoryjnych. Lista taka jest to dodatkowy dokument zbiorczy. Zawiera on: szczegółowe oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta, datę i godzinę dokonania wpisu, rozpoznanie lub powód przyjęcia, oznaczenie pacjenta, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem, termin udzielenia świadczenia zdrowotnego, datę i przyczynę skreślenia, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu. Należy zwrócić uwagę, że oznaczenie pacjenta zawiera tu nieco węższy zakres danych, aniżeli wymagany jest w innych powoływanych przepisach (w tym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Należy tu zatem odnotować nazwisko i imię (imiona) pacjenta, jego adres miejsca zamieszkania oraz 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. (§39 w zw z §28 w zw. z §10.1.1 w zw z art. 25.1.a, d, e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[7] oraz ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych). Lista oczekujących prowadzona z uwzględnieniem powyższych uwag będzie również spełniała wymogi ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Taki dokument medyczny powinien być tworzony nie tylko w poradniach przyszpitalnych udzielających porad ambulatoryjnych, ale we również wszystkich innych podmiotach, które udzielają takich świadczeń na podstawie kontraktu z NFZ.

Jeżeli poradnia świadczy usługi w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, to ma obowiązek prowadzenia księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej. (§40.3.) Pewien problem wynika jednak w tym przypadku z faktu, że prawodawca nakazał prowadzić taką księgę, a nie wskazał zakresu danych, jakie należy w niej gromadzić. Teoretycznie należałoby w takim wypadku zastosować §11., z którego wynika jakie dane należy gromadzić w dokumentacji zbiorczej, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej. (§11) Przepis ten ustanawia ogólne zasady dla prowadzenia dokumentacji zbiorczej, zaś przepisy określające jak prowadzić poszczególne dokumenty zbiorcze mają charakter wyjątków. Przyjąwszy przedstawione rozumowanie, należałoby gromadzić w takiej księdze

następujące dane: szczegółowe oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, szczegółowe oznaczenie tożsamości osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, datę dokonania wpisu, oraz „jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych”. (§ 40.3. w zw. z §11 w zw. z §10.1.1 w zw. z §10.1.3.a-d) Wymieniony zakres danych wydaje się zbyt wąski. Znamy praktykę, zgodnie z którą w przedmiotowej księdze odnotowuje się nieco więcej danych. Z uwagi na pewną zbieżność świadczeń, wskazówki w zakresie zbieranych kategorii danych bywają czerpane z §27.1., który określa jakie dane należy gromadzić w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć. Przepis ten nie powinien znajdować zastosowania w analizowanej sytuacji. Zwracamy jednak uwagę na fakt, że §11 zarysowuje zakres zbieranych danych w sposób nieostry, dopuszcza on bowiem, poza wymienionymi danymi, zbieranie istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych, o ile wynika to z przeznaczenia dokumentacji. Należy zatem uznać, że dopuszczalne jest zbieranie w księdze porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej dodatkowo również innych danych niż tylko tych, wymienionych w §11.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

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.)

Kończąc wypada zaznaczyć, że obecnie 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 leczenia ambulatoryjnym nie wprowadzono wzorów dokumentów medycznych. Założono bowiem, iż najistotniejsza w tym przypadku jest treść, a nie forma dokumentów. W konsekwencji należy przyjąć, iż powinny być one tworzone tak, aby znajdowały się w nich wszystkie wymagane przepisami informacje. Obecnie w większości podmiotów dokumentacja medyczna prowadzona jest głównie na papierze. Trzeba jednak dodać, że może być ona prowadzona również w postaci elektronicznej (§ 1). Co więcej od 1 sierpnia 2014 r. wszelkie podmioty lecznicze 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 wskazanego w przypisie 1 (Dz. U. nr 252 z 2010 r. poz. 1697). □

[1] Dz. U. nr 252 z 2010 r. poz. 1697

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

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

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

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

[6] Dz. U. z 2004 r. nr 135, poz. 2010 ze zm.

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

Adresy autorów:

Jakub Rzymowski: rzym@prawokomputerowe.pl

Mateusz Kamiński: kaminski@prawokomputerowe.pl

Pracę nadesłano. 2012.06.17

Zaakceptowano do druku. 2012.07.02

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)