

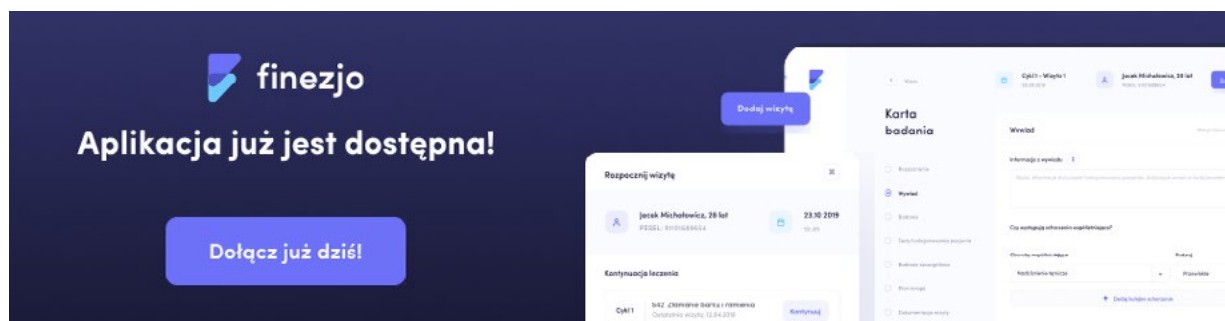
Zmiany w zakresie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej

Z dniem 15 kwietnia 2020 r. wchodzi w życie **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**, zwane dalej „rozporządzeniem”. Regulacja wprowadza m.in. przepisy szczególne określające rodzaje i zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów. Przypominamy, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na fizjoterapeutach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.

Rozporządzenie wprowadza **obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej**, a w postaci papierowej tylko jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. W tym zakresie zakłada się **okres przejściowy do 31 grudnia 2020 r.**

Dokumentacja prowadzona przez fizjoterapeutę po 15 kwietnia 2020 roku przy opisie stanu funkcjonowania uwzględniać powinna Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Taki sposób prowadzenia dokumentacji medycznej uwzględnia ustawową samodzielność zawodową fizjoterapeuty.

Z myślą o wprowadzanych właśnie zmianach powstało Finezjo - aplikacja do zarządzania dokumentacją medyczną przygotowana przez KIF i dostępna bezpłatnie dla wszystkich fizjoterapeutów prowadzących praktyki. Więcej o aplikacji Finezjo można dowiedzieć się na stronie finezjo.pl



Przypominamy, że prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób prawidłowy nie tylko jest obowiązkiem, ale ułatwia prowadzenie terapii oraz realnie podnosi bezpieczeństwo fizjoterapeuty w sytuacji ewentualnych powikłań czy postępowań sądowych.

Przepisy ogólne

W stosunku do fizjoterapeutów (zarówno wykonujących zawód w podmiocie leczniczym, jak i prowadzących praktyki zawodowe) wciąż zastosowanie mają ogólne przepisy rozporządzenia dotyczące sposobu prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, bazujące w większości na dotychczasowych rozwiązaniach, zgodnie z którymi dokumentację stanowi:

1. **dokumentacja indywidualna** – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
2. **dokumentacja zbiorcza** – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.



Dokumentacja indywidualna obejmuje:

1. **dokumentację indywidualną wewnętrzną** – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2. **dokumentację indywidualną zewnętrzną** – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

! Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

! Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

! Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

! **Pierwsza strona** wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawiera oznaczenie pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia (tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany),
- c) oznaczenie płci (tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany),
- d) adres miejsca zamieszkania (wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej),
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj (nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony) i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

Kolejne strony dokumentacji zawierają co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta.

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.



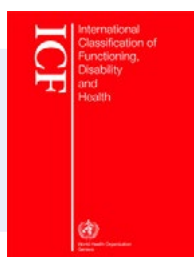
Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się dokumentacja udostępniona za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie dokumentacji w postaci papierowej lub odnotowuje się zawarte w udostępnionej dokumentacji informacje, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego. W przypadku załączenia cyfrowego odwzorowania dokumentacji w postaci papierowej lub odnotowania zawartych w udostępnionej dokumentacji informacji, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, rehabilitacyjnego lub pielęgnacyjnego, dokumentacja dostarczona przez pacjenta w postaci papierowej jest zwracana pacjentowi.



Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej nie może być z niej usunięty. Wyjątek stanowią dokumenty dołączone do historii choroby, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji stanowiące dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta: w szczególności wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia oraz opinie udostępnione w postaci papierowej – te dokumenty zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie.

W przypadku braku możliwości zwrotu, dokumentacja dostarczona przez pacjenta w postaci papierowej może być zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (ICD-10).



W dokumentacji prowadzonej przez fizjoterapeutę przy opisie stanu funkcjonowania uwzględnia się Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Jeżeli zostały złożone w inny sposób niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się następujące oświadczenia pacjenta:

1. o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
2. o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
3. o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

- Podmiot informuje pacjenta przed złożeniem przez niego oświadczeń o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.
- Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.
- Dokumentacja zewnętrzna w formie skierowań w postaci papierowej jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował świadczenie zdrowotne na podstawie skierowania.
- Dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki.
- W przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza jego zgodność z dokumentacją i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis. Wydruk sporządza się w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia.
- W przypadku udostępnienia dokumentacji w postaci papierowej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. w przypadku wydania oryginału dokumentacji za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
- W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.
- Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

Dokumentacja fizjoterapeuty udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej



Fizjoterapeuta udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej (indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej, indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupowej praktyki fizjoterapeutycznej), z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, prowadzi dokumentację indywidualną:

1. **wewnętrzną w formie karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej;**
2. **zewnętrzną w formie zaświadczenia, orzeczenia lub opinii fizjoterapeutycznej oraz innych dokumentów sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.**

Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej prowadzona w ramach praktyki fizjoterapeutycznej zawiera następujące informacje:

1. numer kolejny pacjenta w wykazie;
2. imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
3. datę zabiegu leczniczego;
4. rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego;
5. informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:
 - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży oraz informacje o chorobach przebytych i współistniejących oraz opis stanu funkcjonowania,
 - b) dane o postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,
 - c) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - d) zalecenia,
 - e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach,
 - f) informacje o zleconych przez fizjoterapeutę wyrobach medycznych;
6. datę dokonania wpisu;
7. oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego: imię (imiona) i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

Do karty opieki fizjoterapeutycznej dołącza się skierowanie, jeżeli pacjent je posiada.

Kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej zakłada się przy udzielaniu świadczenia po raz pierwszy.

Fizjoterapeuta wykonujący indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2 rozporządzenia (tzn. na zasadach prowadzenia dokumentacji podmiotu leczniczego). Fizjoterapeuta udzielający świadczeń w ramach indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego nie prowadzi oddzielnej dokumentacji medycznej.

Dokumentacja fizjoterapeuty udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach podmiotu leczniczego



Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

- 1. zbiorczą w formie wykazu świadczeń fizjoterapeutycznych;**
- 2. indywidualną w formie karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.**

W przypadku gdy karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji zbiorczej w formie wykazu świadczeń fizjoterapeutycznych nie jest wymagane.

Wykaz świadczeń fizjoterapeutycznych zawiera:

1. numer kolejny pacjenta w wykazie;
2. imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
3. datę zabiegu leczniczego;
4. rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej zawiera informacje wymienione w wykazie świadczeń fizjoterapeutycznych oraz:

1. informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:
 - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży oraz informacje o chorobach przebytych i współistniejących oraz opis stanu funkcjonowania,
 - b) dane o postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,
 - c) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - d) zalecenia,
 - e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach,
 - f) informacje o zleconych przez fizjoterapeutę wyrobach medycznych;
 2. datę dokonania wpisu;
 3. oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego: imię (imiona) i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
- Do karty opieki fizjoterapeutycznej dołącza się skierowanie, jeżeli pacjent je posiada.

Rozporządzenie wprowadziło również zmiany **w zakresie dokumentacji medycznej sporządzanej i prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital**, włączając do dokumentacji zbiorczej wewnętrznej szpitala wykaz raportów fizjoterapeutycznych (§ 12 ust. 1 pkt 3 lit. f rozporządzenia).

Wykaz raportów fizjoterapeutycznych zawiera informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie fizjoterapeuty dokonującego wpisu: imię (imiona) i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

Kolejną zmianę stanowi rozszerzenie katalogu dokumentów dodatkowych dołączanych do historii choroby o kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej (§ 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia). Do historii choroby, w zakresie informacji o przebiegu hospitalizacji, dodano m.in. opis przebiegu rehabilitacji oraz opis stanu funkcjonowania pacjenta (§ 15 ust. 2 pkt 7 rozporządzenia).

Wpisy w karcie indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej są dokonywane przez fizjoterapeutę sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu czynności określonych w planie postępowania fizjoterapeutycznego są dokonywane przez fizjoterapeutę realizującego plan.

- Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub fizjoterapeutę.
- Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym zakładzie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13, § 14-16, § 21, § 23, § 25-29 i § 33 rozporządzenia.
- Dokumentacja ta jest sporządzana przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.
- Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy właściwe dla rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w tym zakładzie.

Podmioty mogą prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) – a więc na zasadach obowiązujących przed wejściem w życie nowego rozporządzenia – do dnia 31 grudnia 2020 r.