

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA – ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 6 KWIETNIA 2020 R. I PRZEPISY USTAW

WAŻNE INFORMACJE O SZKOLENIU:

Od połowy zeszłego roku obowiązuje konieczność: przekazywania do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz zapewnienia możliwości dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej. Ten drugi obowiązek to tzw. indeksacja EDM, do której wymagane jest posiadanie własnego repozytorium. Ponadto od 10 stycznia 2022 r. rehabilitacja lecznicza u świadczeniodawcy stała się obowiązkowo nowym e-skierowaniem. Wiedza z zakresu dokumentacji medycznej pozwala na prawidłowe dokumentowanie przebiegu leczenia, co ma zasadnicze znaczenie przy rozliczaniu świadczeń oraz w obronie przed zarzutem popełnienia błędu medycznego. Zasady prowadzenia dokumentacji są także jednym z głównych elementów badania w procesie uzyskiwania akredytacji w ochronie zdrowia oraz innych certyfikatów. Polecamy Państwu szkolenie, które poruszy najważniejsze kwestie związane z prowadzeniem niezbędnej elektronicznej dokumentacji medycznej w zależności od rodzaju świadczonych usług medycznych i przebiegu leczenia, zapewnieniem jej bezpiecznego przetwarzania i ochrony danych pacjenta.

CELE I KORZYŚCI:

- dostarczenie uczestnikom niezbędnej wiedzy na temat rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, jak również jego trzech zmian dotyczących COVID-19;
- omówienie aktualnie obowiązujących i przyszłych przepisów, zwłaszcza w kontekście wymogu stosowania kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu zaufanego, podpisu osobistego albo podpisywania dokumentacji z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym, udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- usystematyzowanie wiedzy pozwalającej na prawidłowe dokumentowanie przebiegu leczenia, co ma zasadnicze znaczenie przy rozliczaniu świadczeń oraz w obronie przed zarzutem popełnienia błędu medycznego;
- poznanie zasad prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, która jest jednym z elementów badania w procesie uzyskiwania certyfikatów, co pozwoli na ubieganie się o akredytację w ochronie zdrowia.

PROGRAM:

- 1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:**
 - dokumentacja indywidualna i zbiorcza. Dokumentacja wewnętrzna i zewnętrzna. Prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej, podpisywanie dokumentacji przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego – kiedy można?
 - prowadzenie dokumentacji w postaci papierowej „jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej” – co to oznacza?
 - dokument (a nie dokumentacja) prowadzony w jednej z postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich – skutki;
 - ułatwienia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. Brak dokumentacji zbiorczej – kiedy i kogo nie dotyczy? Ograniczenie zakresu danych zawartych w dokumentacji medycznej;
 - nowe reguły prowadzenia i podpisywania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, przekazywanie dokumentacji medycznej podmiotowi kierującemu na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie. Oświadczenia pacjentów składane jako reguła przez IKP. Zasady dołączania dokumentacji zewnętrznej. Zasady niszczenia dokumentacji papierowej. Asystenci medyczni z identyfikatorem. Wprowadzenie dokumentacji medycznej dla fizjoterapeutów.
- 2. Konieczne elementy dokumentacji medycznej, w tym:**
 - historii zdrowia i choroby; historii choroby; karty noworodka; karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa; karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; karty wizyty patronażowej; karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej; karty wywiadu środowiskowo – rodzinnego; karty medycznych czynności ratunkowych; karty uodpornienia; karty przebiegu znieczulenia; karty obserwacji; karty obserwacji porodu; wyników badań diagnostycznych wraz z opisem; protokołu operacyjnego; okołoperacyjnej karty kontrolnej; skierowania do szpitala

lub innego podmiotu, udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne; skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie; karty przebiegu ciąży; książeczki zdrowia dziecka; karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego; książeczki szczepień; zaświadczenia; orzeczenia; opinii (lekarskiej lub wydawanej przez inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych).

3. Przekazywanie do SIM danych zdarzenia medycznego:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwane „rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji”; odpowiednie stosowanie tego rozporządzenia także do podmiotów komercyjnych;
- przekazywanie danych zdarzenia medycznego przez podmioty kontraktujące z NFZ również do SIM; zakres przekazywanych danych (dla uproszczenia na przykładzie podmiotu leczniczego);
- dane identyfikujące świadczenie zdrowotne, czyli przede wszystkim kod świadczenia zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji;
- 22 jednostki statystyczne utworzone pierwotnie na potrzeby rozliczeń z NFZ;
- data (czasami również godzina) rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego, kod przyczyny głównej i przyczyn współistniejących według ICD 10, kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według ICD 9 oraz numer identyfikujący e-skierowanie; dane usługodawcy; dane usługobiorcy; dane miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego; dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego; dane dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej zgodnie ze standardem HL7 oraz w odniesieniu do dokumentacji obrazowej, w formacie DICOM, wytworzonej w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym;
- inne dane pozwalające na identyfikację zdarzenia medycznego; terminy przekazania; sposób przekazania (format komunikatów elektronicznych).

4. Indeksacja EDM:

- zgodność z Polską Implementacją Krajową (PIK) HL7 CDA (Clinical Document Architecture);
- opracowanie „Minimalnych wymagań technicznych” V1.4.7;
- obowiązek posiadania **repozytorium EDM podłączonego do SIM**;
- identyfikator nadawany przez system usługodawcy;
- rodzaj EDM; data wytworzenia; tryb udostępniania (online/offline); adres repozytorium, w którym jest przechowywana dokumentacja medyczna; jak to działa?

5. e-Skierowanie jako obowiązkowy dokument od 8 stycznia 2021 r.:

- dokument elektroniczny, podpisywany na ekranie komputera; wszystkie skierowania czy tylko niektóre?
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej;
- rehabilitacja lecznicza u świadczeniodawcy, jako nowe e-skierowanie - obowiązkowo od 10 stycznia 2022 r.;**
- kod dostępu do e-skierowania; wydruk informacyjny, e-mail, esemes lub „inna uzgodniona forma”;
- papierowe skierowanie po 7 stycznia 2021 r. – czy i jak je obsłużyć?
- przykłady braku dostępu do systemu P1 – czy trzeba odnotowywać?
- upoważnienie do wystawiania e-skierowań przez inne osoby (tryb i warunki);
- aplikacja gabinet.gov.pl jako bezpłatne narzędzie do wystawiania skierowań.

6. e-Recepta jako obowiązkowy dokument od 8 stycznia 2020 r.:

- dokument elektroniczny, podpisywany na ekranie komputera;
- e-recepta w postaci papierowej tylko do dnia 7 stycznia 2020 r. - wykaz wyjątków;
- 1 e-recepta = 1 lek; recepta zbiorcza (pakiet recept); kod dostępu oraz klucz dostępu do recepty lub pakietu recept;
- wydruk informacyjny, e-mail, esemes lub „inna uzgodniona forma”;
- co z wizytami domowymi?
- inne przykłady braku dostępu do systemu P1 – czy trzeba odnotowywać?
- data ważności e-recepty;
- udogodnienia dla pacjenta, ale jeden lek = jedna apteka (kiedy?);
- upoważnienie do wystawiania e-recept przez inne osoby (tryb i warunki);
- aplikacja gabinet.gov.pl jako bezpłatne narzędzie do wystawiania recept.

7. COVID-19 a dokumentacja medyczna:

- szpitale tymczasowe;
- skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19;
- Karta Szczepień.

8. Digitalizacja dokumentacji medycznej:



- możliwość zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną (wyjątki);
- jak następuje digitalizacja dokumentacji medycznej?
- czy można wykorzystać każdy z podpisów zewnętrznych?
- dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu;
- obowiązek wezwania pacjenta do odbioru – przykłady jak optymalnie przeprowadzić proces od strony organizacyjnej;
- możliwość digitalizacji deklaracji wyboru i dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- czy istnieje obowiązek digitalizacji dokumentacji medycznej?

9. Podłączenie systemów usługodawców do systemu P1:

- definicja „elektronicznej dokumentacji medycznej” (ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia);
- definicja „dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej” (rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej); porównanie pojęć;
- podłączenie systemów usługodawców do systemu P1 - kogo dotyczy?
- sposób rejestracji, czyli procedura utworzenia wniosku krok po kroku;
- generator plików CSR oraz certyfikaty TLS i WSS;
- podłączenie poprzez skorzystanie z aplikacji gabinet.gov.pl – dla kogo?
- co usługodawca zamieszcza w SIM w czasie rzeczywistym, co niezwłocznie, nie później niż w terminie 1 dnia od zakończenia zdarzenia medycznego?
- instrukcja stosowania Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA; terminy wdrożenia.

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej:

- informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala;
- informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego;
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego; termin wejścia w życie;
- czy te dokumenty należy zamieszczać w SIM?

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej:

- opis badań diagnostycznych, innych niż laboratoryjne; wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem;
- jak rozróżnić które dokumenty od kiedy mają być elektroniczne? Prezentacja stanowiska Ministerstwa Zdrowia.

12. Pozostałe nowości elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM):

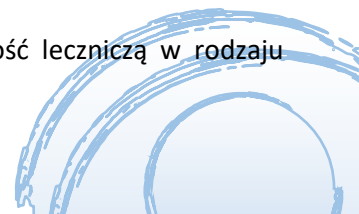
- internetowe konto pacjenta (IKP); aplikacja gabinet.gov.pl jako bezpłatne narzędzie do wystawiania e-recept i e-skierowań; e-zlecenie;
- informacja dla pacjenta w formie SMS lub e-mail (wskazane w SIM);
- indeksacja dokumentacji medycznej;
- przekazywanie do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji; terminy wdrożenia.

13. e-ZLA, czyli zaświadczenie lekarskie w formie elektronicznej:

- upoważnienie do wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA) w formie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; kwalifikowany podpis elektroniczny; podpis potwierdzony profilem zaufanym ePUAP;
- sposób potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych, dostępny w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez ZUS; elektroniczna skrzynka podawcza ZUS;
- treść zaświadczenia lekarskiego;
- profil informacyjny każdego lekarza;
- rejestr zwolnień lekarskich w ZUS; kontrola prawidłowości zwolnień lekarskich; cofnięcie upoważnienia do wystawiania zwolnień lekarskich;
- procedura awaryjna w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu;
- opis krok po kroku jak uzyskać decyzję ZUS, a następnie wystawić zwolnienie lekarskie w formie elektronicznej;
- upoważnienie do wystawiania zwolnień lekarskich przez inne osoby (tryb i warunki); wymóg dla wszystkich lekarzy w Polsce od 1 grudnia 2018 r.

14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- § 10a uchylony, nie wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.; przyszłościowo bardzo ważna zmiana dla świadczeniodawców;
- elektroniczna historia choroby – w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;



- elektroniczna historia zdrowia i choroby – w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; wyjątek dla praktyk indywidualnych realizujących umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
- co z podmiotami leczniczymi wykonującymi stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne?
- warunek „*prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku*” (5 punktów).

15. Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej:

- co sprawdzić przed nabyciem programu komputerowego?
- identyfikacja osoby dokonującej wpisu i rejestrowanych przez nią zmian;
- wydruk w formach określonych w rozporządzeniu;
- reguły skanowania dokumentacji papierowej do programu komputerowego;
- zasady niszczenia dokumentacji papierowej – kiedy i jak?
- udostępnianie i eksport danych.

16. Dokumentacja prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę lub położną, wystawiających recepty dla siebie (pro auctore) albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (pro familiae).

17. Dokumentacja medyczna w badaniach klinicznych.

18. Dokumentacja medyczna w medycynie pracy.

19. Warunki i okres przechowywania dokumentacji medycznej.

20. Udostępnianie dokumentacji medycznej:

- pacjentowi; osobie trzeciej; wykaz uprawnionych organów i podmiotów z ustawy; pojęcie wyciągu, odpisu i kopii; czy pacjent ma prawo do oryginałów dokumentacji? czy można przysyłać dokumentację medyczną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej? nowa wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej; wykaz zawierający informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej – obowiązkowy od 11 maja 2017r.; prawo do bezpłatnego udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu;
- zakres prawa do nieodpłatnego egzemplarza dokumentacji (wyłączenia); bez opłaty tylko na wyraźny wniosek pacjenta? Jak się zachować przy udostępnianiu dokumentacji medycznej?

21. Zgoda na zabieg medyczny:

- zgoda pacjenta; zakres uprawnień opiekuna faktycznego; prawa pacjenta małoletniego; rola sądu opiekuńczego;
- postępowanie wobec pacjenta nieprzytomnego; prawo do informacji o stanie zdrowia.

22. Case study.

23. Zajęcia warsztatowe. Dyskusja.

ADRESACI:

Przedstawiciele wszystkich podmiotów działających w sferze ochrony zdrowia, w tym szczególnie osoby zarządzające podmiotami leczniczymi (zakoładami opieki zdrowotnej), lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, pracownicy działów statystyki medycznej, sekretarki medyczne, pozostali pracownicy podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych biorący udział w powstawaniu dokumentacji medycznej.

PROWADZĄCY:

Adwokat, dyrektor zarządzający Kancelarii Prawnej LexFirma.pl w Krakowie. Wieloletni trener szkoleń z zakresu prawa gospodarczego i finansów, realizowanych w ramach projektów na zlecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Finansów, Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz innych ministerstw i urzędów centralnych. Prowadzi szkolenia z prawa medycznego dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Autor publikacji i analiz w prasie branżowej, stale współpracuje z miesięcznikami „Zarządzanie placówką medyczną”, „Lekarz kontraktowy”, „Dokumentacja medyczna w praktyce” i „Rozliczenia księgowe działalności leczniczej”. Ekspert serwisów InfoNFZ.pl i SerwisZOZ.pl. Bogate doświadczenie zdobywał jako wicedyrektor działu prawnego spółki publicznej oraz redaktor portalu prawno-medycznego. Członek Izby Adwokackiej w Krakowie.



INFORMACJE ORGANIZACYJNE I KARTA ZGŁOSZENIA

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA – ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 6 KWIETNIA 2020 R. I PRZEPISY USTAW



Szkolenie będziemy realizowali w formie webinarium on line.



16 maja 2022 r.

Szkolenie w godzinach 9:00- 15:30



Cena: 365 PLN netto/os. Udział w szkoleniu zwolniony z VAT w przypadku finansowania szkolenia ze środków publicznych.

CENA zawiera: udział w profesjonalnym szkoleniu on- line,
materiały szkoleniowe w wersji elektronicznej,
certyfikat ukończenia szkolenia,
możliwość konsultacji z trenerem.

DANE DO KONTAKTU:

Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej Podlaskie Centrum
ul. Wrocławska 51, 15-644 Białystok
tel.: 85 732 17 88 | fax: 85 732 94 84
mail: frdl-pc@frdl.bialystok.pl

DANE UCZESTNIKA ZGŁASZANEGO NA SZKOLENIE

Nazwa i adres nabywcy
(dane do faktury)

Nazwa i adres odbiorcy

NIP

Telefon

1. Imię i nazwisko uczestnika, stanowisko,
E- MAIL i TEL. DO KONTAKTU

2. Imię i nazwisko uczestnika, stanowisko,
E- MAIL i TEL. DO KONTAKTU

Oświadczam, że szkolenie dla ww. pracowników jest kształceniem zawodowym finansowanym w całości lub co najmniej 70% ze środków publicznych (proszę zaznaczyć właściwe) TAK ☐ NIE ☐

Proszę o certyfikat w formie:

Elektronicznej ☐ e mail.....

Proszę o przesłanie faktury na adres mailowy:

Dokonanie zgłoszenia na szkolenie jest równoznaczne z zapoznaniem się i zaakceptowaniem regulaminu szkoleń Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej zamieszczonym na stronie Organizatora www.frdl.bialystok.pl oraz zawartej w nim Polityce prywatności i ochrony danych osobowych.

Wypełnioną kartę zgłoszenia należy przesłać poprzez formularz zgłoszenia na www.frdl.bialystok.pl do 12 maja 2022 r.

UWAGA Liczba miejsc ograniczona. O udziale w szkoleniu decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenie na szkolenie musi zostać potwierdzone przesłaniem do Ośrodka karty zgłoszenia. Brak pisemnej rezygnacji ze szkolenia najpóźniej na trzy dni robocze przed terminem jest równoznaczny z obciążeniem Państwa należnością za szkolenie niezależnie od przyczyny rezygnacji. Płatność należy uregulować przelewem na podstawie wystawionej i przesłanej FV.

Podpis osoby upoważnionej _____