

Wytyczne dotyczące wskaźnika D18G.R1 - karty informacyjne z leczenia szpitalnego w postaci elektronicznej dokumentacji medycznej od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2025 r. zaindeksowane w systemie P1 lub umieszczone w centralnym repozytorium danych medycznych w Centrum e-Zdrowia

Niniejszy dokument określa szczegółowe wytyczne dotyczące realizacji zobowiązań wynikających z konkursu D1.1.2 w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Celem dokumentu jest zapewnienie jednolitego podejścia do wdrażania działań przewidzianych w ramach konkursu, zgodnie z obowiązującymi regulacjami oraz wymaganiami formalnymi i technicznymi.

Jednostka zakwalifikowana w konkursie, mając na celu wypełnienie obowiązku sprawozdawczego w wysokości 95% zaindeksowanych dokumentów z zakresu kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (oraz zapewniania ich dostępności online) za okres od 01-01-2023 do 31-12-2025 może:

1. W przypadku, gdy placówka posiada dokumenty EDM, które nie są zaindeksowane:

1.1 Podmiot leczniczy raportuje Zdarzenie Medyczne, a następnie przekazuje indeks EDM do systemu P1.

Centrum e-Zdrowia umożliwi zaraportowanie danych historycznych dotyczących Zdarzeń Medycznych w zakresie hospitalizacji w latach 2023-2025 oraz zaindeksowanie powiązanej dokumentacji EDM (kart informacyjnych z leczenia szpitalnego).

lub

1.2 Podmiot leczniczy raportuje indeks dokumentu bez przekazania Zdarzenia Medycznego.

Centrum e-Zdrowia wprowadzi wymagane modyfikacje działania systemu (12.2025), które umożliwią zapisanie indeksu dokumentu dla karty informacyjnej z leczenia szpitalnego od roku 2023, bez wskazania zdarzenia medycznego dotyczącego hospitalizacji, dla której przekazano indeks elektronicznej dokumentacji medycznej.

2. W przypadku, gdy placówka posiada dokumentację medyczną w postaci papierowej:

2.1 Podmiot leczniczy wykonuje digitalizację kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w oparciu o standard szablonu opublikowanego na [stronach](#) Centrum e-Zdrowia, a następnie zapisuje dokument powstały w wyniku digitalizacji we własnym repozytorium oraz przekazuje indeks zdigitalizowanego dokumentu do systemu P1.

Realizacja przekazania indeksu może nastąpić zgodnie z regułami z pkt. 1.1 oraz 1.2, tj. ze wskazaniem kontekstu zdarzenia medycznego lub bez wskazania zdarzenia medycznego, którego wytworzona dokumentacja dotyczy.

lub

2.2 Podmiot leczniczy wykonuje digitalizację kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w oparciu o standard szablonu opublikowanego na [stronach](#) Centrum e-Zdrowia, a następnie zapisuje dokument powstały w wyniku digitalizacji w Repozytorium Danych Medycznych (RDM), wraz z zapisaniem dokumentu w RDM zostanie utworzony indeks dokumentu w systemie P1.

lub

2.3 Podmiot leczniczy digitalizuje dokument karty informacyjnej z leczenia szpitalnego za pośrednictwem aplikacji dostępnej w ramach gabinet.gov.pl. Dokument zostaje zapisany w Repozytorium Danych Medycznych, wywołując utworzenie indeksu dokumentu w systemie P1.

Wymaga się, aby pracownik jednostki posiadał uprawnienia w gabinet.gov.pl, dysponował skanem dokumentu papierowego oraz podpisem elektronicznym.

Digitalizacja dokumentacja medycznej następuje na podstawie art. 13b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. W przypadku, gdy placówka wydała wydruk karty informacyjnej pacjentowi oraz dane w systemie HIS dotyczące hospitalizacji pacjenta nie uległy zmianie w stosunku do danych, na podstawie których został wygenerowany wydruk karty informacyjnej:

3.1 Podmiot leczniczy generuje dokument karty informacyjnej leczenia szpitalnego w postaci EDM, podpisuje przez osobę uprawnioną, a następnie korzysta z opcji 1.1 lub 1.2.

Sposoby raportowania dokumentacji medycznej dotyczącej kart informacyjnych z leczenia szpitalnego do Centrum e-Zdrowia na potrzeby realizacji wskaźnika D18G.R1

Sposób raportowania	Gdzie powstaje dokument?	Gdzie jest przechowywany?	Co trafia do P1?	Opis
Raportowanie podpisanych cyfrowo kart informacyjnych z leczenia szpitalnego				
1.1	System usługodawcy	Repozytorium lokalne	Zdarzenie Medyczne + Indeks EDM	<u>Dokument pozostaje w lokalnym repozytorium.</u> Do P1 trafia zdarzenie medyczne z indeksem EDM.
1.2	System usługodawcy	Repozytorium lokalne	Indeks EDM	<u>Dokument pozostaje w lokalnym repozytorium.</u> Do P1 trafia tylko indeks EDM.
Digitalizacja z zastosowaniem szablonu digitalizowanej karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, opracowanego przez CeZ				
2.1	System usługodawcy z wykorzystaniem szablonu HL7 CDA digitalizowanej karty informacyjnej z leczenia szpitalnego	Repozytorium lokalne	Indeks EDM Lub Zdarzenie Medyczne + Indeks EDM	<u>Zdigitalizowany dokument pozostaje w lokalnym repozytorium.</u> Do P1 trafia tylko indeks EDM. Dokument tworzony wg szablonu CeZ,
2.2	System usługodawcy z wykorzystaniem szablonu HL7 CDA digitalizowanej karty informacyjnej z leczenia szpitalnego	Repozytorium Danych Medycznych (RDM)	Dokument EDM, zostaje utworzony indeks w P1	<u>Zdigitalizowany dokument powstaje lokalnie, przechowywany jest w RDM</u> Dokument tworzony wg szablonu CeZ,
2.3	gabinet.gov.pl	Repozytorium Danych Medycznych (RDM)	Dokument EDM, zostaje utworzony indeks w P1	Dokument jest digitalizowany bezpośrednio w gabinet.gov.pl, przechowywany jest w RDM. Dokument tworzony wg szablonu CeZ,

Kryterium oceny raportowania kart informacyjnych z leczenia szpitalnego

Zakres oceny: Szpitale będą oceniane pod kątem stopnia indeksacji kart informacyjnych z leczenia szpitalnego w postaci elektronicznej w systemie P1

(z możliwością umieszczenia zdigitalizowanej dokumentacji papierowej w repozytorium danych medycznych prowadzonym przez Centrum e-Zdrowia).

Okres objęty oceną: od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2025 r. oraz w 3-letnim okresie trwałości projektu.

Minimalna wartość: 95% zaindeksowanych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego.

Sposób wyliczenia:

Wyliczenie bazuje na stosunku:

liczba zaindeksowanych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego dostępna online
oraz przekazana do systemu P1
do
liczby hospitalizacji w latach 2023-2025 na podstawie danych NFZ

Do wartości wskaźnika wliczane są wszystkie hospitalizacje danego szpitala finansowane ze środków NFZ – nie tylko hospitalizacje realizowane na podstawie kontraktów w ramach sieci szpitali PSZ.

Mechanizm weryfikacji: Szpital zobowiązany jest wystawić i przekazać dokument potwierdzający, że co najmniej 95% kart informacyjnych z leczenia szpitalnego za wskazany okres zostało:

- zaindeksowanych w systemie P1 lub
- umieszczonych w repozytorium Centrum e-Zdrowia (w przypadku digitalizacji dokumentacji papierowej).

Pytania i odpowiedzi:

1. Jakie hospitalizacje zostały wzięte pod uwagę?

W wyliczeniach uwzględnione zostaną zarówno świadczenia o typie: leczenie jednego dnia oraz pobyt na oddziale szpitalnym, jeśli zostały sprawozdane do NFZ z numerem księgi głównej lub została wytworzona karta informacyjna dla pacjenta.

2. Czy w przypadku braku wystawienia karty z uwagi na brak zakończenia cyklu leczenia zostanie to odzwierciedlone we wskaźniku?

Nie, niezakończone cykle leczenia, bez wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego nie będą brane pod uwagę do wskaźnika.

3. W jaki sposób placówka może monitorować postępy w wypełnieniu obowiązku lub osiągnięciu minimum?

Niezależnie od posiadanych przez placówki informacji, Centrum e-Zdrowia planuje udostępniać szpitalom cykliczne raporty dotyczące obecnego stopnia zaraportowania dokumentacji z zakresu kart informacyjnych z leczenia szpitalnego.

4. Posiadam w systemie szpitalnym dokument karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Czy mogę podpisać ten dokument i przesłać informacje o nim?

Tak dokument może zostać podpisany.

Jeżeli system teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja, zapewnia w szczególności: integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur; wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych; informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany taki dokument może zostać podpisany. Dokument wygenerowany wcześniej z systemu do postaci papierowej zostaje uznany za jego wydruk.

5. Kto może podpisać taką dokumentację w przypadku nieobecności lekarza?

Osobą, która może podpisać kartę jest lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

6. Do kiedy szpitale mają czas na realizację wskaźnika 95%?

Najpóźniej do 31 maja 2026 r. szpitale mają czas na realizację wszystkich zadań zaplanowanych w ramach przedsięwzięcia, w tym również osiągnięcie wskaźnika 95%.

Należy zwrócić uwagę, że jest to termin maksymalny, a termin wiążący dany szpital wynika ze złożonego przez szpital wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem (szpitale miały możliwość wpisania we wniosku krótszego terminu realizacji).