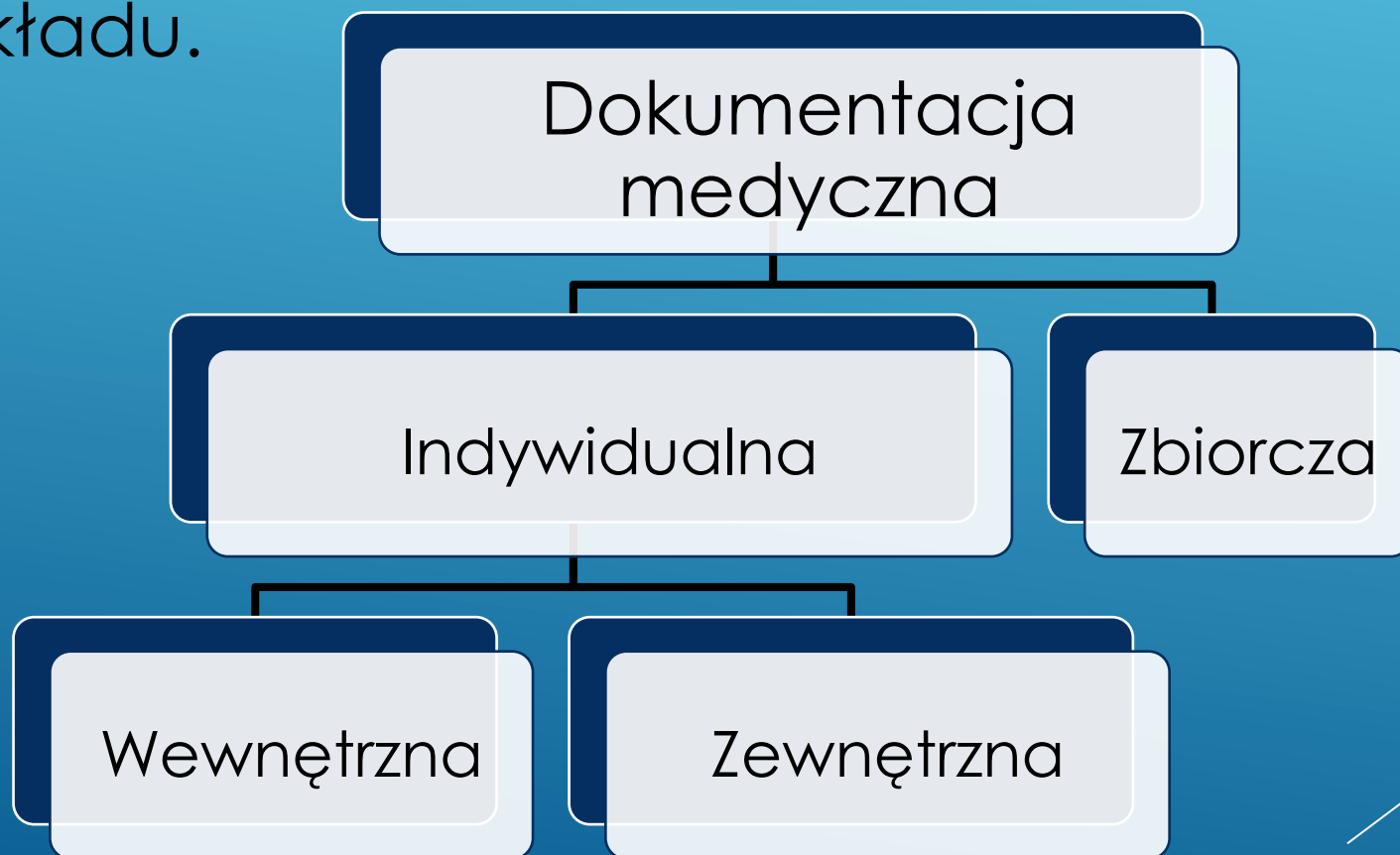


Dokumentacja medyczna – zasady prowadzenia, udostępnienia i przechowywania



DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Zbiór danych i informacji dotyczący procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzony chronologicznie. Jest własnością Zakładu.



DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

- historia zdrowia i choroby;
- karta noworodka;
- karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej;
- karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- karta wizyty patronażowej;
- karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- karta uodpornienia.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych.

- skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- karta przebiegu ciąży;
- książeczka zdrowia dziecka;
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza;
- książeczka szczepień;
- zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Dokumentacja zbiorcza

- księgi przyjęć,
 - księgi raportów pielęgniarских,
 - księgi zabiegów,
 - księgi pracowni diagnostycznych.
- 
- Several white diagonal lines of varying lengths and thicknesses are positioned in the bottom right corner of the slide, creating a modern, abstract graphic element.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Obowiązki świadczeniodawcy

- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- zabezpieczenie dokumentacji medycznej,
- przechowywanie dokumentacji medycznej,
- udostępnianie dokumentacji medycznej.



DOKUMENTACJA MEDYCZNA – CO ZAWIERA

- **oznaczenie pacjenta**, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: nazwisko i imię; datę urodzenia; oznaczenie płci; adres miejsca zamieszkania; numer PESEL ;
- gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – **nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego** oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- **oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń** zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- **opis stanu zdrowia** pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- **datę** sporządzenia.

DOKUMENTACJA ELEKTRONICZNA

System teleinformatyczny zapewniający:

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian,;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych ;
- zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych;
- przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji,
- udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- eksport całości danych w formacie określonym w przepisach;
- funkcjonalność wydruku dokumentacji.

DOKUMENTACJA ELEKTRONICZNA



Obecnie placówki medyczne muszą prowadzić wybrane rodzaje dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej:

- ✓ karta informacyjna leczenia szpitalnego
- ✓ karta odmowy przyjęcia do szpitala
- ✓ informacja pisemna lekarza specjalisty dla lekarza kierującego

Kalendarz wprowadzania cyfrowych usług w ochronie zdrowia

- od końca roku 2019 – stopniowe włączanie do systemu e-zdrowie placówek medycznych
- styczeń 2020 – obowiązek wystawiania wyłącznie e-recept
- styczeń 2021 – obowiązek wystawiania wyłącznie e-skierowań
- styczeń 2021 – wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem platformy e-zdrowie

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – UDOSTĘPNIANIE - KOMU

- **Pacjentowi** lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
- **Osobie upoważnionej** przez pacjenta;
- **Podmiotom** udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- **Komisjom** lekarskim;
- Upoważnionym **organom** (np. sąd, organy rentowe, NFZ);
- Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna udostępniana jest także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd (Kodeks postępowania cywilnego).

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – SPOSOBY UDOSTĘPNIANIA

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE

- Pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub działającemu w imieniu pacjenta – pełnomocnikowi/osobie upoważnionej - pierwsza kopia dokumentacji medycznej w danym zakresie przysługuje bezpłatnie.
- Za kolejne udostępnienie w danym zakresie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może **pobierać opłatę**.
- Wysokość opłaty **ustala podmiot** udzielający świadczeń zdrowotnych.
- **Maksymalna wysokość opłaty:**
 - ❑ jedna strona wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej –max. 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
 - ❑ jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej –max. 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia,
 - ❑ udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – max. 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – PRZECHOWYWANIE

Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana przez okres **20 lat** (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu) **z wyjątkiem:**

- W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia – przez okres 30 lat
- Zdjęć RTG przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta – 10 lat
- Skierowań na badania lub zleceń lekarza – 5 lat
- Dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci poniżej 2 r.ż – 22 lata

Zasady wystawiania recept na leki refundowane



WYSTAWIANIE RECEPT REFUNDOWANYCH

Kto może wystawić:

- ✓ lekarz,
 - ✓ lekarz dentysta,
 - ✓ felczer lub starszy felczer,
 - ✓ pielęgniarka i położna, które to posiadają uprawnienia do wystawiania recept.
- 

WYSTAWIANIE RECEPT REFUNDOWANYCH

Właściwe oznaczenie:

- ✓ recepta powinna być opatrzona unikalnym numerem nadanym przez NFZ;
 - ✓ zawierać odpowiednie informacje dotyczące świadczeniodawcy;
 - ✓ zawierać odpowiednie informacje dotyczące osoby przepisującej leki;
 - ✓ dane pacjenta;
 - ✓ niezbędne informacje dotyczące przepisywanych leków.
- 

Jak powinna wyglądać poprawnie wystawiona recepta

Recepta		Numer recepty
		Nazwa poradni lub praktyki lekarskiej, jej adres, telefon i REGON
Świadczeniodawca		Numer wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia
Pacjent	Oddział NFZ	Imię, nazwisko, adres, PESEL i wiek (w przypadku nieletnich) pacjenta
	Uprawnienia dodatkowe	
PESEL		Odpowiedni symbol uprawnienia, np. IB - inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane. Przy braku uprawnień, lekarz wpisuje "x"
Rp	Odpłatność	B - lek bezpłatny R - ryczałt 30%, 50%, lub 100% - część, jaką płaci pacjent
		Nazwa leku, postać, ilość i dawka
		Kod kreskowy z numerem recepty
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza	Data wystawienia recepty
Data realizacji „od dnia”:		Pieczątka z imieniem i nazwiskiem oraz numerem prawa do wykonywania zawodu lekarza oraz podpis lekarza
	Dane podmiotu drukującego	Dzień, od którego można wykupić lek

OZNACZENIE RECEPTY:

- imię i nazwisko,
- adres
- wiek – w przypadku pacjenta do lat 18, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL znajdującego się na recepcie,
- kod uprawnień dodatkowych pacjenta
- numer poświadczenia, w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną,
- numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej, w przypadku pacjenta, który skończył 75 rok życia, nieposiadającego numeru pesel – datę jego urodzenia,

OZNACZENIE RECEPTY:

- numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty Polaka;
- numer oddziału wojewódzkiego NFZ; w przypadku gdy adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego Funduszu, osoba wydająca może zrealizować receptę,
- jeżeli przysługują Ci uprawnienia dodatkowe, osoba wystawiająca receptę powinna umieścić na niej właściwy kod,
- datę wystawienia,
- datę realizacji od (jeżeli jej nie określono - znak X)
- zostać opatrzona odręcznym podpisem i danymi osoby wystawiającej receptę - w formie nadruku, pieczętki lub naklejki.

RECEPTY - UPRAWNIENIA DODATKOWE

- **IB** właściwe dla inwalidów wojennych oraz osób represjonowanych, ich małżonków pozostający na wyłącznym utrzymaniu oraz wdów i wdowców po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnieni do renty rodzinnej, a także cywilne niewidome ofiary działań wojennych:
- **IW** należne inwalidom wojskowym
- **ZK** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi oraz Zasłużeni Dawcy Przeszczepu
- **PO** osoby wykonujące powszechny obowiązek obrony
- **AZ** uprawnieni pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest

RECEPTY - UPRAWNIENIA DODATKOWE

- **CN** nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu
- **DN** osoby nieubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia.
- **IN** osoby nieubezpieczone, posiadające prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów.
- **BW** osoby posiadające prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania.
- **WP** żołnierze pełniący czynną służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny oraz żołnierze zawodowi, na podstawie odrębnych przepisów.

WYSTAWIANIE RECEPT REFUNDOWANYCH

Osoba przepisująca leki może:

- na jednej receptce przepisać do **5.** różnych leków gotowych, środków spożywczych, wyrobów medycznych;
- wystawić do **12.** recept na następujące po sobie okresy stosowania
 - nieprzekraczające łącznie **360** dni
 - na jednej receptce nie można przypisać leku na więcej niż **120** dni stosowania.

WAŻNOŚĆ RECEPTY

- **7 dni** - antybiotyki
 - **30 dni** - w przypadku pozostałych leków
 - **90 dni** – preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta
 - **120 dni** - leki sprowadzane z zagranicy
- 
- A series of three parallel white diagonal lines in the bottom right corner of the slide.

RECEPTY ZAOCZNE

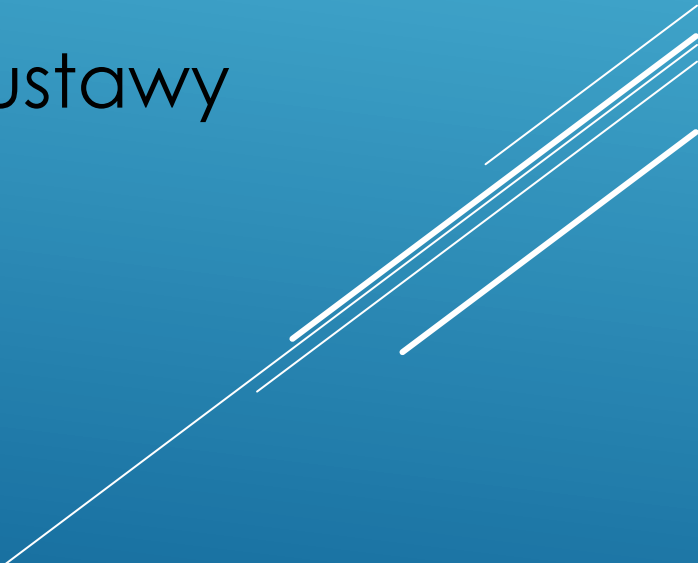
- Ustawa o Zawodach lekarza i lekarza dentysty tekst jednolity z dnia 01.03.2018 r. uprawniła lekarza do wystawienia recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne bez osobistego zbadania pacjenta, gdy jest to niezbędne do kontynuacji leczenia oraz uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.
- Recepta lub zlecenie na wyroby medyczne może być przekazana/e osobie upoważnionej przez pacjenta, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub jakiejkolwiek osobie trzeciej na podstawie oświadczenia pacjenta, że recepty lub zlecenia mogą być odbierane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

RECEPTA TRANSGRANICZNA

- Daje prawo do otrzymania leku **na terenie Unii Europejskiej** na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim niż państwo jej realizacji.
- Lekarz może wystawić taką receptę, **wyłącznie na wniosek pacjenta**, który zamierza ją zrealizować w innym niż Polska państwie członkowskim UE.
- Recepta transgraniczna, która nie została zrealizowana w innym niż Polska państwie członkowskim UE, **może zostać zrealizowana w Polsce za pełną odpłatnością**.
- Na receptce transgranicznej **nie może być przepisany lek o kategorii dostępności „Rpw”**, czyli taki, który zawiera środki odurzające lub substancje psychotropowe.

RECEPTA TRANSGRANICZNA

Recepta transgraniczna może być zrealizowana **wyłącznie za pełną odpłatnością** – niezależnie od uprawnień przysługujących pacjentowi w Polsce. Po powrocie pacjent może wystąpić o zwrot poniesionych kosztów do poziomu refundacji wg. art. 42c ust. 1 pkt 3 lub 4, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.



Projekt 75+.

Bezpłatne leki dla seniorów.



JEZU! DZIADEK!
NA CO TY BIERZESZ
TE WSZYSTKIE LEKI?!

NA KREDYT.



JAK OTRZYMAĆ BEZPŁATNE LEKI

- wiek – **ukończony 75.** rok życia, weryfikowany przez numer PESEL (u osób, które nie mają numeru PESEL, będzie to data urodzenia)
- **pacjent ubezpieczony** lub posiadający inny tytuł uprawniający do świadczeń zdrowotnych finansowany ze środków publicznych
- recepta – **litera S** wpisana w polu „kod uprawnień dodatkowych”
- **wykaz** – potrzebny lek musi znajdować się w wykazie bezpłatnych leków

KTO MOŻE WYPISAĆ LEKI 75+

- lekarz lub uprawniona pielęgniarka udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.