

Na najbliższym posiedzeniu Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, będzie opiniowany projekt rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Projekt jest wykonaniem upoważnienia zawartego w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Główne zmiany, które wprowadza rozporządzenie dotyczy sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta, po jego wypisie ze szpitala. Chodzi o sytuację pacjentów u których rozpoznanie onkologiczne jest zależne od badania diagnostycznego, zleconego w trakcie pobytu w szpitalu, ale którego wynik jest znany w dniu wypisania ze szpitala i wystawieniu karty informacyjnej leczenia szpitalnego. W takim wypadku mogą powstać rozbieżności pomiędzy rozpoznaniem ustalonym przy wypisie, a wynikiem badania diagnostycznego. Wprowadzono zatem obowiązek uzupełnienia historii choroby o rozpoznanie diagnostyczne. Wynik wpisywany byłoby do historii choroby pacjenta, kopia zaś, wydawana bezpłatnie pacjentowi. Wynik nie był by wpisywany do karty informacyjnej, którą pacjent już otrzymał, były by przedmiotem wpisu do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Inną zmianą jest wprowadzenie okołooperacyjnej karty kontrolnej, jako dokumentacji z bloku operacyjnego. Celem jest zapewnienie, by przed wykonaniem, w trakcie i po zakończeniu operacji, zostały wykonane wszystkie czynności. Zdaniem resortu ograniczy to ryzyko pomyłki podczas zabiegu.

Zaproponowano również zmianę dotyczącą podpisów na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, obecnie wymagany jest tam podpis lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem. Dla usprawnienia proponuje się umożliwienie podpisania karty przez innego lekarza, który otrzymał upoważnienie lekarza kierującego oddziałem.