



Minister Zdrowia

Warszawa,

2015 -11- 0 6

UZ-PR.024.54.2015

**Pani**

**Prof. nadz. dr hab. n. med.**

**Teresa Jackowska**

**Konsultant Krajowy**

**w dziedzinie pediatrii**

*Szanowne Pań Profesor!*

W odpowiedzi na pismo o nr KK/PED/16/09/2015 z dnia 30 września 2015 r. w sprawie interpretacji § 13 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem”, zgodnie z którym odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem uprzejmie informuję, że § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia dotyczy zarówno planowych przyjęć, jak i również pacjentów zgłaszających się na Izbę Przyjęć lub Szpitalny Oddział Ratunkowy. Przepis ten obowiązuje zarówno w przypadku gdy pacjenci zgłaszają się ze skierowaniem jak i w przypadku gdy nie posiadają skierowania.

Główną przesłanką do wprowadzenia dodatkowej konsultacji jest zapobieganie przypadkom odmowy przyjęć dziecka do szpitala, gdy rodzice z chorym dzieckiem byli kierowani z jednej placówki do drugiej. Ma to na celu poprawę bezpieczeństwa dzieci i zapewnienia im szczególnej opieki. Uregulowania dotyczące zmiany procedury odmowy przyjęcia dziecka do szpitala pomogą uniknąć sytuacji, w których niezasadna odmowa przyjęcia do szpitala powoduje stan zagrożenia życia lub zdrowia dziecka.

Odnosząc się natomiast do kwestii wykonania konsultacji w formie telefonicznej lub komunikacji elektronicznej należy wskazać, że obecnie zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Ponadto zgodnie z art. 42 ust. 1 tej ustawy lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu.

Jednakże na mocy ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, znowelizowano ww. art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na podstawie którego będzie możliwość przeprowadzania przez lekarza badań za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Przepis ten otrzymał następujące brzmienie: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.”

Ww. ustawa z dnia 9 października 2015r. oczekuje na ogłoszenie w Dzienniku Ustaw i wejdzie w życie 14 dni od dnia ogłoszenia. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronach Rządowego Centrum Legislacji planowany termin ogłoszenia ustawy w Dzienniku Ustaw to 27 listopada 2015 r., a więc prawdopodobny termin wejścia w życie ustawy to 12 grudnia 2015 r.

Odpowiadając na pytanie kto odnotowuje wynik konsultacji w dokumentacji medycznej uprzejmie informuję, że minimum informacji identyfikujących autora zarówno dokumentacji medycznej jako całości, jak i konkretnego wpisu w niej dokonanego, które powinny znaleźć się w owej dokumentacji, wymienia art. 25 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) oraz § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 z późn. zm.) Z powołanych wyżej przepisów wynika, że każda dokumentacja medyczna powinna zawierać:

- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 25 pkt 2 ustawy oraz § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia);

- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie (§ 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia);
- oznaczenie osoby dokonującej wpisu (§ 4 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia).

Obok oznaczenia podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych każdorazowy wpis w dokumentacji medycznej powinien dodatkowo zawierać oznaczenie osoby, która udzieliła świadczenia, oraz osoby, która dokonała wpisu. Chodzi tu więc w każdym wypadku o wskazanie osoby fizycznej, która w imieniu i na rzecz podmiotu leczniczego wykonała poszczególne czynności lecznicze względem pacjenta lub odnotowała fakt ich udzielenia w dokumentacji medycznej. Zwykle wpis dokonyje osoba, która udzieliła świadczenia – w takim wypadku wystarczy dokonanie jednorazowego oznaczenia. Jeśli jednak zdarzy się, że kto inny udzielał świadczenia (np. lekarz), a kto inny dokonywał odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej wówczas zgodnie z literalnym brzmieniem § 4 ust. 2 oraz § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w dokumentacji medycznej powinno znaleźć się oznaczenie identyfikujące obie te osoby z uwzględnieniem ich roli w procesie udzielania i dokumentowania świadczeń opieki zdrowotnej.

*z poważaniem*  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU  
*Sławomir Neumann*  
Sławomir Neumann

Do wiadomości:

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia