

Najczęstsze pytania o EDM

1. Jakie rodzaje dokumentów należy wymieniać między podmiotami w ramach EDM?

Jest to obecnie 5 dokumentów:

- 1) 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,
- 2) informacja dla lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
- 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- 4) opis badań diagnostycznych,
- 5) wynik badań laboratoryjnych wraz z opisem.

Publikacja: <https://twitter.com/CentrumeZdrowia/status/1408052188149071875/photo/1>

2. Kto ma automatyczny dostęp do EDM?

(nie wymaga dodatkowej zgody pacjenta)

Dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) na podstawie przepisów ustawy, mają:

- pacjent na Internetowym Koncie Pacjenta;
- pracownik medyczny, który wytworzył elektroniczną dokumentację medyczną (bez ograniczenia czasowego);
- lekarz, pielęgniarka lub położna udzielający pacjentowi świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- pracownik medyczny w ramach kontynuacji leczenia;
- każdy pracownik medyczny w sytuacji zagrożenia życia pacjenta.

Publikacja: <https://twitter.com/CentrumeZdrowia/status/1408417287992926209/photo/1>

3. Kogo dotyczy obowiązek raportowania zdarzeń medycznych i indeksowania EDM?

Obowiązek przekazywania do systemu e-zdrowie (P1) danych dotyczących zdarzeń medycznych dotyczy wszystkich usługodawców, niezależnie od źródła finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych (dot. zarówno świadczeń finansowanych przez NFZ, jak i zleconych prywatnie)

Pojęcie usługodawcy zostało zdefiniowane w art. 2 pkt 15 ww. ustawy o Systemie Informacji w Ochronie Zdrowia.

Publikacja: <https://twitter.com/CentrumeZdrowia/status/1409543660170010628/photo/1>

4. Jakim podpisem cyfrowym należy podpisywać EDM?

Elektroniczna dokumentacja medyczna może być opatrzona jednym z następujących podpisów:

- kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
- podpisem zaufanym,
- podpisem osobistym albo z wykorzystaniem certyfikatu elektronicznego udostępnionego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA).

Wniosek o wydanie bezpłatnego certyfikatu e-ZLA (ZUS) można złożyć w aplikacji gabinet.gov.pl. Proces ten jest opisany szczegółowo w instrukcji „Aplikacja gabinet.gov.pl – podręcznik użytkownika” pod adresem <https://gabinet.gov.pl/pdf/instrukcja>.

Publikacja: <https://twitter.com/CentrumZdrowia/status/1409903014140317705/photo/1>

5. W jaki sposób pacjent wyraża zgodę na przekazywanie jego dokumentacji pomiędzy podmiotami?

Pacjent może upoważnić pracownika medycznego lub placówkę leczniczą do wglądu w jego dane medyczne wytworzone w innych podmiotach, za pomocą Internetowego Konta Pacjenta w serwisie pacjent.gov.pl.

Odczytanie takiej zgody przez podmiot wymaga dostosowania przez usługodawcę posiadanego oprogramowania gabinetowego/ szpitalnego do założeń zawartych w dokumentacji integracyjnej systemu e-zdrowie P1 w zakresie obsługi zgód pacjenta (dokumentacja dostępna na stronie ezdrowie.gov.pl w zakładce dla dostawców: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-dostawcow/interfejsy>).

Publikacja: <https://twitter.com/CentrumZdrowia/status/1410623738442391554>

6. Korzyści dla pacjentów z wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

- Pacjent na Internetowym Koncie Pacjenta w serwisie www.pacjent.gov.pl będzie miał dostęp w każdym miejscu i czasie do kompleksowej historii leczenia. Oprócz dotychczasowych informacji o wystawionych e-receptach, e-skierowaniach, zrealizowanych wizytach lekarskich, będzie miał również dostęp online do wszystkich zdarzeń medycznych, czyli każdy kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia będzie odnotowany w systemie.
- Ponadto pacjent będzie miał możliwość pobrania 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, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524);
 - informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.2));
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem;
 - opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w punkcie wyżej.
- Wdrożenie EDM znacząco zmniejszy ryzyko powstania błędu, co wpłynie na poprawę jakości leczenia oraz skrócenie czas obsługi pacjenta.

- Nie ma obawy, że dokumenty się zagubią czy zniszczą, są zawsze dostępne na Internetowym Koncie Pacjenta – 24 godziny na dobę, bez względu na miejsce przebywania.
- Jeśli pacjent upoważni bliską osobę do swojego konta, ona również będzie miała dostęp do pełnej dokumentacji, co jest szczególnie istotne np. w opiece nad osobami starszymi.
- Za zgodą pacjenta dostęp do jego dokumentacji medycznej wytworzonej w innym podmiocie będzie mógł uzyskać każdy lekarz lub podmiot leczniczy. Pacjent udziela takiej zgody poprzez Internetowe Konto Pacjenta. Stwarza to możliwość lepszej koordynacji procesu leczenia poprzez dostęp lekarza do kompletnej historii zdrowotnej pacjenta (dokumenty są wystandardyzowane, co wpływa na poprawę ich jakości i dostępności). Jest to również zwiększenie bezpieczeństwa i kontroli wrażliwych danych dzięki mechanizmowi nadawania uprawnień, to pacjent będzie decydował o dostępie do dokumentacji.