

Dokumentacja w praktyce lekarskiej

Udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się z różnymi obowiązkami. Jednym z nich jest obowiązek prowadzenia różnego rodzaju dokumentacji. Dokumentację usług medycznych zasadniczo dzieli się na dokumentację medyczną, ściśle związaną ze świadczeniami zdrowotnymi oraz dokumentację o charakterze administracyjnym, pośrednio związaną z tymi świadczeniami.

Nie budzi wątpliwości, że podstawowym zadaniem lekarza powinno być udzielanie świadczeń zdrowotnych. Niestety, wydaje się, że ustawodawca nie zawsze to dostrzega. Okazuje się, że w obliczu licznych wymagań dotyczących składania sprawozdań, prowadzenia dokumentacji czy rejestrów lekarz praktykujący indywidualnie czas, który mógłby i powinien poświęcić na przyjmowanie pacjentów, zmuszony jest przeznaczyć na sporządzanie licznych dokumentów dotyczących jego placówki i podlega w tym zakresie kontroli ze strony organów administracji publicznej.

W związku z tym, że naruszenie przepisów związanych z prowadzeniem rejestrów, a także ze sporządzaniem określonych sprawozdań często wiąże się z dotkliwymi sankcjami dla lekarzy prowadzących własną działalność gospodarczą, warto wiedzieć, z jakimi konsekwencjami należy się w takim przypadku liczyć.

Dokumentacja medyczna

Zgodnie z art. 24 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm. j.t.) – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępnić dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Szczegółowe zasady dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.). Rozporządzenie to dotyczy co do zasady każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, niezależnie od formy organizacyjnej (podmioty lecznicze, praktyki zawodowe), co oznacza, iż wymagania dla prowadzenia dokumentacji są jednolite zarówno dla przychodni, jak i praktyk indywidualnych. Ponadto należy wskazać, iż rozporządzenie stosuje się niezależnie od tego, czy dany podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela świadczeń na mocy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też udziela świadczeń na warunkach komercyjnych.

Prawidłowo prowadzona, przechowywana i udostępniana dokumentacja medyczna to podstawowy środek ochrony lekarza w przypadku zarówno kontroli ze strony np. Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i w sytuacjach dotyczących ewentualnych roszczeń kierowanych przez pacjentów. W przypadku braku dokumentacji medycznej lub jej niekompletności lekarz naraża się na odpowiedzialność karną, cywilną oraz zawodową. Dlatego przestrzeganie tych zasad jest szczególnie ważne i nie powinno budzić żadnych wątpliwości.

Prowadząc własny podmiot leczniczy lub praktykę zawodową, nie należy jednak zapominać o innych rodzajach

dokumentacji wymaganej w takim przypadku od lekarza i lekarza dentystry.

Dokumentacja pracownicza

Na podstawie art. 94 pkt. 9a ustawy Kodeks pracy z 26 czerwca 1974 r. (Dz.U. z 1998 r. Nr 21 poz. 94 j.t.) – dalej k.p. oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz.U. z 1996 r. Nr 62 poz. 286) pracodawca ma obowiązek prowadzenia dokumentacji pracowniczej. Obowiązek ten jest bezwzględny i dotyczy każdego, kto zatrudnia inną osobę w ramach stosunku pracy. W zakres dokumentacji pracowniczej wchodzi przede wszystkim umowy z pracownikami, aktualne badania lekarskie, szkolenia BHP oraz oświadczenia pracownicze (np. o zapoznaniu się z warunkami zatrudnienia, obowiązującą normą czasu pracy itp.).

Lekarz oraz lekarz dentysta zatrudniający pracowników ponoszą ponadto odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w swoich praktykach i są zobowiązani chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie im bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki zgodnie z art. 207 § 1 k.p. Z analizy przepisów regulujących kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy wynika, że najszerszy zakres obowiązków w tym zakresie spoczywa właśnie na tych lekarzach i lekarzach dentystach, którzy są pracodawcami.

Należy jednak wskazać, że fakt, iż lekarz czy lekarz dentysta prowadzący indywidualną praktykę nie zatrudniają żadnych osób na podstawie umowy o pracę, nie oznacza, że nie spoczywają na nim obowiązki z zakresu BHP. Jak bowiem wskazano powyżej, takie obowiązki spoczywają na każdym lekarzu i lekarzu dentyście, który w ramach prowadzonej praktyki współpracuje z innymi osobami, zarówno w przypadku, gdy lekarz organizując pracę na innej podstawie niż umowa o pracę, jest równocześnie pracodawcą, jak też gdy w ogóle pracodawcą nie jest, ponieważ wszystkie osoby świadczą pracę na podstawie umów cywilnoprawnych. Będą to najczęściej umowy zblżone do umowy zlecenia. Dotyczy to także sytuacji, w której lekarz prowadzący praktykę zawiera umowę cywilnoprawną z osobą prowadzącą działalność gospodarczą na własny rachunek, np. pielęgniarką wykonującą indywidualną praktykę pielęgniarstwa.

Każdy pracownik zatrudniony w placówce medycznej lub gabinecie lekarskim powinien posiadać aktualne badania lekarskie, które są badaniami terminowymi. Należy zatem pilnować, aby nie doszło do przerwania ciągłości ważności orzeczeń lekarskich. Dotyczy to także obligatoryjnych szkoleń z zakresu BHP zarówno samego

pracodawcy, jak i zatrudnionych przez niego pracowników.

Przestrzeganie przepisów z zakresu prawa pracy, w tym w szczególności dotyczących BHP, podlega kontroli różnych organów, m.in. Państwowej Inspekcji Pracy. W przypadku stwierdzenia uchybień w podmiocie leczniczym (praktyce lekarskiej) wyżej wskazana inspekcja może skorzystać ze swych ustawowych uprawnień i nałożyć na pracodawcę określone sankcje (np. nakaz podjęcia określonych działań, mandat). Zgodnie z art. 95 § 3. ustawy Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2013 r. poz. 395 j.t.) – dalej k.p.s.w., w sprawach określonych w art. 17 § 2, czyli dotyczących pracowników, postępowanie mandatowe prowadzi inspektor pracy. Inspektor pracy może nałożyć grzywnę w drodze mandatu karnego także po przeprowadzeniu czynności wyjaśniających, jeżeli uzna, że kara ta będzie wystarczająca.

Zgodnie z art. 96 k.p.s.w. w postępowaniu mandatowym nakłada się grzywnę w wysokości do 500 zł, a w przypadku gdy czyn wyzerpuje znamiona wykroczeń określonych w dwóch lub więcej przepisach ustawy i stosuje się przepis przewidujący karę najsurowszą, można nałożyć mandat w wysokości do 1000 zł. Ograniczeń tych nie stosuje się jednak do inspektorów pracy, którzy mogą nałożyć mandat do 2000 zł. Co więcej, jeśli ukarany pracodawca co najmniej dwukrotnie za wykroczenie przeciwko prawom pracownika określone w Kodeksie pracy popełnia w ciągu dwóch lat od dnia ostatniego ukarania takie wykroczenie, inspektor pracy może w postępowaniu mandatowym nałożyć grzywnę w wysokości do 5000 zł.

Ponadto za wykroczenia przeciwko prawom pracownika określone w art. 281 – 283 k.p. (m.in. za nieprowadzenie dokumentacji pracowniczej) na pracodawcę może zostać nałożona przez sąd grzywna w wysokości od 1000 zł do 30 000 zł. Możliwe jest jednak także zastosowanie kary nagany zgodnie z art. 36 ustawy Kodeks wykroczeń z 20 maja 1971 r. (Dz.U. z 2010 r. Nr 46 poz. 275 j.t.), środka oddziaływania społecznego (art. 39 § 4 k.w.), a także środka oddziaływania wychowawczego (art. 41 k.w.).

Dokumentacja sprawozdawcza

Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 591 j.t.) – dalej u.s.p., oraz program badań statystycznych statystyki publicznej (rozporządzenie Rady Ministrów z 9 listopada 2012 r. – Dz.U. z 2012 r. poz. 1391), nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym również praktyki zawodowe lekarzy, obowiązki w zakresie sporządzania i przekazywania sprawozdań statystycznych na formularzach opatrzonych symbolem MZ (badania statystyczne koordynowane przez Ministra Zdrowia). W dniu 10 stycznia 2013 r. uruchomiony został System Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia (SSRMZ). Sprawozdania statystyczne (MZ-12, MZ-88, MZ-89) za dany rok sporządza się w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Termin składania takich sprawozdań jest ruchomy i podawany corocznie w rozporządzeniu wydawanym przez Radę Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

Sprawozdanie ZD-3 wykonuje się na zlecenie Urzędu Statystycznego raz do roku, za poprzedni rok kalendarzo-

wy. Formularze statystyczne można pobrać i wydrukować ze strony internetowej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Wypełnione formularze papierowe (tylko podmioty o liczbie pracujących nie większej niż 5 osób) należy przesłać – w terminie określonym na formularzu sprawozdawczym. Sprawozdania w formie elektronicznej można wypełniać po wcześniejszej rejestracji w Systemie Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia (SSRMZ). Za niewywiązanie się z obowiązku statystycznego bądź przekazania danych statystycznych po upływie wyznaczonego terminu grożą konsekwencje prawne, określone w art. 57 i 58 u.s.p., czyli karze grzywny orzekanej na podstawie Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia – do 500 zł.

Do 15 marca każdego roku podmioty prowadzące działalność gospodarczą, związane z ochroną zdrowia i wytwarzające odpady medyczne mają czas na przekazanie właściwemu marszałkowi województwa zbiorczych zestawień danych za ubiegły rok. Za niedopełnienie tego obowiązku grożą kary pieniężne. Zgodnie z art. 200 ustawy o odpadach z 14 grudnia 2012 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 21) przedsiębiorcy, którzy nie złożą zbiorczego zestawienia danych lub zrobią to po 15 marca, będą musieli zapłacić jednorazowo 500 zł administracyjnej kary pieniężnej. Następnie marszałek województwa wyznacza nowy termin na przedstawienie sprawozdania – w przypadku jego niedotrzymania kolejna kara jest już wyższa i wynosi 2000 zł. Administracyjna kara pieniężna może być wymierzana wielokrotnie, a łączna wysokość kar za dany rok kalendarzowy może wynieść nawet 8500 zł.

W tym miejscu należy dodatkowo wskazać, że zmianie uległy dotychczasowe zasady składania sprawozdań oraz wnoszenia opłaty za korzystanie ze środowiska. Do końca 2012 r. przedsiębiorcy zobowiązani do realizacji tego obowiązku składali sprawozdania 2 razy do roku w terminie do końca lipca za I półrocze oraz do końca stycznia kolejnego roku za II półrocze. W razie konieczności (jeśli należność wynikająca ze sprawozdania przekroczyła 400 zł za każde półrocze) także w tych terminach należało uiścić opłatę środowiskową. Powyższe sprawozdania należało składać do właściwego urzędu marszałkowskiego oraz wojewódzkiego inspektoratu ochrony środowiska. Po zmianach, które wnosi nowa ustawa o odpadach (ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach z 2012 r. – Dz.U. z 2013 r. poz. 21, która weszła w życie 23 stycznia 2013 r.), opłaty za korzystanie ze środowiska będą rozliczane raz do roku do 31 marca roku następującego po upływie roku sprawozdawczego. Sprawozdania będzie składało się tylko do marszałka województwa, a roczna wysokość opłaty, zwolniona z obowiązku wnoszenia, to 800 zł. Szczegółowe informacje w tym zakresie oraz niezbędne formularze są udostępniane przez urzędy marszałkowskie na ich stronach internetowych.

Dokumentacja wewnętrzna

Pod nazwą tą kryje się dokumentacja administracyjna, w skład której wchodzi szereg dokumentów dotyczących rozmaitych procedur, które powinny zostać wprowadzone w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego czy też indywidualnej (grupowej) praktyki lekarskiej, m.in.: procedura przeciwdziałania zakażeniom, dokumentacja odpadowa, dokumentacja związana z danymi osobowymi utworzona na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 j.t.) czy też regulamin organizacyjny.

Obowiązek opracowania oraz wdrożenia odpowiednich procedur wprowadza ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) – dalej jako: u.z.z.z. Akt ten reguluje m.in. zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń, a także podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie. Podmiotem obowiązków określonych w art. 11 u.z.z.z., w tym w szczególności obowiązku obejmującego opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym, są kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, np. lekarze prowadzący indywidualną praktykę lekarską. Wykonanie tych obowiązków będzie przedmiotem kontroli sprawowanej przez właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Każda osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych jest obowiązana do przestrzegania istniejących w danej placówce procedur. Obowiązek ten wynika nie tylko z faktu uczestniczenia tych osób w pewnej strukturze organizacyjnej, lecz także z zasad etycznych obowiązujących osoby wykonujące zawody medyczne. Ogólnie można powiedzieć, iż zarówno na placówkach ochrony zdrowia, jak i na osobach wykonujących zawody medyczne spoczywa obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa. Przejawia się to m.in. w obowiązku zapewnienia, by podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent nie został zarażony nową chorobą. W przypadku gdy dojdzie do zakażenia pacjenta, przedmiotem badania sądu, podczas postępowań sądowych ustalających czy to odpowiedzialność podmiotu leczniczego, czy poszczególnych osób wykonujących zawód medyczny, będzie m.in. okoliczność istnienia odpowiednich procedur, ich zawartość merytoryczna, a także okoliczność czy postępowanie danej osoby było zgodne z określoną procedurą.

Na podstawie art. 12 u.z.z.z. kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych zobowiązane są również do prowadzenia dokumentacji realizacji działań zapobiegających szkodzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szkodzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz.U. Nr 100, poz. 645). Jeśli w wyniku nieprzestrzegania procedury higieny dojdzie do zakażenia pacjenta, osoba, która dopuściła się naruszenia procedury, może, w zależności od okoliczności danego przypadku, podlegać z tego tytułu odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej. Odrębną odpowiedzialność poniesie także podmiot leczniczy.

Brak procedur higienicznych lub ich niedostosowanie do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie do występujących zagrożeń, stanowi naruszenie wymagań higienicznych i zdrowotnych. W takim przypadku państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień (art. 27 ust. 1 u.p.i.s.). Zgodnie zaś z art. 27 ust. 2 u.p.i.s., jeżeli naruszenie wymagań spowodowało bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, państwowy inspektor sanitarny nakazuje unieruchomienie zakładu pracy lub jego części, np. stanowiska pracy, zamknięcie obiektu użyteczności publicznej, albo podjęcie lub zaprzestanie innych działań w terminie natychmiastowym.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli w zakresie dotyczącym procedur higieny nie tylko sprawdza ich przestrzeganie, ale również analizuje ich zawartość merytoryczną. Analiza ta ma odpowiedzieć na pytanie, czy zasady postępowania zawarte w danej procedurze pozwalają osiągnąć cel danej procedury, a mianowicie, czy wykonanie opisanych czynności rzeczywiście zapobiega zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Niewystarczający jest więc sam fakt istnienia procedur higieny w danej jednostce, równie istotna jest zawartość merytoryczna procedur i co oczywiste – ich przestrzeganie w praktyce. Najczęstszą sankcją pokontrolną w kwestiach sanitarnych w przypadku wykrycia nieprawidłowości jest ich nakaz usunięcia przez inspektora sanitarnego, jednakże inspektor może także za wykryte nieprawidłowości nałożyć mandat na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz.U. z 2002 r. poz. 174 Nr 1426 z późn. zm.). Wysokość takiego mandatu wynosi 500–1000 zł zgodnie z art. 96 § 1 k.p.s.w.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szkodzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. z 2010 r. Nr 100 poz. 646) lekarze powinni przeprowadzać kontrolę w swoich gabinetach nie rzadziej niż co 6 miesięcy. W ich skład wchodzi pełna analiza procedury przeciwdziałania zakażeniom. Kontrola ma na celu sprawdzenie, czy opracowane procedury w sposób odpowiedni chronią zarówno pacjentów, jak i personel. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości kontrolę należy przeprowadzać raz na 3 miesiące. Za brak kontroli wewnętrznych lekarz może zapłacić 5000 złotych.

Procedura postępowania z odpadami jest wykazem przepisów, które mają na celu przedstawienie, w jaki sposób placówka zapewniła należytą gospodarkę odpadami potencjalnie niebezpiecznymi. Cała procedura opisuje kwestie związane z segregacją odpadów, ich transportem, magazynowaniem oraz utylizowaniem. Szczegółne obowiązki podmiotu wykonującego działalność leczniczą związane z gospodarką odpadami reguluje ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2013 r., poz. 31.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. Nr 139, poz. 940). Obowiązki te polegają m.in. na przedłożeniu informacji o wytwarzanych odpadach oraz o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, ewentualnie – z uwagi na większą ilość wytwarzanych odpadów – konieczności uzyskania decyzji zatwierdzającej program gospodarki odpadami niebezpiecznymi lub pozwolenia na wytwarzanie odpadów. Podmiot leczniczy (praktyka zawodowa), wytwarzając odpady, jest obowiązany do prowadzenia ewidencji ilościowej i jakościowej odpadów obejmującej kartę ewidencji odpadu i kartę przekazania odpadu oraz raportowania marszałkowi województwa o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwienia tych odpadów. Aktualne druki dotyczące wewnętrznej ewidencji odpadów można pobrać ze stron internetowych urzędów marszałkowskich.

Gabinety lekarskie i podmioty lecznicze nie mają wprowadzić obowiązku zgłaszania zbioru swoich pacjen-

tów do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, niemniej jednak muszą spełniać wszystkie warunki formalne i techniczne wymagane w ustawie o ochronie danych osobowych w zakresie tworzenia zbiorów danych osobowych i ich przetwarzania. Konieczne jest natomiast posiadanie dokumentacji opisującej politykę bezpieczeństwa ochrony danych osobowych w danej jednostce i posiadanie instrukcji zarządzania systemem informatycznym do przetwarzania danych osobowych – oczywiście dla posiadających taki elektroniczny system, w którym prowadzą dokumentację pacjentów. Wzory takich dokumentów, które można wykorzystać w praktykach lekarskich i podmiotach leczniczych są dostępne na stronie internetowej WIL.

Należy wskazać, że Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych ma uprawnienie do nakładania grzywny za niewykonanie decyzji administracyjnej z zakresu ochrony danych osobowych w wysokości do 10 000 zł na osobę fizyczną i 50 000 zł na jednostkę organizacyjną. Kara taka może być nakładana wielokrotnie – na osobę fizyczną do wysokości 50 000 zł, natomiast przedsiębiorca w tym lekarz prowadzący gabinet, może zapłacić w sumie do 200 000 zł.

Regulamin organizacyjny, wprowadzony na podstawie art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2013 r., poz. 217 j.t.) – u.d.z.l., stanowi odpowiednik regulaminu porządkowego na gruncie poprzednio obowiązującego art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 23 u.d.z.l. sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Artykuł 23 u.d.z.l. przewiduje obowiązek istnienia regulaminu organizacyjnego we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą, a zatem nie tylko podmiotach leczniczych, bez względu na formę prawną, ale również w ramach praktyk zawodowych prowadzonych przez lekarzy czy pielęgniarki. Wymogi, jakim powinien odpowiadać regulamin organizacyjny, jak wspomniano powyżej, zostały określone w art. 24 ust. 1 u.d.z.l. i jest to katalog otwarty. W przypadku praktyk zawodowych jest to sześć obowiązkowych elementów, a w przypadku podmiotów leczniczych dwanaście. Dokument ten stanowi dokumentację wewnętrzną w związku z czym do lekarza należy, jakie pozostałe informacje w nim zawrze. Regulamin indywidualnej praktyki lekarskiej powinien zawierać zgodnie z art. 24 u.d.z.l. następujące informacje:

- firma podmiotu (nazwa, pod jaką działa lekarz – dentysta lub lekarze – dentyści),

- cele i zadania podmiotu,
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),
- organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku pobierania opłat,
- wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 111 u.d.l. organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (okręgowa rada lekarska lub wojewoda – w odniesieniu do podmiotów leczniczych) jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności z przepisami określającymi warunki wykonywania tej działalności. W razie stwierdzenia braku m.in. odpowiedniej dokumentacji wzywa się do usunięcia naruszenia. Niezastosowanie się do wskazanego wezwania może skutkować nawet wykreśleniem praktyki zawodowej z rejestru z możliwością jej ponownego wpisu nie wcześniej niż po 3 latach.

Dokumentacja dotycząca sprzętów i urządzeń

Sprzęty i urządzenia w gabinecie medycznym powinny posiadać dokumentację konserwacji, napraw, kontroli. Konserwacja jest niezbędna do utrzymania stałej sprawności technicznej urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie gabinetu. Powinna być ona wykonywana zgodnie z zaleceniami producenta i przeważnie obejmuje okresowe przeglądy. Każda kontrola, naprawa czy konserwacja powinna być odnotowywana w książce kontroli, napraw czy konserwacji – poświadczona datą, podpisem i informacją na temat wykonanej usługi.

Niezwykle ważne jest prowadzenie dokumentacji dla urządzeń sterylizacyjnych, które podlegają nadzorowi organów kontroli sanitarnej. Jeżeli w gabinecie znajdują się tego typu urządzenia wówczas istnieje bezwzględny obowiązek prowadzenia dokumentacji dotyczącej tych sprzętów. Dokumentacja taka powinna być prowadzona na bieżąco z zachowaniem rzetelności i dbałości o prawidłowość przeprowadzonych badań oraz odrębnie dla każdego urządzenia. Dokumentacja taka jest konieczna również w przypadku ewentualnych roszczeń pacjentów, w celu choćby udowodnienia prawidłowego przebiegu procesu sterylizacji i powinna być przechowywana przez okres 10 lat.

Porad udzielają



**Anna
Piotrowska-Musioł**
radca prawny

Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych
P.J. Sowisło & Topolewski sp.k.
ul. 28 Czerwca 1956 r. 231/239
61-485 Poznań
tel./faks: +48 61 83 52 373
kancelaria@sowislo.com.pl
www.sowislo.com.pl



Sowisło & Topolewski

Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych

Jeśli w gabinecie znajdują się np. lampy UV wówczas ze względu na ich właściwości konieczne jest prowadzenie kontroli czasu pracy. Zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) każdy wyrób (a zatem fotel, lampa UV itp.) muszą raz do roku przechodzić odpowiednie badania specjalistyczne odnotowywane w paszportach technicznych sprzętu. Dokumentacja taka jest przechowywana przez kierownika placówki i przekazywana do wglądu w przypadku kontroli. W tym wypadku ustawodawca również przewidział 5000 zł kary za brak odpowiedniej dokumentacji.

Z uwagi na ograniczenia związane z formułą niniejszej publikacji nie jest możliwe szczegółowe omówienie wszelkich aspektów związanych z obowiązkami w zakresie prowadzenia różnego typu dokumentacji, spoczywającymi na lekarzach w związku z wykonywaniem zawodu w ramach podmiotów leczniczych, jak również praktyk zawodowych. Mam jednak nadzieję, że przedstawione powyżej zagadnienia pozwolą na uniknięcie negatywnych skutków związanych z często niewiadomym naruszeniem obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie.