PRACE NAUKOWE
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
RESEARCH PAPERS
of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania

Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn
Marek Łyszczak
Dariusz Wasilewski

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiejkolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp 9

Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej) 13

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych 26

Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy 35

Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych 45

Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu)..... 54

Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym..... 65

Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przesiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg" S.A.) 76

Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej 84

Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze

Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego) 97

Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego 109

Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012..... 119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej 130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali..... 147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego 158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem 168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej 177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy 185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach..... 194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim 218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public healthcare units into capital companies (against the background of the act on medical activities)..... 25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change..... 34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare − theoretical framework of analysis 44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations 53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec)..... 64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks 75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study − "Kołobrzeg spa S.A.")..... 83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics 93

Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities by health care entities

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities 108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation..... 118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012 129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity 146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes 157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue 167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management 176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system 184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities 193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries..... 217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship 226

PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU
RESEARCH PAPERS OF WROCŁAW UNIVERSITY OF ECONOMICS nr 319 • 2013

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce
Nowe wyzwania
ISSN 1899-3192

Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ŚWIETLE NOWYCH REGULACJI PRAWNYCH

Streszczenie: Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, każdy podmiot leczniczy zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej swoich pacjentów. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest także ochrona danych zawartych w tego rodzaju dokumentacji. Informacje o stanie zdrowia pacjentów podlegają szczególnej ochronie prawnej, ponieważ zaliczane są do kategorii danych osobowych wrażliwych. W artykule zaprezentowano zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych w kontekście obowiązujących uregulowań prawnych. Autorzy charakteryzują skład i podział dokumentacji medycznej, zwracając szczególną uwagę na możliwe formy prowadzenia tej dokumentacji – papierową oraz elektroniczną. Omówione zostały także zasady udostępniania dokumentacji medycznej upoważnionym podmiotom.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, podmiot leczniczy, elektroniczna dokumentacja medyczna.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.04

1. Wstęp

Dokumentacja medyczna jest istotnym elementem działalności placówek opieki zdrowotnej. Każda jednostka prowadząca działalność leczniczą jest zobowiązana do prowadzenia, a także przechowywania dokumentacji medycznej swoich pacjentów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[1]. Dokumentacja zawiera istotne informacje o stanie zdrowia pacjenta, należące do danych osobowych wrażliwych[2], które objęte są szczególną ochroną zgodnie z ustawą

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2010, nr 252, poz. 1697).

[2] J. Jasłowski, *System informacyjny jako narzędzie niezbędne do prowadzenia racjonalnej polityki ochrony zdrowia na poziomie regionalnym*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Ochrona zdrowia w regionie*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2005, s. 282.

z dnia 29 października 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie danych osobowych oraz niektórych innych ustaw[3].

Podmioty lecznicze powinny zarządzać dokumentacją medyczną w taki sposób, aby gwarantować sprawny proces obiegu tworzonej dokumentacji, zabezpieczać przed zniszczeniem, sfałszowaniem i dostępem osób trzecich, nieupoważnionych, a także zapewniać archiwizację zgodną z ustalonymi wymogami. Dostęp do osobistej dokumentacji medycznej przysługuje każdemu pacjentowi. Udostępnianie dokumentacji następuje zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[4].

2. Podział dokumentacji medycznej

2.1. Indywidualna dokumentacja medyczna

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, dokumentację medyczną stanowi dokumentacja indywidualna, odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, oraz dokumentacja zbiorcza obejmująca ogół pacjentów lub określone grupy pacjentów, którym udzielane są świadczenia[5]. Ustawodawca wyróżnił dwa rodzaje dokumentacji indywidualnej:

– dokumentację indywidualną wewnętrzną – prowadzoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń, którą stanowią w szczególności: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej oraz karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego; tym samym, indywidualna dokumentacja wewnętrzna została poszerzona o pięć pozycji, bowiem poprzednie rozporządzenie Ministra Zdrowia[6] nakładało na udzielających świadczeń obowiązek prowadzenia jedynie historii zdrowia i choroby oraz historii choroby; warte uwagi jest pojawienie się odrębnej dokumentacji nowo narodzonego dziecka – do tej pory informacje dotyczące noworodka uwzględniane były w dokumentacji medycznej matki;
– dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego z udzielanych przez podmiot świadczeń zdrowotnych; w tym miejscu ustawodawca nie wprowadził żadnych zmian i wzorem uprzedniego rozpo-

[3] Ustawa z dnia 29 października 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie danych osobowych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2010, nr 229, poz. 1497).

[4] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2009, nr 52, poz. 417 ze zm.).

[5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.…, § 2, pkt 1.

[6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2006, nr 247, poz. 1819), § 12.

rządzenia wyróżnił: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badania diagnostyczne lub konsultację, zaświadczenie, orzeczenie i opinię lekarską oraz kartę przebiegu ciąży i kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

2.2. Zbiorcza dokumentacja medyczna

Poza indywidualną dokumentacją medyczną, każdy podmiot leczniczy prowadzi dokumentację zbiorczą, odnoszącą się do ogółu pacjentów lub do poszczególnych grup pacjentów. Dokumentację wewnętrzną zbiorczą stanowią:
- księga główna przyjęć i wypisów,
- księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
- listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
- księgi chorych oddziału,
- księga raportów lekarskich,
- księga raportów pielęgniarskich,
- księga zabiegów,
- księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
- księga bloku porodowego albo sali porodowej,
- księga noworodków,
- księga pracowni diagnostycznej.

3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, oprócz wytycznych dotyczących zawartości dokumentacji medycznej, dokładnie określa sposób jej prowadzenia. Według nowych regulacji, zapisy w dokumentacji powinny być dokonywane w sposób czytelny i chronologiczny. Ustawodawca nakłada na udzielających świadczeń zdrowotnych obowiązek dokonania wpisu niezwłocznie po zakończeniu udzielania świadczenia, co do tej pory nie było wymagane. Każdy wpis w dokumentacji winien być opatrzony nie tylko podpisem osoby udzielającej świadczenia, ale również jej imieniem i nazwiskiem, tytułem zawodowym, specjalizacją oraz numerem prawa wykonywania zawodu. Wpis w dokumentacji medycznej nie może zostać usunięty nawet, jeżeli został dokonany błędnie. Ustawodawca dopuszcza w takim przypadku jedynie dokonanie adnotacji o popełnieniu błędu, z podaniem jego przyczyny, daty oraz oznaczeniem osoby dokonującej adnotacji. Kolejną zmianą jest umieszczenie w rozporządzeniu przepisu nakładającego na podmioty udzielające świadczeń obowiązku numeracji stron dokumentów medycznych. Dotychczas ustawodawstwo wymagało jedynie prowadzenia dokumentacji w sposób chronologiczny. Nowe przepisy ograniczają w ten sposób ryzyko zagubienia części dokumentacji. Ponadto, w przypadku dokumentacji indywidualnej, każda ze stron powinna zostać opatrzona imieniem i nazwiskiem pacjenta, by zapobiec przemieszaniu się

jej z dokumentacją innych pacjentów. Dokumentacja w podmiotach leczniczych powinna być prowadzona szczególnie rzetelnie. Nieczytelna czy niepełna dokumentacja może przyczynić się do powstania problemów w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Płatnik może kwestionować wykonanie świadczenia i jego zasadność w momencie, gdy wpis w dokumentacji jest nieczytelny. Dokumentacja dotycząca pacjenta powinna być również uzupełniana każdego dnia jego pobytu w szpitalu, bowiem w przypadku nieudokumentowanego pobytu pacjenta w szpitalu Narodowy Fundusz Zdrowia może kwestionować zasadność hospitalizacji. Brak adnotacji o udzielanym świadczeniu oraz nieczytelność wpisu mogą być również powodem odrzucenia dokumentacji jako dowodu w sprawie o odszkodowanie, wytoczonej podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych przez pacjenta.

4. Formy dokumentacji medycznej

4.1. Dokumentacja medyczna w formie papierowej

Zarządzanie dokumentacją medyczną stanowi istotny problem w podmiotach leczniczych. W większości placówek dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie pisemnej. Zazwyczaj pisemną formę dokumentacji medycznej sporządza się tylko w jednym egzemplarzu, co ma niekorzystny wpływ na ciągłość opieki. Dostępność do danej dokumentacji w określonym momencie, możliwa jest tylko w jednej komórce organizacyjnej, w wyniku czego konsultacja pacjentów w innej komórce, w przypadku potrzeby równoległej, jest znaczenie utrudniona. Kolejnych wpisów w dokumentacji dokonuje się w porządku chronologicznym oraz opatruje się je podpisem. Zaleca się, by dokumentacja medyczna umożliwiła identyfikację nie tylko pacjentów, których dotyczy, ale również osób dokonujących wpisów.

4.2. Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej

Obecne regulacje prawne umożliwiają prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Niewątpliwie zapis na informatycznych nośnikach danych znacznie ułatwia pracę personelowi medycznemu oraz umożliwia dostęp do informacji w kilku miejscach jednocześnie. Zarządzanie dokumentacją medyczną poprzez wprowadzenie zapisów w postaci elektronicznej znacznie usprawnia więc proces wymiany informacji w ramach zespołu jednostek czy jednostki[7]. Zarządzanie dokumentacją medyczną, mające bardzo ważne znaczenie dla każdego podmiotu leczniczego, powinno być prowadzone w sposób szybki, umożliwiający pełny dostęp oraz czytelny zapis. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz

[7] M. Furtak, *Zarządzanie indywidualną dokumentacją medyczną w zakładach opieki zdrowotnej*, s. 9, http://web.ae.katowice.pl/stanley/konferencja/pdf/Furtak.pdf (26.11.2012).

sposobu jej przetwarzania, zbiory dokumentacji medycznej mogą być utrwalane i sporządzane na nośnikach informacji komputerowych pod warunkami:

1. Zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji.
2. Zabezpieczenia zbioru informacji przed uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą.
3. Zabezpieczenia przed dostępem osób nieupoważnionych.
4. Rejestrowania historii zmian ich autorów.

Przepisy aktualne rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, obowiązujące od 1 stycznia 2011 roku, stanowią, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie elektronicznej, jeżeli:

– będzie dostatecznie zabezpieczona przed utratą lub kradzieżą,
– zachowany zostanie stały dostęp do niej osób upoważnionych oraz zostanie zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych,
– system informacyjny zostanie dodatkowo wyposażony w źródła zasilania, dzięki którym zachowana będzie ciągłość dokumentów; podłączona musi być też drukarka, aby w każdej chwili, niezależnie od pory dnia, można było wydrukować potrzebne dokumenty,
– zachowane zostaną integralność oraz wiarygodność dokumentów,
– będzie możliwe udostępnianie w postaci elektronicznej w formatach XML i PDF całości dokumentacji lub jej części albo eksport całej dokumentacji medycznej w formacie pliku XML do innego systemu teleinformatycznego, w taki sposób, aby było możliwe jej ponowne odtworzenie w nowym systemie przy zachowaniu bezpieczeństwa i poufności danych,
– zostanie zapewniona identyfikacja osoby udzielającej świadczenia medycznego, dokonującej wszelkich zmian w dokumentach, przez podanie jej danych personalnych, tytułu zawodowego, specjalizacji oraz numeru prawa do wykonywania zawodu,
– zapewniona zostanie możliwość wykonywania wydruków dokumentacji medycznej w formach, które określają przepisy przywoływanego rozporządzenia[8].

Zarządzanie dokumentacją medyczną w formie elektronicznej polega na zapisie danych na informatycznym nośniku w taki sposób, który będzie zapewniał sprawdzenie jej integralności, możliwości potwierdzenia podpisu elektronicznego, danych identyfikujących, a także odczytanie wszystkich informacji, które zostały zawarte w dokumentacji medycznej do momentu zakończenia przechowywania tej dokumentacji. Udostępnianie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, następuje poprzez:

1. Przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją.
2. Dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji.

---

[8] Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej, http://www.portaldentystyczny.pl/lekarz/kasa_fiskalna_inne/dokumentacja/art5.html (26.11.2012).

3. Przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

Dokumentację, która prowadzona jest w postaci elektronicznej, udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych pacjentów.

Do głównych zalet prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zaliczyć należy:

1. Przyspieszenie wymiany informacji.
2. Znaczna poprawa jakości obsługi pacjenta.
3. Poprawa bezpieczeństwa przechowywania dokumentacji.
4. Ułatwienie obsługi rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Obniżenie kosztów prowadzenia dokumentacji, w tym skrócenie czasu pracy personelu medycznego i administracyjnego oraz minimalizacja kosztów prowadzenia archiwum[9].

5. Udostępnianie dokumentacji medycznej

Informacje o stanie zdrowia rozpatrywane są jako szczególny zbiór danych osobowych. Podlegają więc zaostrzonemu rygorowi pod względem ochrony prawnej, gdyż zaliczane są do danych osobowych wrażliwych. Gwarancja szczególnej ochrony dokumentacji medycznej zawarta jest w ustawie z dnia 29 października 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie danych osobowych oraz niektórych innych ustaw. Ustawa zabrania przetwarzania danych o stanie zdrowia pacjenta, jak również o jego nałogach, kodzie genetycznym lub życiu seksualnym. Zasadę ochrony danych osobowych reguluje także art. 51 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku[10].

Dokumentacja medyczna jest własnością podmiotu leczniczego. Pacjent ma jednak prawo żądać od placówki medycznej udostępnienia informacji o stanie zdrowia. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dokumentacja medyczna może być udostępniona następującym podmiotom:

– pacjentowi po uprzednim okazaniu dowodu tożsamości,
– przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem swojego dowodu osobistego oraz dokumentu potwierdzającego opiekę ustawową,
– osobie upoważnionej przez pacjenta, posiadającej pisemne upoważnienie pacjenta,
– organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań,

---

[9] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (DzU z 2011, nr 113, poz. 657, ze zm.), art. 3, pkt 1; A. Sieńko, *Czy ZOZ może prowadzić dokumentację medyczną tylko w formie elektroniczej?*, „ Menedżer Zdrowia" 2007, nr 5, s. 76.

[10] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (DzU z 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.), art. 51.

– sądom, prokuraturze, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
– organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności i organom rentowym w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
– podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
– zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
– lekarzowi, pielęgniarce lub położnej w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia,
– innym upoważnionym podmiotom.

Istnieje również możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania do celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

W przypadku zgonu pacjenta podmiotem, który ma dostęp do dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiocie leczniczym, jest osoba upoważniona przez pacjenta do wglądu w dokumentację. Do historii zdrowia i choroby, prowadzonej w szpitalu oraz w placówkach udzielających świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, dołącza się:

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, jak również dane umożliwiające kontakt z tą osobą.
2. Pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

Artykuł 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyróżnia następujące formy udostępniania dokumentacji medycznej:
– udostępnienie dokumentacji do wglądu w placówce udzielającej świadczeń zdrowotnych,
– sporządzenie jej kopii, wyciągów bądź odpisów,
– wydanie oryginału pod warunkiem pokwitowania odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony podmiot wymaga udostępnienia oryginałów dokumentacji.

Medyczną dokumentację indywidualną udostępnia się po przedłożeniu przez pacjenta, którego dotyczy, osoby upoważnionej lub przedstawiciela pisemnego wniosku. Wniosek jest rozpatrywany na podstawie wewnętrznych przepisów placówki, do której dany wniosek napłynął. Cały proces udostępniania dokumentacji powinien następować w trybie, który zapewnia zachowanie ochrony danych osobowych i poufności. Odmowa wydania dokumentów musi być przedstawiona w formie pisemnej wraz z podaniem przyczyny. Kopie, odpisy czy wyciągi dokumentacji medycznej wydawane są najczęściej po uiszczeniu opłaty (zgodnie z art. 28 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia

6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podmioty, które uprawnione są do wglądu do dokumentacji medycznej pacjentów, powinny zostać poinformowane o opłacie pobieranej przez placówkę. Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

6. Podsumowanie

Dokumentacja medyczna jest specyficznym zbiorem informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów. Stanowi ona istotny element funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz nierzadko wpływa na jakość procesu leczenia pacjenta. Z tego względu, dokumentacja medyczna wymaga oddzielnych, szczegółowych regulacji prawnych.

Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące dokumentacji medycznej, z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zawiera zarówno przepisy ogólne, jak i szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji przez podmioty lecznicze, w tym m.in. informacje na temat przechowywania i udostępniania dokumentacji. W nowym rozporządzeniu zawarte są również szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji w sposób elektroniczny, co znacząco usprawni proces leczenia pacjenta. Powszechny dostęp do danych drogą elektroniczną ułatwi nie tylko pracę lekarzom, którzy będą mogli łatwiej monitorować stan pacjentów, ale również usprawni przepływ informacji pomiędzy różnymi placówkami w celu konsultacji oraz kontynuacji leczenia.

Literatura

Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej, http://www.portaldentystyczny.pl/lekarz/kasa_fiskalna_inne/dokumentacja/art5.html (26.11.2012).

Furtak M., *Zarządzanie indywidualną dokumentacją medyczną w zakładach opieki zdrowotnej*, http://web.ae.katowice.pl/stanley/konferencja/pdf/Furtak.pdf (26.11.2012).

Jasłowski J., *System informacyjny jako narzędzie niezbędne do prowadzenia racjonalnej polityki ochrony zdrowia na poziomie regionalnym*, [w:] *Ochrona zdrowia w regionie*, A. Frączkiewicz-Wronka (red.), Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2005.

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (DzU z 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2006, nr 247, poz. 1819).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2010, nr 252, poz. 1697).

Sieńko A., *Czy ZOZ może prowadzić dokumentację medyczną tylko w formie elektroniczej?*, „Menedżer Zdrowia" 2007, nr 5.

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (DzU z 2011, nr 113, poz. 657 ze zm.).

Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie danych osobowych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2010, nr 229, poz. 1497).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2009, nr 52, poz. 417, ze zm.).

PRINCIPLES OF MEDICAL DOCUMENTATION MANAGEMENT IN THE LIGHT OF NEW LEGISLATIVE REGULATIONS

Summary: According to the Act of 6 November 2008 on the patient rights and the patients' rights ombudsman, medical entities are obliged to keep patients' medical documentation. The protection of data in such documents constitutes the main responsibility of medical entity. Information on the patients' health status comes under the special law regulation as it is classified as sensitive personal data. The article presents the principles of medical documentation management in medical entities in the context of the existing regulations. The authors characterize the composition and division of medical documentation, paying particular attention to the possible forms of these documents − paper and electronic one. The principles of making medical documentation accessible to authorized entities are also discussed in the article.

Keywords: medical documentation, therapeutic entity, electronic medical records.