

# ZASADY WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Świadczenia zdrowotne

Podmioty lecznicze rejestracja, zasady działania, szpitale kliniczne, nadzór

Dokumentacja medyczna

Nadzór specjalistyczny

Działalność lecznicza lekarza, lekarza dentysty w formie wykonywania praktyki zawodowej.



Lek. med. Zbigniew Gugnowski

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej

NZOZ Poradnia Lekarzy Medycyny Rodzinnej Giżycko

[www.pmr-gizycko.pl](http://www.pmr-gizycko.pl)

**USTAWA**  
**z dnia 15 kwietnia 2011 r.**

**o działalności leczniczej**

**Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654**

# Świadczenia Zdrowotne

**Działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;**

# TERMINOLOGIA

- ✓ **Przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo w rozumieniu art. 551 Kodeksu cywilnego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą;
- ✓ **Podmiot wykonujący działalność leczniczą**
  - podmiot leczniczy (przedsiębiorcy, SP ZOZ-y, Jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, kościoły lub związki wyznaniowe)
  - praktykę zawodową

# TERMINOLOGIA

- ▶ **Świadczenie szpitalne** – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

# TERMINOLOGIA

- ▶ **Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne** – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;

# PODMIOTAMI LECZNICZYMI SĄ: 1/2

1) **przedsiębiorcy** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

2) **samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,**

3) **jednostki budżetowe,** w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

# PODMIOTAMI LECZNICZYMI SĄ: 2/2

4) **instytuty badawcze**, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),

5) **fundacje i stowarzyszenia**, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

6) **kościół, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe** — w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.



# LEKARZE I PIEŁĘGNIARKI

- ▶ mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

# DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA LEKARZY MOŻE BYĆ WYKONYWANA W FORMIE

- 1. jednoosobowej działalności gospodarczej** jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- 2. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej** jako grupowa praktyka lekarska,

# DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA POLEGA NA <sup>1/3</sup>

- udzielaniu świadczeń zdrowotnych
- promocji zdrowia
- realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

# DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA POLEGA NA <sup>2/3</sup>

- przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

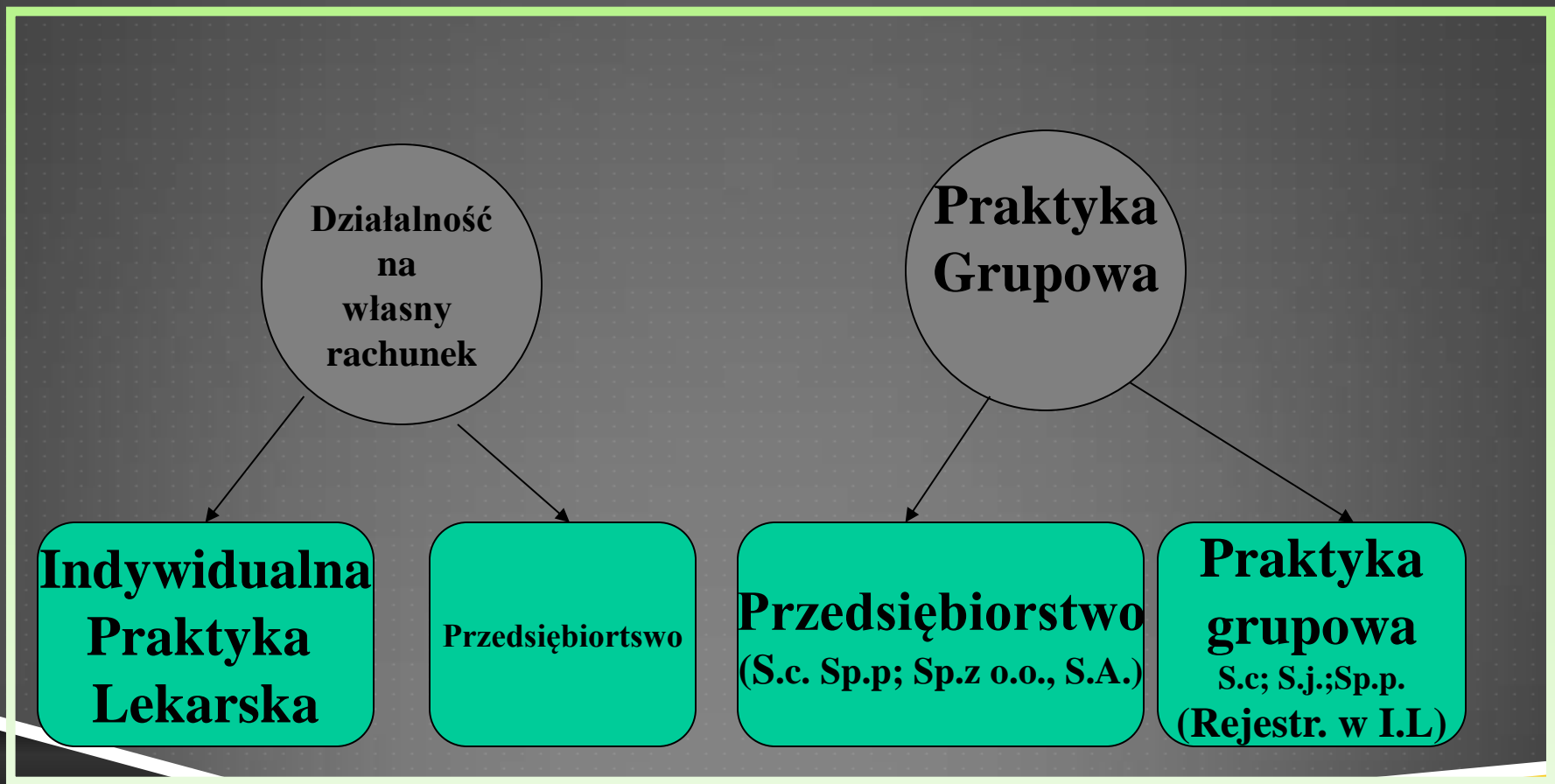
# DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA POLEGA NA

- W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych **mieszkańcom domów pomocy społecznej** lub wychowankom placówek opiekuńczo wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

# Formy działalności gospodarczej

1. Indywidualna działalność gospodarcza (indywidualna lub specjalistyczna praktyka lekarska)
2. Spółka prawa cywilnego
3. Spółki prawa handlowego
  - a.-osobowe: jawna, partnerska, komandytowa,
  - b.- kapitałowe: z o.o., S.A.
  - c.- fundacja lub stowarzyszenie (b rzadko stosowana)

# TYPY PRAKTYK



# Indywidualna (specjalistyczna) Praktyka Lekarska

- Podstawa prawna: Ustawa o zawodzie lekarza z 5.12.1996r (z póź. zm.)
- Wymogi: prawo wykonywania zawodu, posiadanie odpowiedniej specjalizacji, uzyskanie zezwolenia oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą( po przedstawieniu dodatkowo danych o sprzęcie i pomieszczeniu-w tym opinia TSSE).



# Grupowa praktyka lekarska w formie s.c., sp.p

- Podstawa prawna: Ustawa o zawodzie lekarza z 5.12.1996r i nowelizacja z dnia 10.12.1998 r.
- procedura jak w przypadku rejestracji indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.
- Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez lekarzy wspólników.

# Spółka cywilna (procedura tworzenia)

- Umowa spółki na piśmie
- Rejestracja w Urzędzie Skarbowym (14 dni)
- REGON (Wojewódzki Urząd Statystyczny)
- Pieczętki
- Konto w Banku
- Rejestracja w ZUS

# Spółka partnerska (procedura tworzenia)

(kodeks spółek handlowych- Dz.U.nr 94 poz. 1037 z 8.11.2000r)

- Umowa spółki
- Rejestracja w sądzie rejestrowym
- REGON (Wojewódzki Urząd Statystyczny)
- Pieczętki
- Konto w Banku
- Rejestracja w Urzędzie Skarbowym (14 dni)
- Rejestracja w ZUS

# Spółka z o.o., S.A.

(procedura tworzenia)

(kodeks spółek handlowych- Dz.U.nr 94 poz. 1037 z 8.11.2000r

- Kapitał zakładowy nie niższy niż 5000/100000 zł
- Umowa w formie aktu notarialnego określająca działalność, którą spółka zamierza prowadzić
- Rejestracja w Sądzie Rejestrowym
- Kolejne kroki jak w przypadku rejestracji sp.p.

# Różnice pomiędzy s.c. a sp. z o.o. i S.A.

- Różne procedury tworzenia i rejestracji
- Następstwa wynikające z Ustawy podatkowej o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz prawnych.

**Skarb Państwa** reprezentowany przez ministra,  
centralny organ administracji rządowej albo wojewodę  
**może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w  
formie:**

- ▶ 1) spółki kapitałowej;
- ▶ 2) jednostki budżetowej.

# Jednostka samorządu terytorialnego

może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- ▶ 1) spółki kapitałowej;
- ▶ 2) jednostki budżetowej.

# Uczelnia medyczna

może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie

- ▶ spółki kapitałowej.



# Skarb Państwa, Jednostki Samorządu Terytorialnego, Uczelnia medyczna

mogą prowadzić

- ▶ samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

# RODZAJAMI DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ SĄ:

- ▶ 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
  - ▶ a) szpitalne,
  - ▶ b) inne niż szpitalne;
  
- ▶ 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

# STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE MOGĄ POLEGAĆ NA:

- ▶ I) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem **pielęgnację i rehabilitację** pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

# STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE MOGĄ POLEGAĆ NA:

- ▶ 2) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem **pielęgnację, opiekę i rehabilitację** pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;

# STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE MOGĄ POLEGAĆ NA:

- ▶ 3) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na **działaniach usprawniających**, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;
- ▶ 4) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się **w stanie terminalnym** oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.
  - ▶ Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 4, oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane **także wyłącznie w warunkach domowych**.

# AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

- ▶ Obejmują świadczenia **podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej**, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

# AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

- ▶ Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem **badania diagnostyczne** wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

# STACJONARNYCH I CAŁODOBOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ SZPITALNE

Udziela się :

- w zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
- w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
- w hospicjum.



# AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- ▶ udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a
- ▶ także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym.

# W MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

1) **nie mogą** być świadczone **usługi pogrzebowe** oraz prowadzona ich reklama;

2) **może być** wykonywana **działalność gospodarcza** inna niż działalność lecznicza, pod warunkiem że działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

# PODMIOT WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

- ▶ Podaje do wiadomości publicznej **informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych.**
- ▶ Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech **reklamy.**

# PODMIOT LECZNICZY

- ▶ **Nie może odmówić** udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

# DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA

1. Jest **działalnością regulowaną** w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

2. Do działalności leczniczej podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

# PODMIOT LECZNICZY JEST OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI: 1/3

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom
- 2) stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679);
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;

# PODMIOT LECZNICZY JEST OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI: 2/3

4) zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia:

- a) odpowiedzialności cywilnej,
- b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

## PODMIOT LECZNICZY JEST OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI:

W celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy, **kierownik raz na kwartał** przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.



# LEKARZ WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

JAKO INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ JEST  
OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI:

- ▶ 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- ▶ 2) nie może być:
  - ▶ a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
  - ▶ b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - ▶ c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

# LEKARZ WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

JAKO INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ JEST  
OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI:

## ▶ 3) dysponować

- ▶ **pomieszczeniem**, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne,
- ▶ **wyposażonym** w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz
- ▶ **posiadać opinię** właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń udzielanych w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.

# **LEKARZ WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

**JAKO INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ JEST  
OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI:**

- ▶ 4) uzyskać wpis do ewidencji działalności  
gospodarczej;**
- ▶ 5) zawrzeć umowę ubezpieczenia  
odpowiedzialności cywilnej**

# LEKARZ WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ JAKO INDYWIDUALNĄ SPECJALISTYCZNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ JEST OBOWIĄZANY SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE WARUNKI:

- ▶ określone jw.
- ▶ +;
- ▶ **posiadać specjalizację** w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

# LEKARZ WYKONUJĄCY INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ WYŁĄCZNIE **W MIEJSCU WEZWANIA** JEST OBOWIĄZANY:

- ▶ 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- ▶ 2) nie może być:
  - ▶ a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,
  - ▶ b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - ▶ c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
- ▶ 3) Uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- ▶ 4) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
- ▶ 5) posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- ▶ 6) **wskazać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego.**

# LEKARZ WYKONUJĄCY INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ **WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO** NA PODSTAWIE UMOWY Z TYM PODMIOTEM

- ▶ 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- ▶ 2) nie może być:
  - ▶ a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
  - ▶ b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - ▶ c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
- ▶ 3) Uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- ▶ 4) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

- ▶ W ramach grupowej praktyki lekarskiej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane **wyłącznie** przez lekarzy będących wspólnikami albo partnerami spółki

- ▶ Miejscem wezwania, **nie może być** przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego



- ▶ Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach **wolontariatu**, na zasadach określonych w porozumieniu z podmiotem leczniczym.

# STUDENCI ZDOBYWAJĄCY KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO ORAZ UCZESTNICY STUDIÓW DOKTORANCKICH

- ▶ **Mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych** w ramach kształcenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni, w której prowadzone jest kształcenie w kierunkach medycznych, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia.

# Pomieszczenia i urządzenia podmiotu

wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

- 1) ogólnoprzestrzennych
- 2) sanitarnych;
- 3) instalacyjnych.

# REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- ▶ Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa **regulamin organizacyjny** ustalony przez kierownika.

# W REGULAMINIE ORGANIZACYJNYM PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OKREŚLA SIĘ W SZCZEGÓLNOŚCI:

- 1) firmę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;

# W REGULAMINIE ORGANIZACYJNYM PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OKREŚLA SIĘ W SZCZEGÓLNOŚCI:

7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;

8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;

# W REGULAMINIE ORGANIZACYJNYM PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OKREŚLA SIĘ W SZCZEGÓLNOŚCI:

- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

# W REGULAMINIE ORGANIZACYJNYM PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OKREŚLA SIĘ W SZCZEGÓLNOŚCI:

- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.5)) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 12) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.



Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty

9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ....

11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta....

12) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;

# UBEZPIECZENIE OC

- ▶ Kierownik niezwłocznie, **nie później niż w terminie 7 dni** od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

# Do regulaminu **organizacyjnego praktyk zawodowych** nie stosuje się przepisów 3, 6–8, 11 i 13.

- (3. strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,....;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek...;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami...;
- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok....;
- 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami)

Do regulaminu organizacyjnego podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju **świadczenia ambulatoryjne** nie stosuje się przepisu pkt 11.

(11. wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta ...)

# ZASADY FUNKCJONOWANIA PODMIOTÓW LECZNICZYCH

# PODMIOT LECZNICZY WYKONUJĄCY DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W RODZAJU STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE JEST OBOWIĄZANY

1) w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego;

2) w razie śmierci pacjenta:

a) należy przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,

b) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

# WYPISANIE, JEŻELI PRZEPISY ODRĘBNE NIE STANOWIĄ INACZEJ, NASTĘPUJE:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta **nie wymaga dalszego** udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) **na żądanie pacjenta** lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy pacjent w **sposób rażący narusza porządek** lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

# WYPISANIE, JEŻELI PRZEPISY ODRĘBNE NIE STANOWIĄ INACZEJ, NASTĘPUJE:

Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia **wymaga dalszego udzielania** świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

W przypadku, o którym mowa wyżej, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.



# WYPISANIE, JEŻELI PRZEPISY ODRĘBNE NIE STANOWIĄ INACZEJ, NASTĘPUJE:

- ▶ Pacjent występujący z żądaniem wypisania jest **informowany** przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych.
- ▶ Pacjent taki składa **pisemne oświadczenie** o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

- ▶ **Gmina** właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta **pokrywa koszty transportu** sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.

- ▶ **Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga** dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, **ponoszą koszty pobytu** pacjenta, począwszy od upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

# SEKCJA ZWŁOK

- 1, Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się w przypadkach:
  - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
  - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
  - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

# SEKCJA ZWŁOK

1. Dokonanie sekcji zwłok **nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin** od stwierdzenia zgonu.
2. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok **przed upływem 12 godzin**, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o **pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu** komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez zarząd spółki kapitałowej.
3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do osób osadzonych zmarłych w **zakładach karnych i aresztach śledczych**.

- ▶ W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem **odpowiedzialność za szkody** będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, **ponoszą solidarnie** odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.

# ZAPRZESTANIE DZIAŁALNOŚCI

- ▶ Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:
  - 1) całkowicie;
  - 2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.
- ▶ Czasowe zaprzestanie wymaga **zgody wojewody**.

- ▶ **Osoby zatrudnione w szpitalu** oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu **identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.**
- ▶ W szpitalu dla osób pozbawionych wolności stosuje się **numeryczne znaki identyfikacyjne** osób zatrudnionych.



# ZNAKI IDENTYFIKACYJNE

- ▶ Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne.
- ▶ Przepisu nie stosuje się do pacjentów szpitala dla osób pozbawionych wolności.
- ▶ Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, **zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.**

# PODMIOTY LECZNICZE O SZCZEGÓLNEJ REGULACJI

# WYŁĄCZENIA NIEKTÓRYCH PRZEPISÓW DLA PODMIOTÓW

- tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego
- tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości
- do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej
- utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności

# PODMIOTY LECZNICZE NIEBĘDĄCE PRZEDSIĘBIORCAMI

- ▶ **Ustrój podmiotu** leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie **określa statut.**

- ▶ **Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą** udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów **nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.**

1. Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą **ponosi kierownik.**

2. Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą **może być osoba, która:**

- 1) posiada wykształcenie wyższe;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- 3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą  
**działa rada społeczna**, która jest organem:

- 1) inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego;
- 2) doradczym kierownika.



W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się **konkurs na stanowisko:**

- 1) kierownika;
- 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem;
- 3) ordynatora;
- 4) naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek;
- 5) pielęgniarki oddziałowej.

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ▶ Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.
- ▶ Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania.
- ▶ Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- ▶ 1) z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;
- ▶ 2) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności;
- ▶ 3) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;
- ▶ 4) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami;

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ▶ **Likwidacja** samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego.

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ▶ Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki **zdrowotnej po jego likwidacji** stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ▶ Połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez:
  - 1) **przeniesienie całego mienia** co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący);
  - 2) **utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej** powstałego co najmniej z dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

# SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ▶ **Przekształcenie** samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową odbywa się na zasadach określonych w przepisach ustawy



# PODMIOT LECZNICZY W FORMIE JEDNOSTKI BUDŻETOWEJ

# PODMIOT LECZNICZY W FORMIE JEDNOSTKI BUDŻETOWEJ

Tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej następuje w drodze:

1) zarządzenia:

a) ministra,

b) centralnego organu administracji rządowej,

c) wojewody;

2) uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego.

# PODMIOT LECZNICZY W FORMIE JEDNOSTKI BUDŻETOWEJ

- ▶ Podmiot, o którym mowa w art. 83, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.
- ▶ Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać **7 godzin 35 minut na dobę** i przeciętnie **37 godzin 55 minut na tydzień** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
2. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać **8 godzin na dobę** i przeciętnie **40 godzin na tydzień** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać **7 godzin 35 minut na dobę** i przeciętnie **37 godzin 55 minut na tydzień** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
2. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać **8 godzin na dobę** i przeciętnie **40 godzin na tydzień** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

3. Czas pracy **pracowników niewidomych** zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać **6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień** w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

4. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1–3, nie może przekraczać 3 miesięcy.

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ▶ **Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego**
- ▶ **Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy**

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ▶ **Pracownicy**, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą być, **po wyrażeniu na to zgody na piśmie**, zobowiązani do pracy w wymiarze **przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień** w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nie stosuje się.
- ▶ Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej **11 godzin** nieprzerwanego odpoczynku.



# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ▶ **Pracownicy pełniącemu dyżur medyczny** okres odpoczynku powinien być udzielony **bezpośrednio** po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.
- ▶ **Pracownikowi** przysługuje w każdym tygodniu prawo do **co najmniej 35 godzin** nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.
- ▶ W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi, o którym mowa w art. 95 ust. 1 (**dyżur**), przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- I. **Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.**
  - ▶ 2. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych **przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.**

# CZAS PRACY PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne **przysługuje dodatek w wysokości:**

- 1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;
- 2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

# REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

- ▶ Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, **wniosek o wpis do rejestru podmiotów**

# DANE REJESTROWE

- 1) imię i nazwisko albo firmę;
- 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) określenie przedsiębiorstwa oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

# DANE REJESTROWE

- 7) numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego albo ewidencji działalności gospodarczej;
- 8) numer REGON;
- 9) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 10) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

# DANE REJESTROWE

Wraz z wnioskiem wnioskodawca **składa oświadczenie** następującej treści:

„Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.



# DANE REJESTROWE

- ▶ Do wniosku, **dołącza się dokumenty** potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej

**LEKARZ, KTÓRY ZAMIERZA WYKONYWAĆ ZAWÓD W RAMACH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, SKŁADA ORGANOWI PROWADZĄCEMU REJESTR, WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU ZAWIERAJĄCY NASTĘPUJĄCE DANE:**

- 1) imię i nazwisko lekarza;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 3) formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w przypadku wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;

**LEKARZ, KTÓRY ZAMIERZA WYKONYWAĆ ZAWÓD W RAMACH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, SKŁADA ORGANOWI PROWADZĄCEMU REJESTR, WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU ZAWIERAJĄCY NASTĘPUJĄCE DANE:**

- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

LEKARZE ZAMIERZAJĄCY WYKONYWAĆ ZAWÓD W RAMACH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ **JAKO GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ** W CELU UZYSKANIA WPISU DO REJESTRU SKŁADAJĄ WNIOSEK ZAWIERAJĄCY:

- ▶ 1) listę lekarzy wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
- ▶ 2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2–7;
- ▶ 3) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej;
- ▶ 4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

# Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru

- ▶ Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:
  - 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw
  - 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt I – w przypadku podmiotu leczniczego.
- ▶ Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłat

# ORGANEM PROWADZĄCYM REJESTR JEST

- 1) **wojewoda** właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
- 2) **okręgowa rada lekarska** właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk,
- 3) **okręgowa rada pielęgniarek i położnych** właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę – w odniesieniu do tych praktyk

- ▶ 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest **obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany** danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.
- ▶ 2. W **przypadku niezgłoszenia zmiany** danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę** określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
- ▶ 3. W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałą w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje **właściwa okręgowa rada lekarska**.
- ▶ 4. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałą w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje **właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych**.

# WPIS DO REJESTRU PODLEGA WYKREŚLENIU W PRZYPADKU

- 1) złożenia oświadczenia, niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru;
- 3) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem;
- 4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych,



# WPIS DO REJESTRU PODLEGA WYKREŚLENIU W PRZYPADKU

- 5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;
- 6) bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższego niż 3 miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;
- 7) skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej

# PODMIOT, KTÓRY ZAMIERZA WYKONYWAĆ DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ JAKO PODMIOT LECZNICZY, SKŁADA ORGANOWI REJESTROWEMU:

- ▶ **Wniosek o wpis do rejestru** – zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781, z późn. zm.)
- ▶ **Wykaz jednostek organizacyjnych**
- ▶ **Wykaz komórek organizacyjnych**
- ▶ **Decyzję właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnianiu przez pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego wymagań określonych w art. 22 ustawy o działalności leczniczej**
- ▶ **Oświadczenie**, o którym mowa w art. 100 ust. 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej
- ▶ **Dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia** wystawiony przez ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 25 ust.3 ustawy o działalności leczniczej. Przepis art. 25 ust.3, stosuje się od dnia 1 stycznia 2012r.

# KONTROLA PODMIOTÓW

- ▶ 1. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie.
- ▶ 2. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych.

# KONTROLA PODMIOTÓW

- ▶ 3. Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:
  - ▶ 1) żądania informacji i dokumentacji;
  - ▶ 2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - ▶ 3) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
  - ▶ 4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
  - ▶ 5) wglądu do dokumentacji medycznej;
  - ▶ 6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

# KONTROLA PODMIOTÓW

- ▶ 4. Czynności wymienione w ust. 3 pkt 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.
- ▶ 5. Organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli:
  - a) konsultantom wojewódzkim,
  - b) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.

# ZASADY PRZEKAZYWANIA ŚRODKÓW PUBLICZNYCH PODMIOTOM WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

## **Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:**

- ▶ 1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
- ▶ 2) remonty;
- ▶ 3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- ▶ 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

## Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- ▶ 5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- ▶ 6) realizację programów wieloletnich;
- ▶ 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.



# KONTROLA I NADZÓR

- ▶ Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem:
  - ▶ 1) zgodności z prawem;
  - ▶ 2) medycznym.
  
- ▶ Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli
  - ▶ 1) wojewodom;
  - ▶ 2) konsultantom krajowym,
  - ▶ 3) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Podstawa prawna

**Art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620)** w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją", jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

### Dokumentację stanowi:

- 1) dokumentacja **indywidualna** - odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentacja **zbiorcza** - odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną **wewnętrzną** - przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej "podmiotem";
- 2) dokumentację indywidualną **zewnętrzną** - przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 6) karta wizyty patronażowej;
- 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
- 3) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska;
- 4) karta przebiegu ciąży;
- 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.



# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej **dokonuje się wpisu** o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się **niezwłocznie** po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
2. Każdy wpis w dokumentacji **opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,**
3. Wpis dokonany w dokumentacji **nie może być z niej usunięty,** a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są **numerowane** i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, **strony wydruku są numerowane.**

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

1. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci **papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta**. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się **oznaczenia "NN"**, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

3. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej **włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji** lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
4. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej **nie może być z niej usunięty.**

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według **Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta**.
2. Numer statystyczny, o którym mowa w ust. 1, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. **W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.**

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej **oświadczenie pacjenta** :

1) o **upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;



# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej **oświadczenie pacjenta** :

2) o upoważnieniu osoby bliskiej **do uzyskiwania dokumentacji**, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej **oświadczenie pacjenta** :

3) o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na **przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego**, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej "ustawą".

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

Osoba kierująca 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.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:**

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie,**
- 2) oznaczenie pacjenta,**
- 3) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację;**
- 4) inne informacje lub dane, w szczególności rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji;**
- 5) datę wystawienia skierowania;**
- 6) oznaczenie osoby kierującej na badanie lub konsultację**

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:**

**1) oznaczenie podmiotu:**

- a) nazwę podmiotu,
- b) adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
- c) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.2)), zwany dalej "kodem resortowym", stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:**

- d) **nazwę jednostki organizacyjnej** oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- e) **nazwę komórki organizacyjnej**, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- f) **numer wpisu do rejestru** prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej,
- g) **numer wpisu do rejestru** prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych - w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych i grupowej praktyki pielęgniarek, położnych;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**2. Oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, w przypadku dziecka do 1 roku życia - także numer PESEL matki dziecka, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)**

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) 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,
- 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;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**3. Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:**

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis



# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

- 4) datę dokonania wpisu;
- 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
  - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
  - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
  - c) zalecenia,
  - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich,
  - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach;
- 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci **elektronicznej** oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lit. a-d, oraz może zawierać podpis elektroniczny

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Przepisy ogólne

**Dokumentacja zbiorcza**, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, **zawiera**

- 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,
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych,
- datę dokonania wpisu
- oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
  - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
  - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć
  - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
  - d) księgi chorych oddziału,
  - e) księgi raportów lekarskich,

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:

- f) księgi raportów pielęgniarских,
- g) księgi zabiegów,
- h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
- i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
- j) księgi noworodków,
- k) księgi pracowni diagnostycznej;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

3) dokumentację **indywidualną zewnętrzną** w formie

- a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
- b) skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem
- c) oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Historię choroby zakłada się **niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.**



# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga **wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego** w tej samej komórce organizacyjnej szpitala, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu;
- 4) kartę gorączkową;
- 5) kartę zleceń lekarskich;
- 6) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane;
- 8) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 52 ust. 2;
- 9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
- 10) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

Każdy z dokumentów dodatkowych zawiera co najmniej **imię i nazwisko pacjenta.**

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

Do historii choroby dołącza się **oświadczenia pacjenta**, jeżeli nie zostały zamieszczone w historii choroby.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dodatkowo:

- 1) **numer w księdze głównej** przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
- 2) **numer w księdze chorych oddziału**, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
- 3) **tryb przyjęcia**;
- 4) **datę przyjęcia pacjenta** do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i **minuty** w systemie 24-godzinnym;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Szpital sporządza i prowadzi

Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dodatkowo:

- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 7) oznaczenie lekarza przyjmującego

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## Skierowanie, do szpitala zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie
- 2) oznaczenie pacjenta,
- 3) rozpoznanie ustalone przez lekarza albo położną wystawiających skierowanie;
- 4) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 5) datę wystawienia skierowania;
- 6) oznaczenie lekarza albo położnej wystawiających skierowanie,



# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Historia choroby, w części dotyczącej **przebiegu hospitalizacji**, zawiera:

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Do historii choroby w części, dotyczącej przebiegu hospitalizacji dołącza się:**

- 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
  - 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
  - 3) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarских lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarской lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.
3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Do historii choroby w części, dotyczącej przebiegu hospitalizacji dołącza się:**

4. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.
5. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.
6. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## **Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:**

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 6) datę wypisu.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi zawiera:**

- 1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
  - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
  - b) przyczynę wtórną,
  - c) przyczynę bezpośrednią;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;
- 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Niezwłocznie po urodzeniu noworodka zakłada się kartę noworodka, która zawiera.....**

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka **kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.**

Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego **podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem**

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:**

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim;
- 2) opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 6) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.



## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Dwa egzemplarze** karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu.

**Trzeci egzemplarz** karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.

**W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej**, karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby, a jej wydruk w postaci papierowej jest wydawany w dwóch egzemplarzach pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza **protokół badania sekcyjnego** z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.

W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej protokół badania sekcyjnego jest sporządzany w **dwóch egzemplarzach**, z których jeden jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję, a drugi - jest dołączany do historii choroby.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym.

W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz podaje ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Zakończoną historię choroby** lub kartę noworodka przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do **archiwum szpitala**.

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera**

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA

## **Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera**

- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 9) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta - datę zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 13) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 15) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;

# KSIĘGA ODMÓW PRZYJĘĆ I PORAD AMBULATORYJNYCH UDZIELANYCH W IZBIE PRZYJĘĆ, OPATRZONA NUMEREM KSIĘGI, ZAWIERA

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- ▶ 3) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- ▶ 4) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- ▶ 5) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- ▶ 6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;
- ▶ 7) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;

# KSIĘGA ODMÓW PRZYJĘĆ I PORAD AMBULATORYJNYCH UDZIELANYCH W IZBIE PRZYJĘĆ, OPATRZONA NUMEREM KSIĘGI, ZAWIERA

- ▶ 8) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- ▶ 9) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- ▶ 10) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- ▶ 11) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- ▶ 12) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- ▶ 13) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- ▶ 14) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.



- ▶ **W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.**

▶ **Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zawiera:**

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny pacjenta;
- ▶ 3) datę i godzinę dokonania wpisu;
- ▶ 4) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 lit. a, d i e ustawy;
- ▶ 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- ▶ 6) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem;
- ▶ 7) termin udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- ▶ 8) datę i przyczynę skreślenia;
- ▶ 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

## ▶ **Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:**

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer pacjenta w księdze;
- ▶ 3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- ▶ 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- ▶ 5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- ▶ 6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- ▶ 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- ▶ 8) rozpoznanie wstępne;
- ▶ 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- ▶ 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- ▶ 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d.

# Księga raportów lekarskich zawiera:

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny wpisu;
- ▶ 3) datę sporządzenia raportu;
- ▶ 4) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- ▶ 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

# Księga raportów pielęgniarских zawiera:

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny wpisu;
- ▶ 3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- ▶ 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- ▶ 5) datę sporządzenia raportu;
- ▶ 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

## Księga zabiegów zawiera:

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- ▶ 3) datę wykonania zabiegu;
- ▶ 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- ▶ 5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- ▶ 7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

- ▶ Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera .....
- ▶ Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera .....
- ▶ Księga noworodków zawiera .....

## Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- ▶ 3) datę wpisu i datę wykonania badania;
- ▶ 4) imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- ▶ 5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 6) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- ▶ 7) adnotację o rodzaju badania;
- ▶ 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.



**Zakład opieki zdrowotnej lub jego komórka organizacyjna, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:**

- ▶ 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- ▶ 2) dokumentację zbiorczą w formie:
  - ▶ a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
  - ▶ b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
  - ▶ c) księgi chorych oddziału,
  - ▶ d) księgi zabiegów,
  - ▶ e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

**Zakład opieki zdrowotnej lub jego komórka organizacyjna, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:**

W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę obserwacji;
- 2) kartę gorączkową;
- 3) kartę zleceń lekarskich;
- 4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 5) wyniki badań diagnostycznych;
- 6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

## Zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
  - a) księgi przyjęć,
  - b) kartoteki środowisk epidemiologicznych.
  - c) księgi pracowni diagnostycznej,
  - d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
  - e) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej.

- ▶ Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego **po raz pierwszy** pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w zakładzie opieki zdrowotnej,

**Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 (Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:)**

**oraz dodatkowo informacje dotyczące:**

- ▶ 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- ▶ 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- ▶ 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.

- ▶ **W przypadku gdy 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.3)), w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.**

**Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:**

- ▶ 1) przebytych chorobach;
- ▶ 2) chorobach przewlekłych;
- ▶ 3) pobytach w szpitalu;
- ▶ 4) zabiegach lub operacjach;
- ▶ 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- ▶ 6) uczuleniach;
- ▶ 7) obciążeniach dziedzicznych.

# Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- ▶ 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- ▶ 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- ▶ 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- ▶ 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- ▶ 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- ▶ 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
- ▶ 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- ▶ 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- ▶ 9) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.



# Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

- ▶ 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- ▶ 2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarstwa lub położniczej;
- ▶ 3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarstwa lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- ▶ 4) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

## Do historii zdrowia i choroby dołącza się

- kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego
- odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

# Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi

**kartę przebiegu ciąży**, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
- 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.

## Kartoteka środowisk epidemiologicznych zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres;
- 4) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i imiona oraz daty urodzenia;
- 5) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

- ▶ **Do księgi pracowni diagnostycznej** sporządzanej i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 36.
- ▶ **Do księgi zabiegów** sporządzanej i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 32.

▶ **Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:**

**1) dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;**

▶ **2) dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego**

## Księga dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzin-nym;
- ▶ 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- ▶ 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- ▶ 5) oznaczenie wzywającego;
- ▶ 6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, i jego numer telefonu, jeżeli są znane;
- ▶ 7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);
- ▶ 8) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- ▶ 9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;
- ▶ 10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wystania zespołu ratownictwa medycznego;
- ▶ 11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.

- ▶ **Wzór karty zlecenia wyjazdu** zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.
- ▶ **Wzór karty medycznych czynności ratunkowych** określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.
- ▶ Karta medycznych czynności ratunkowych **jest wystawiana w dwóch egzemplarzach**, z których jeden jest wydawany pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej - jest przekazywany do tego zakładu.
- ▶ **Wzór karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego** określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.



## Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację:

- ▶ 1) zbiorczą w formie księgi pracowni;
- ▶ 2) indywidualną w formie karty zlecenia.
- ▶ 2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:
  - ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
  - ▶ 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
  - ▶ 3) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, b i d;
  - ▶ 4) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia;
  - ▶ 5) rodzaj zleczonej pracy;
  - ▶ 6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

## Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

- ▶ 1) zbiorczą w formie księgi zabiegów leczniczych;
- ▶ 2) indywidualną w formie karty pacjenta.
- ▶ 2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi, zawiera:
  - ▶ 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
  - ▶ 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
  - ▶ 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - ▶ 4) datę zabiegu leczniczego;
  - ▶ 5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

**DOKUMENTACJA PROWADZONA PRZEZ  
LEKARZA UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH**

**W RAMACH**

**INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ,  
INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ  
PRAKTYKI LEKARSKIEJ ALBO GRUPOWEJ  
PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

**Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej, zwanych dalej "praktyką lekarską",**

## **prowadzi dokumentację indywidualną**

- ▶ Dokumentacja, obejmuje dokumentację:
- ▶ 1) wewnętrzną w formie:
  - a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka,
  - b) karty obserwacji przebiegu porodu;
- ▶ 2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.

- ▶ Historię zdrowia i choroby **zakłada się** przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

## Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- ▶ 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach pacjenta;
- ▶ 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych;
- ▶ 3) ocenę środowiskową.

- ▶ Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.
- ▶ Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4. (1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;...;2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- ▶ Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące:
  - ▶ 1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem,
  - ▶ 2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

- ▶ W przypadku przyjmowania porodu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej stosuje się odpowiednio przepisy § 16 i 21.
- ▶ Do prowadzenia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 43.



DOKUMENTACJA PROWADZONA PRZEZ

**PIEŁĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ**

UDZIELAJĄCĄ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W  
RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI  
PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ, INDYWIDUALNEJ  
SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARKI,  
POŁOŻNEJ ALBO GRUPOWEJ PRAKTYKI  
PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki albo grupowej praktyki pielęgniarki, zwanych dalej "praktyką pielęgniarki",

prowadzi dokumentację indywidualną:

- ▶ 1) wewnętrzną w formie:
  - ▶ a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
  - ▶ b) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
  - ▶ c) karty wizyty patronażowej;
- ▶ 2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

- ▶ Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej albo grupowej praktyki położnej, zwanych dalej "praktyką położnej", prowadzi dokumentację indywidualną:
  - ▶ 1) wewnętrzną w formie:
    - ▶ a) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
    - ▶ b) karty wizyty patronażowej,
    - ▶ c) karty obserwacji przebiegu porodu;
  - ▶ 2) zewnętrzną w formie karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

- ▶ Kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej i kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego **zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.**

Dokumentacja, o której mowa w § 62 pkt 1 oraz w § 63 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- ▶ 1) informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;
- ▶ 2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- ▶ 3) informacje dotyczące oceny środowiskowej;
- ▶ 4) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.
- ▶ 2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.
- ▶ 3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4 pkt 1-3 i 7.

- ▶ Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.
- ▶ W przypadku **przyjmowania porodu** przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej stosuje się odpowiednio przepisy §16 i 21.
- ▶ Do prowadzenia przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej **karty przebiegu ciąży** stosuje się odpowiednio przepis §43.

DOKUMENTACJA PROWADZONA PRZEZ  
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ,  
PIEŁĘGNIARKĘ LUB HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ

**UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH UCZNIOM**

- ▶ **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** udzielający świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi **dokumentację indywidualną w formie karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia.**
- ▶ **Pielęgniarka lub higienistka szkolna** udzielająca świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi **indywidualną dokumentację ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.**



## **Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:**

- ▶ 1) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w okresie 12 miesięcy przed badaniem;
- ▶ 2) informacje o problemach zgłaszanych przez przedstawiciela ustawowego ucznia;
- ▶ 3) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiągniętych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacji z rówieśnikami, ewentualnych problemów szkolnych;

# Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- ▶ 4) informacje pielęgniarki lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
- ▶ 5) wyniki badania lekarskiego ucznia, w szczególności dotyczące wzrastania i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;
- ▶ 6) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeniach w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

- ▶ **Indywidualna dokumentacja ucznia** zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
  - ▶ 1) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;
  - ▶ 2) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;
  - ▶ 3) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.
- ▶ **Dokumentacja zbiorcza** uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:
  - ▶ 1) imiona i nazwiska uczniów i daty urodzenia;
  - ▶ 2) adnotację o przeprowadzeniu testów przesiewowych;
  - ▶ 3) informacje o działaniach profilaktycznych.

# PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI



- ▶ **Dokumentacja wewnętrzna** jest przechowywana przez podmiot, **który ją sporządził**.
- ▶ **Dokumentacja zewnętrzna** w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, **który zrealizował** zleczone świadczenie zdrowotne.

- ▶ Podmiot zapewnia **odpowiednie warunki zabezpieczające** dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
- ▶ **Miejsce przechowywania** bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot, a w zakładzie opieki zdrowotnej - kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych tego zakładu w porozumieniu z kierownikiem zakładu.
- ▶ Dokumentacja indywidualna wewnętrzna **przewidziana do zniszczenia** może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 pkt 2. za pokwitowaniem.

- ▶ **W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej** miejsce przechowywania dokumentacji określa:
  - ▶ 1) podmiot, który utworzył zakład;
  - ▶ 2) organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej,
  - ▶ 3) Jeżeli zadania zlikwidowanego zakładu opieki zdrowotnej przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje dokumentację tego zakładu.
- ▶ **W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki albo położnej w ramach praktyki pielęgniarki, położnej, odpowiednio lekarz, pielęgniarka albo położna** wydają dokumentację na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem.

# UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI





- ▶ Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.
- ▶ W przypadku udostępnienia dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
- ▶ W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

**SZCZEGÓLNE WYMAGANIA  
DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI  
PROWADZONEJ  
W POSTACI ELEKTRONICZNEJ**



Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, **pod warunkiem** prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- ▶ 1) **zabezpieczenie** dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- ▶ 2) **zachowanie integralności** i wiarygodności dokumentacji;
- ▶ 3) **stały dostęp do dokumentacji** dla osób uprawnionych oraz **zabezpieczenie przed dostępem** osób nieuprawnionych;

- ▶ 4) **identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;**
- ▶ 5) **udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;**
- ▶ 6) **eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;**
- ▶ 7) **wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.**

- ▶ W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być **dołączona dokumentacja** utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.
- ▶ W przypadku **wykonania odwzorowania cyfrowego**, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

- ▶ **Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:**
  - ▶ 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
  - ▶ 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
  - ▶ 3) przekazanie papierowych wydruków - na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.
- ▶ **Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.**
- ▶ W przypadku gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 2.

- ▶ W przypadku **przeniesienia dokumentacji** do innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji przyporządkowuje się datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej **uważa się za zabezpieczoną**, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- ▶ 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
- ▶ 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
- ▶ 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.



# Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:

- ▶ 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
- ▶ 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- ▶ 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
- ▶ 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;

# KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH

- ▶ 1. Czas trwania ciąży oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego (wg reguły Naegelego).
- ▶ 2. Poronieniem określa się wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).

# KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH

- ▶ 3. Urodzeniem żywym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.
- ▶ 4. Urodzeniem martwym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

**USTAWA**  
**z dnia 6 listopada 2008 r.**  
**o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

**Art. 29. 1.** Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek **uszkodzenia ciała lub zatrucia**, która jest przechowywana przez **okres 30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

2) **zdjęć rentgenowskich** przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez **okres 10 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

**USTAWA**  
**z dnia 6 listopada 2008 r.**  
**o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres **5 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
  - 4) dokumentacji medycznej **dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia**, która jest przechowywana przez **okres 22 lat**.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.**

**USTAWA**  
**z dnia 6 listopada 2008 r.**  
**o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

- Art. 28. 1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.**
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.).
3. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 **ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.**

# USTAWA

## z dnia 6 listopada 2008 r.

### o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

#### 4. Maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) **jedną stronę wyciągu** lub odpisu dokumentacji medycznej – **nie może przekraczać 0,002** przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) **jedną stronę kopii dokumentacji medycznej** – **nie może przekraczać 0,0002** przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
- 3) **sporządzenie wyciągu**, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – **nie może przekraczać 0,002** przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

# Oplata za udostępnienie dokumentacji medycznej

Podstawa wyliczenia - wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale	Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (stawki obowiązujące w okresie: <b>01.03-01.06.2013</b> )		
	1 strona wyciągu lub odpisu	1 strona kopii	wyciąg, odpis lub kopia na elektronicznym nośniku danych
	<b>maks. 0,002</b> przeciętnego wynagrodzenia	<b>maks. 0,0002</b> przeciętnego wynagrodzenia	<b>maks. 0,002</b> przeciętnego wynagrodzenia
IV kwartał 2012 3690,30zł	7,22 zł	0,74 zł	7,22 zł



# NADZÓR SPECJALISTYCZNY



# PODSTAWA PRAWNA

- ▶ **ROZPORZĄDZENIE**
- ▶ **MINISTRA ZDROWIA I)**
- ▶ z dnia 25 października 2002 r.
- ▶ **w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich.**
- ▶ (Dz. U. z dnia 14 listopada 2002 r.) z póź. zm.

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

Obejmuje działalność

- ▶ **Konsultantów Krajowych**
- ▶ **Konsultantów wojewódzkich**

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

- "§ 2. 1. **Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu powołania konsultanta krajowego** w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zwanego dalej "konsultantem krajowym", **występuje do stowarzyszeń zrzeszających specjalistów** w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zwanymi dalej "towarzystwami naukowymi", a w razie ich braku, w zakresie dziedziny pokrewnej, **o przedstawienie 3 kandydatów** do pełnienia funkcji konsultanta krajowego.
2. Towarzystwa naukowe, o których mowa w ust. 1, **przedstawiają w terminie 14 dni** kandydatów na konsultantów krajowych wraz z uzasadnieniem.

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

3. **Kandydat na konsultanta krajowego** musi posiadać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie - w dziedzinie pokrewnej.
4. **Ta sama osoba** może pełnić funkcję konsultanta krajowego tylko w jednej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

5. **Minister właściwy** do spraw zdrowia zwraca się do właściwych krajowych samorządów zawodowych oraz Prezydium Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, o przedstawienie, w terminie 14 dni, **opinii wraz z uzasadnieniem**, o wszystkich zgłoszonych kandydatach na konsultanta krajowego.
6. Po zapoznaniu się z opiniami, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje konsultanta krajowego **na okres 5 lat**.
7. W celu realizacji zadań związanych **wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju**, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej, powołuje konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny lub innych dziedzinach związanych z realizacją tych zadań na okres 5 lat.";

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

"§ 3. 1. **Wojewoda**, w celu powołania konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zwanego dalej "konsultantem wojewódzkim", **w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym**, przedstawia kandydaturę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii właściwych okręgowych samorządów zawodowych.

2. Kandydat na **konsultanta wojewódzkiego musi posiadać tytuł specjalisty** w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie - w dziedzinie pokrewnej.

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

3. Ta sama osoba **może pełnić funkcję** konsultanta wojewódzkiego tylko w jednej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.
4. Konsultantem wojewódzkim **może być także osoba**, która pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w tej samej dziedzinie w innym województwie.
5. Konsultantem wojewódzkim nie może być osoba pełniąca równocześnie funkcję konsultanta krajowego.
6. Wojewoda, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, **powołuje konsultanta wojewódzkiego na okres 5 lat**;



# § 5. ZADANIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

- 1) inicjowanie prowadzenia **badania epidemiologicznych** na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań;
- 2) **przeprowadzanie kontroli zakładów** opieki zdrowotnej dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia;
- 3) **kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych;**

# § 5. ZADANIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

- 4) **kontrola wyposażenia zakładów** opieki zdrowotnej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami;
- 5) **informowanie organów** administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej i kas chorych o **uchybieniach stwierdzonych** w wyniku kontroli;
- 6) **sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w danej** dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia na obszarze kraju na rok następny, w terminie do dnia 30 listopada każdego roku;
- 7) **opiniowanie programów specjalizacji;**

## § 5. ZADANIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

8) **sporządzanie opinii dotyczącej doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne;**

9) **sporządzanie opinii o realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy stomatologów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz nadzór nad ich merytoryczną realizacją;**

10) **wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych;**

11) **prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji w reprezentowanej dziedzinie;**

12) **na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, opiniowanie pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych;**

# § 5. ZADANIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

- l 3) prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej;
- l 4) wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków;
- l 5) opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą w trybie określonym w przepisach odrębnych;
- l 6) sporządzanie corocznego raportu dokumentującego realizację zadań i uprawnień w zakresie obejmującym reprezentowaną przez konsultanta krajowego dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

## § 5. ZADANIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO

- 1) przeprowadzanie, na obszarze województwa, **kontroli zakładów opieki zdrowotnej dotyczącej realizacji doskonalenia zawodowego** lekarzy, lekarzy stomatologów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne w zakresie wynikającym z programów kształcenia danego rodzaju;
- 2) **kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej** na obszarze województwa;
- 3) **kontrola wyposażenia zakładów** opieki zdrowotnej, usytuowanych na obszarze województwa, w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola efektywnego wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami;

# § 5. ZADANIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO

- 4) **informowanie** organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej i kas chorych o **uchybieniach stwierdzonych** w wyniku kontroli;
- 5) **sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych** w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia na rok następny na obszarze województwa, w terminie określonym przez właściwego konsultanta krajowego;
- 6) **sporządzanie opinii dotyczącej realizacji doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne** na obszarze województwa, w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia;

## § 5. ZADANIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO

- 7) **opiniowanie wniosków zakładów opieki zdrowotnej o wpisanie ich** na prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne;
- 8) **wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym** w zakresie zgodności z aktualnym stanem wiedzy z uwzględnieniem dostępności metod i środków;
- 9) **występowanie do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli jakości** udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny;

# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

- § 11. 1. **Konsultant krajowy, o którym mowa w § 2 ust. 1 i 4, oraz konsultanci wojewódzcy** w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia tworzą zespół współpracujący, w szczególności w zakresie realizacji zadań określonych w § 5-7.
2. **Konsultant krajowy, o którym mowa w § 2 ust. 1, sprawuje funkcję przewodniczącego zespołu, o którym mowa w ust. 1.**
  3. **Konsultant krajowy zwołuje co najmniej raz w roku posiedzenie zespołu, o którym mowa w ust. 1, powiadamiając właściwych konsultantów o terminie, miejscu i przedmiocie posiedzenia co najmniej 2 tygodnie przed jego terminem.**
  4. **Konsultant wojewódzki jest zobowiązany do udzielania konsultantowi krajowemu, o którym mowa w § 2 ust. 1, informacji i opinii niezbędnych do realizacji zadań określonych w rozporządzeniu.**



# NADZÓR SPECJALISTYCZNY

§ 12. 1. **Konsultant wojewódzki składa właściwemu wojewodzie oraz właściwemu konsultantowi krajowemu roczny raport, o którym mowa w § 7 pkt 12, w terminie do dnia 15 lutego za rok poprzedni.**

2. **Roczny raport, o którym mowa w § 5 pkt 16 i § 6 pkt 11, składają odpowiednio:**

1) konsultant krajowy, o którym mowa w § 2 ust. 1, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;

2) konsultant krajowy, o którym mowa w § 2 ust. 4, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Ministrowi Obrony Narodowej

**- w terminie do dnia 31 marca za rok poprzedni.**