



Zielona Góra, dn. 17.11.2019 r.

BFPZ/911/11/2019

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

Uwagi ogólne:

1. Przejście na dokumentację elektroniczną powinno być poprzedzone rozwiązaniem problemu bezpieczeństwa danych to znaczy stworzeniem ogólnodostępnego systemu przechowywania kopii bezpieczeństwa posiadanych danych lub takim wsparciem finansowym skierowanym do podmiotów (np. dotacja celowa, wzrost finansowania świadczeń) aby każdy podmiot mógł sam organizować sobie przechowywanie kopii danych.
2. Projekt całkowicie pomija kwestię kosztów związanych z przejściem na elektroniczną dokumentację medyczną, nakłada obowiązki nie wskazując źródła ich finansowania – skutkiem tego będzie finansowanie zmian ze środków przeznaczonych na świadczenia (kosztem tych świadczeń) zdrowotne, bo innego finansowania zdecydowana większość podmiotów nie ma.
3. Rozporządzenie jest dobrą okazją do wprowadzenia do konstrukcji prawnych terminu „dokument medyczny”. Wprowadzenie pojęcia dokumentu jako trwałego, kompletnego w kontekście jego wystawienia i autoryzacji zbioru danych medycznych umożliwi



bardziej precyzyjne formułowanie regulacji prawnych w zakresie dokumentacji medycznej.

4. W rozporządzeniu powinna być sprecyzowana struktura dokumentu, zarówno co do danych w nim zawartych jak i sposobu prezentacji, tak, aby dokument medyczny był jednobrzmiący dla personelu medycznego w różnych podmiotach, jak i pacjenta, bez względu na rodzaj oprogramowania w jakim został wytworzony oraz rodzaj oprogramowania w jakim jest odczytywany.
5. Ważne jest zapewnienie możliwości przenoszenia dokumentacji z jednej aplikacji do innej przy zmianie dostawcy. Dzisiaj większość dostawców aplikacji gabinetowych ukrywa przed innymi strukturę bazy danych i przeniesienie jest trudne lub wręcz niemożliwe. Co powoduje, że ogranicza się konkurencję na rynku a także skazuje na trwanie u jednego dostawcy latami nawet jeśli nie spełnia on już oczekiwań placówki medycznej.

Uwagi szczegółowe:

1. § 1. 2. Określenie „warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej” jest mało precyzyjne. Kto będzie określał czy dane warunku umożliwiają czy uniemożliwiają? Zdaniem Federacji jest przedwczesne zmuszanie do przejścia na dokumentację elektroniczną. Do czasu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa gromadzenia danych, przechowywania dokumentacji i jej archiwizacji dokumentacja powinna być prowadzona również w postaci papierowej.
2. § 1. 3. Należy dookreślić, że chodzi o dokument jednego rodzaju a nie całą dokumentację podmiotu oraz że dotyczy to tylko nowych dokumentów a stare wytworzone papierowo mogą pozostać. Wskazane byłoby jednoznaczne określenie, tam, gdzie trzeba to również w ustawie, że dotychczasowa papierowa dokumentacja może zostać zeskanowana i zniszczone dokumenty papierowe w tym dokumenty z podpisem pacjenta, z zachowaniem ważności. Inaczej nigdy nie da się przejść na EDM, jeśli mamy jakąś zaszłość papierową, bo nie zostanie spełnione ograniczenie, że dokumentacja nie może być jednocześnie prowadzona w obu postaciach.



3. § 1. 4. Aby zapewnić odpowiednie zabezpieczenie na poziomie systemowym należy stworzyć mechanizmy archiwizacji w ramach Platformy P1, platform regionalnych lub innych centralnych/regionalnych repozytoriów. Zapewniając wtedy poza zabezpieczaniem dokumentacji możliwość jej udostępniania w okresach niedostępności systemów informatycznych placówek ochrony zdrowia, np. indywidualnych praktyk lekarzy.
4. § 1. 4. 3) Brak określenia kto decyduje albo jakie jest wiarygodne źródło danych o tym które metody i środki mają skuteczność „powszechnie uznawaną”. Ma to szczególne znaczenie teraz kiedy sytuacje zaszyfrowania baz danych, dokumentów i archiwów stają się coraz częstsze.
5. § 1. 5. i 6. Mali świadczeniodawcy nie są w stanie zapewnić takich zabezpieczeń. Czy w związku z tym przyjmujemy, że w kontekście zapisów § 1. 2. pozostaną oni na zawsze z dokumentacją papierową?
6. § 1. 6. 1) Nie ma takich zabezpieczeń, żeby system informatyczny mógł zapewnić zabezpieczenie przed utratą danych. Żaden system nie zabezpieczy choćby przed jego fizyczną kradzieżą.
7. § 1. 7. Powtarza zapewnienia przewidziane dla systemu teleinformatycznego opisane w ust. 6. Brak wyjaśnienia czym one się mają różnić. Poza tym podmiot nie może zapewniać „wykorzystania bez zbędnej zwłoki” dokumentacji medycznej. Podmiot może zapewniać dostępność. Samo wykorzystanie bądź nie, zależy od personelu medycznego, który po udostępnieniu może ją wykorzystać.
8. § 2. 4. 1) oraz 2) Czy kierując pacjenta do szpitala na leczenie należy wystawiać dwa różne skierowania (w trybie pkt 1) i pkt 2)?.
9. § 2. 4. 6) Należy usunąć zwrot „lub leczenia szpitalnego”. Lekarz z poradni specjalistycznej może odpowiedzieć lekarzowi kierującemu do niego a nie do szpitala. Dodatkowo informację wynikającą z tego punktu należy, do czasu zmian w przepisach określających zasady orzekania o refundacji, uzupełnić o zapis, że informacja obejmuje



również dane o poziomie refundacji zaordynowanych leków oraz podjęcia odpowiedzialności za wybór poziomu odpłatności i podstawy do tego wyboru tak aby posiadanie takiej informacji było zabezpieczeniem lekarza POZ przed odpowiedzialnością za refundację po wystawieniu recepty kontynuującej terapię wg zaleceń z poradni specjalistycznej.

10. § 2. 5. Wpis, o którym mowa powinien dotyczyć informacji o wydaniu/przekazaniu dokumentacji a nie udostępnieniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. W przypadku prowadzenia dokumentacji papierowej powinna być możliwość opisanie zawartości wydawanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załączenia kopii. Wymaganie każdorazowo kopiowania jest zbędnym obciążeniem podmiotu pracą i kosztami.
11. § 3. 1. Dokumentacja powinna być przekazywana do podmiotu kierującego, może być ze wskazaniem kierującego. To podmioty lecznicze tworzą mechanizmy wysyłania i odbierania więc to do systemu podmiotu trafi zawsze dokumentacja, wynik badania czy konsultacji. Pacjent również zgłosi się do podmiotu a nie do lekarza w oderwaniu od podmiotu.
12. § 3. 3. Pacjent może nie pamiętać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub może mylić jego dane identyfikacyjne, dlatego dane powinny trafić do podmiotu, w którym ma wybranego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z systemem informatycznym oraz do podmiotu wskazanego przez pacjenta w oświadczeniu.
13. § 6. 2. Kolejne strony dokumentacji powinny zawierać „co najmniej imię i nazwisko pacjenta”. Podawanie dodatkowych imion powinno pozostać opcją, więc nie powinno zostać zapisane, skoro stosujemy wersję „co najmniej”.
14. § 6. 5. Jeżeli włączony zostanie dokument papierowy do dokumentacji w postaci papierowej i nie może on później być już usunięty to blokujemy docelowe przejście na dokumentację elektroniczną (bo nie można prowadzić w sposób mieszany zgodnie z § 1. 3.) oraz uniemożliwiamy zeskanowanie dokumentacji papierowej i usunięcie dokumentów papierowych.



15. § 6. 6. Brak wyjaśnienia związku możliwości „załączenia cyfrowego odwzorowania dokumentacji w postaci papierowej” i późniejszego postępowania z nią, kiedy jest „niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta” a zapisami ust. 5. który wyraźnie zabrania usunięcia.
16. § 7. 3. Numery paragrafów powinny być „§ 67 i § 68”.
17. § 8. 1. 3) Czy dokument musi być papierowy i wtedy dokumentacja cała musi być prowadzona papierowo (bo nie można prowadzić w sposób mieszany zgodnie z § 1. 3.)? Czy może oświadczenie zeskanowane i przechowywany jedynie elektroniczny obraz oświadczenia?
18. § 9. 1. Ponieważ w § 2. 4. odróżniono skierowanie do szpitala od skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie to oznacza, że § 9 nie dotyczy skierowania do szpitala.
19. § 9. 2. 4) Kierujący na badania czy konsultacje często nie może ustalić rozpoznania i dlatego kieruje do innych miejsc udzielania świadczeń. Dlatego poza ustalonym rozpoznaniem należy dopuścić podejrzenie rozpoznania.
20. § 9. 4. Nieścisłość pomiędzy jednostkami redakcyjnymi w § 3. 1. jest mowa o przekazywaniu przez osobę a w par. 9 właściwie oznaczono, że przekazującym jest podmiot.
21. § 10. 1) d) Dane jednostki organizacyjnej powinny być podawane tylko wtedy, kiedy jest to najniższy poziom struktury organizacyjnej podmiotu. W przypadkach, kiedy wyodrębnione są komórki organizacyjne powinno się zrezygnować z podawania danych jednostki organizacyjnej jako zbędnych danych nadmiarowych.
22. § 10. 4) b) Rozpoznanie choroby nie zawsze jest znane. Powinno dopuścić się możliwość podania podejrzenia rozpoznania.



23. § 10. 4) e) Niezrozumiałe jest rozróżnienie zawartości dokumentacji w zależności od rodzaju recepty. W przypadku e-recept tylko numer identyfikacyjny (czyli brak merytorycznej zawartości recepty, np. w sytuacji braku dostępu do P1) a w przypadku recept papierowych leki wraz z dawkowaniem oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. W sytuacji, kiedy wg informacji CSIOZ e-recepty będą dostępne 5 lat istnieje ryzyko, że nie zostanie zachowany okres przechowywania dokumentacji medycznej jaki określa ustawa na 20 i więcej lat.
24. § 12. 1. 3) b) należy dopisać „i SOR” aby zachować zgodność z pozostałą treścią projektu.
25. § 21. 3. 1) Winno być „rozpoznania chorób”, gdyż podczas leczenia szpitalnego może być więcej niż jedno postawione rozpoznanie.
26. § 21. 3. 6) Należy wskazać, że ilość leków i wyrobów medycznych powinna wystarczać na całą kurację lub do kolejnej zaleconej i umówionej parady. W przypadku, kiedy leczenie ma być kontynuowane dłużej i pacjent będzie miał mieć kontynuowane leczenie w poradni POZ, do czasu zmian w przepisach określających zasady orzekania o refundacji, informacja o lekach refundowanych musi zawierać wskazanie odpłatności przysługującej pacjentowi. Ta informacja jest zobowiązaniem wystawcy do podjęcia odpowiedzialności za wybór poziomu odpłatności i podstawy do tego wyboru tak aby posiadanie takiej informacji było zabezpieczeniem lekarza POZ przed odpowiedzialnością za refundację po wystawieniu recepty kontynuującej terapię wg zaleceń z innego podmiotu leczniczego.
27. § 22. 3. Informacja o wynikach sekcji zwłok powinna być również dostępna lekarzowi POZ. Zarówno w celach edukacyjnych jak i możliwości planowania działań populacyjnych wobec innych pacjentów, w tym krewnych zmarłego.



28. § 29. W przypadku świadczeń POZ opis zabiegów powinien znajdować się w dokumentacji indywidualnej bez prowadzenia oddzielnie dokumentacji w postaci wykazu. Skoro w przypadku prowadzenia dokumentacji elektronicznej nie prowadzi się wykazu to przy papierowej dokumentacji zawiera on zdublowanie zapisów z HZiCh.

29. § 29. 4) W związku z redefinicją zawodów medycznych osobą zlecającą może być inna osoba niż lekarz więc należałoby zapisać „oznaczenie osoby zlecającej zabieg”.

30. § 36. 2. Część dokumentacji musi być prowadzona w postaci papierowej (np. książeczka zdrowia dziecka) czy to oznacza, że nie można skorzystać z braku wymogu prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt. 3?

31. § 38. 1. 3) opis opieki środowiskowej, wizyt patronażowych czy pielęgniarskiej opieki długoterminowej zawarty jest w opisie porad ambulatoryjnych i wizyt domowych, dlatego zdaniem Federacji należy usunąć ten punkt.

32. § 38. 3. Dane opisane w tym ustępie winny znajdować się w IKP i stamtąd powinno się je pobierać. Żaden podmiot nie jest w stanie zebrać kompletu tych informacji więc w dobie cyfryzacji ochrony zdrowia należy zaplanować w odpowiedni sposób zbieranie danych źródłowych, aby były one wiarygodne i nie dublowane w sposób zbędny przez kolejne podmioty i personel medyczny.

33. § 38. 4. 3) Powinno dopuścić się możliwość podania podejrzenia rozpoznania.



34. § 38. 4. 4) Brak informacji o wydanych skierowaniach do poradni specjalistycznych, szpitala, rehabilitacji itp.
35. § 38. 4. 5) Niezgodność z §10 gdzie dla e-recept nie przewidziano konieczności rejestrowania dawkowania.
36. § 38. 4. 6) Wynik wielu badań diagnostycznych nie wymaga opisu lub sam w sobie jest opisem, winno się pozostawić dowolność co do gromadzenia tych danych.
37. § 38. 4. 8) Niezdefiniowane pojęcie “opis udzielonych świadczeń zdrowotnych” - cała dokumentacja jest zapisem udzielonych (udzielanych) świadczeń, proponujemy skreślić.
38. § 38. 4. 11) Należy dopuścić możliwość podania oznaczenia również innych pracowników medycznych.
39. § 38. 5. Usunąć – rozróżnianie opisów porad, podczas których wykonywane są bardzo podobne świadczenia – np. wypisanie recepty czy zlecenia na środki pomocnicze nie znajduje uzasadnienia.
40. § 39. 2. Karta ciąży dotyczy grupy osób o dużym potencjale cyfryzacji powinna być więc zaplanowana do prowadzenia w postaci elektronicznej wprost w IKP a tylko w okresie wdrożeniowym lub w przypadku braku możliwości ze strony lekarza i/lub położnej w postaci papierowej. Poza tym jest to kolejny element wymuszony do



prowadzenia papierowego co w kontekście braku możliwości prowadzenia dokumentacji mieszanej uniemożliwia przejście na dokumentację elektroniczną.

41. § 39. 4. 10 proponujemy zmienić na “wyniki badań dodatkowych zleconych w związku z ciążą”.

42. § 42. W sytuacji prowadzenia dokumentacji elektronicznej nie powinno być obowiązku prowadzenia wykazu zabiegów.

43. § 43. Dokumentacja prowadzona przez wszystkie podmioty powinna zawierać podstawowe elementy, tj. wywiad, badanie, zalecenia, skierowania, leki. W związku z powyższym należy wprowadzić obowiązek prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dla podmiotów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

44. § 53. Dokumentacja z udzielania świadczeń w ramach praktyki zawodowej winna być tożsama jak dla udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym. Niezrozumiałe jest rozróżnianie jej zakresu dla takich samych świadczeń np. podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od struktury właścicielskiej i organizacyjnej.

45. § 54. 2. 3) Uwaga jak do § 53.

46. § 57. Dokumentacja z udzielania świadczeń w ramach praktyki zawodowej winna być tożsama jak dla udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym. Niezrozumiałe jest rozróżnianie jej zakresu dla takich samych świadczeń np. podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od struktury właścicielskiej i organizacyjnej.



47. § 58. Uwaga jak wyżej. Pielęgniarka i położna mają coraz szersze uprawnienia i powinny w podobny sposób dokumentować świadczenia jak lekarze w HZiCh.
48. § 64. 1. Dokumentacja opisana w Rozdziale 6 zawierająca dane w niej opisane jest całkowicie zbędna, powiela dane zawarte w historii zdrowia i choroby w POZ, nie wnosi żadnej jakości do opieki nad dzieckiem – uczniem. Brak jest opisu zależności pomiędzy tymi rodzajami dokumentacji. Czy ma być dublowaniem HZiCh czy stosowania zamiennie?
49. § 65. 3. Brak definicji testów przesiewowych jakie mają być zawarte w dokumentacji.
50. § 69. 2. Książeczka zdrowia dziecka powinna być przenoszona do IKP i tam prowadzona elektronicznie a tylko w wyjątkowych sytuacjach uzupełniania w wersji papierowej.
51. § 69. 3. Należy rozstrzygnąć kto wydaje książeczkę zdrowia dziecka w sytuacji porodu w domu, kiedy kobieta urodzi sama bez udziału personelu medycznego i nie zgłosi się do szpitala.
52. § 69. 5. Książeczka nie zawiera miejsca na zapisywanie comiesięcznego zaopatrzenia w wyroby medyczne.
53. § 69. 6. Do czasu cyfryzacji książeczki zdrowia należy dopuścić możliwość dołączania wydruków zamiast ręcznego uzupełniania książeczki.



54. § 73 Terminy okresów przejściowych są zbyt krótkie. Tylko półroczny okres przejściowy spowoduje duże zamieszanie w prowadzeniu dokumentacji, zwłaszcza że jest to okres, w którym następuje wiele zmian organizacyjnych związanych z wdrażaniem m.in. e-recepty, e-skierowań, e-zleceń itd.
55. W Załączniku nr 4 wymagana jest pieczęć kierownika ZRM podczas gdy ustawowo wprowadzono zasadę rezygnacji z obowiązku stosowania pieczęci.
56. We wzorze książeczki zdrowia dziecka (Załącznik nr 6) w przypadku wielu wizyt profilaktycznych pielęgniarka potwierdza i zatwierdza wykonanie badań przez lekarza – na co wskazuje układ oznaczenia personelu – co w sytuacji, kiedy nie ma pielęgniarki w podmiocie lub pielęgniarka odmówi zatwierdzenia? Kto wtedy potwierdza i zatwierdza, że lekarz prawidłowo wykonał wizytę?
57. W OSR jest zapis “Przez brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć zarówno stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym jest prowadzona dokumentacja, czy sprzętu.” czy to oznacza możliwość prowadzenia mieszanej elektroniczno-papierowej dokumentacji w okresie awarii systemu informatycznego?
58. W OSR zapisano, że projekt dotyczy ok. 176 500 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej co ustalono na podstawie RPWDL – jest to informacja całkowicie nieprawdziwa, zwłaszcza, że RPWDL nie gromadzi takiej informacji.



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

59. Transformacja dokumentacji z papierowej na elektronicznej wymaga dużych nakładów finansowych o czym nie wspomniano w OSR.

Ze względu na zakres zmian regulacji zdaniem Federacji niezbędne jest zorganizowanie konferencji uzgodnieniowej.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/