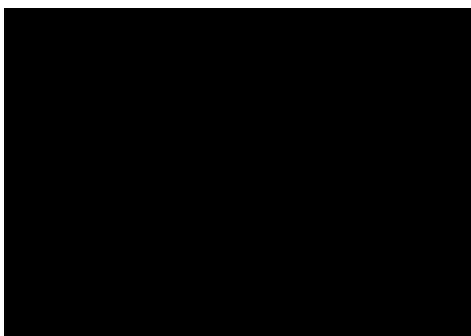




Ministerstwo Zdrowia

Departament
e-Zdrowia



Szanowna Pani,

w odpowiedzi na przesłaną petycję (znak: 959/2025) w sprawie obowiązku raportowania zdarzenia medycznego, gdzie dane schorzenie może lub wpływa na ogólny stan zdrowia, funkcjonowanie, niepełnosprawność, proszę o przyjęcie poniższego.

Informuję, że zgodnie z art. 56 ust. 2a oraz 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465, zwanej dalej „ustawą o SIOZ”) wszystkie podmioty systemu ochrony zdrowia są zobowiązane: przekazywać do Systemu Informacji Medycznej (SIM) dane zdarzenia medycznego oraz zapewnić możliwość dokonywania wymiany za pośrednictwem SIM danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy o SIOZ. Obowiązek raportowania zdarzeń medycznych i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) dotyczy wszystkich podmiotów niezależnie od źródła finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń. To dzięki wypełnieniu powyższych obowiązków możliwy jest dostęp pacjenta do własnej elektronicznej dokumentacji medycznej oraz do określonych danych o zdrowiu po zalogowaniu na Internetowe Konto Pacjenta.

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1851), dokumentacja medyczna powinna być prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej w przypadku wyszczególnionego poniżej katalogu dokumentów:

- informacji 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;
- informacji 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;
- karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
- opisu badań diagnostycznych;

- wyniku badań laboratoryjnych wraz z opisem;
- karty profilaktycznego badania ucznia;
- Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Podkreślenia wymaga, że osobą odpowiedzialną za prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego pacjenta jest lekarz. To lekarz, stawia diagnozę na podstawie wywiadu lekarskiego, aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz wyników badań. Diagnoza medyczna nie wynika automatycznie z pojedynczych wyników badań – stanowi ona efekt całościowej analizy danych. Interpretacja wyników należy do lekarza, który posiada odpowiednie kwalifikacje i bierze pod uwagę szereg innych czynników takich jak m. in. historia leczenia, obciążenia rodzinne oraz aktualny stan pacjenta.

W związku z powyższym, wszelkie rozpoznania wpisywane do elektronicznej dokumentacji medycznej są podejmowane wyłącznie przez lekarza i są poprzedzone jego oceną kliniczną.

