

DOI: 10.5937/halo26-26468

UDC: 614.2(0.067.6)

Pandurov Z.&Jovanović  
R. Medicinska  
dokumentacija. Halo  
194. 2020; 26(2):88-93.

AKTUELNA TEMA

**ČUVANJE I VOĐENJE ZDRAVSTVENE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE***Zora PANDUROV, Ružica JOVANOVIĆ*

Uprava za biomedicinu, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, Srbija

**SAŽETAK**

Cilj rada je da zdravstveni radnici/saradnici i druga ovlašćena lica, usvoje znanja i veštine u praćenju, primeni i povezivanju novih sa drugim važećim propisima, kako bi mogli da pravilno podatke evidentiraju u zdravstvenu i medicinsku dokumentaciju, a posebno da istu čuvaju u skladu sa zakonima. Treba naglasiti da je Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, koji je osnovna tema ovog rada, utvrđeno i sledeće: „vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija, sastavljanje i dostavljanje propisanih izveštaja sastavni je deo stručno-medicinskog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika“. Iz gore navedenih razloga kroz tekst rada su prezentovane osnovne karakteristike, za svaku od tri grupe zdravstvene dokumentacije i evidencija u zdravstvu. Takođe naznačeno je i ko je odgovoran za tačnost upisanih podataka. Ovo je važno iz razloga što osnovna dokumentacija predstavlja sudsko-medicinski dokument, te je neophodno da upisani podaci budu potpuni, tačni i dostupni. Nedoumice vezane za obrasce, razjašnjene su kroz primere, koji se koriste radi upisivanja podataka. Posebno je istaknuto da bez obzira na označen sadržaj za rubrike obrazaca, podatke treba upisati u skladu sa Pravilnikom o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea. Zdravstveni radnici/saradnici su upoznati i sa tri oblika vođenja dokumentacije kao i sa uslovima za funkcionisanje IZIS-a kako u zdravstvenim ustanovama, tako i u privatnoj praksi, i drugim pravnim licima. Rad završavamo zakonskom regulativom kojom su utvrđeni rokovi i način čuvanja dokumentacije. Predlažemo da zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, period 2020. godine, iskoriste za pripremu akata i organizaciju rada, kako bi spremno dočekale 02.02.2021. godinu tj. primenu Zakona o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti, koji je potrebno da primenjuju.

**Ključne reči:** zdravstvena dokumentacija, vođenje, čuvanje, zdravstveni radnici**Rad primljen:** 07.05.2020.**Prihvaćen:** 03.06.2020.**Korespondencija:**

Zora Pandurov  
Vojvode Putnika  
br.6/6  
11500 Obrenovac,  
Srbija  
Tel: +38164 1386 842  
E-mail:  
zorapandurov@gmail.com

**Uvod**

Ovaj tekst je značajan iz razloga što je 2019. god. stupio na snagu i počeo sa primenom Zakon o zdravstvenoj zaštiti [1] i Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama [2] u oblasti zdravstva. Pored navedenih zakona, stupio je na snagu, dana 01.02.2020. god. Zakon o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti [3], a njegova primena počinje 02.02.2021. godine, te je neophodno da zdravstveni radnici i saradnici usklade svoj rad sa važećim propisima i promenama koje donose ovi propisi.

Vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija, sastavljanje i dostavljanje propisanih izveštaja, sastavni je deo stručno medicinskog rada zdravstvenih radnika/saradnika, zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica kao što su npr. domovi za stare, zatvori...

Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, uređeno je, između ostalog, vođenje dokumentacije, vrste dokumentacija i

evidencija u zdravstvu, lica koja su odgovorna za upisane podatke kao i rokovi čuvanja dokumentacije.

U radu Zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica se koriste različita dokumenta.

**Dokument**

Dokument je svaki zapis informacija bez obzira na njen fizički oblik ili karakteristike, pisani ili štampani tekst, zapis u elektronskom obliku, karte, šeme, fotografije, slike, crteži, (obeležavanje na šemi kod sumnje na zlostavljanja) skice, radni materijal, zvučni, glasovni snimci, (razgovor operatera sa pozivaocem) kao i magnetni, elektronski, optički i video snimci.

Zdravstvena dokumentacija je izvorni ili reproduktivni dokument, **pripremljen** za rad ili stvoren u radu zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica.

Zdravstvenu dokumentaciju čine:

- Medicinska dokumentacija o pacijentima, i
- Osnovna dokumentacija o Zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom pravnom licu.

Grupe zdravstvene dokumentacije i evidencija su:

1. Medicinska dokumentacija i evidencije o pružanju zdravstvenih usluga i zdravstvenom stanju pacijenta i stanovništva;
2. Zdravstvena dokumentacija i evidencije o resursima u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom pravnom licu;
3. Zdravstvena dokumentacija i evidencije za praćenje faktora rizika iz životne sredine.

**Medicinska dokumentacija i evidencije o pružanju zdravstvenih usluga i zdravstvenom stanju pacijenta i stanovništva**, vodi se u pismenom ili elektronskom obliku, upisivanjem podataka u:

- Osnovnu dokumentaciju, i
- Pomoćna sredstva za vođenje evidencija.

Od posebne je važnosti naznačiti šta čini osnovnu dokumentaciju, zato što ona prema ovom zakonu, predstavlja sudsko-medicinski dokument, te mora biti potpuna, tačna i dostupna.

**Osnovnu dokumentaciju čine:**

- Zdravstveni karton.
- Stomatološki karton.
- Karton obavezne imunizacije.
- Protokol.
- Istorija bolničkog lečenja i zbrinjavanja.
- Matična knjiga lica smeštenih u stacionarnu zdravstvenu ustanovu.
- Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista.
- List anestezije.
- Otpusna lista sa epikrizom.
- List za novorođenče.
- Knjiga evidencije utvrđivanja određenih bolesti ili stanja kao i pužanja zdravstvenih usluga (Knjiga evidencije sumnje na zlostavljanje ...).

Obrasci koji se koriste u sistemu zdravstvene zaštite i koji su navedeni u Zakonu o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva su:

- 1) Recept;
- 2) Uput za specijalističko-konsultativni pregled;
- 3) Uput za laboratorijski i drugi dijagnostički pregled;
- 4) Interni uput (za ampuliranu terapiju, previjanje, kućno lečenje, polivalentnu patronažnu službu, savetovališta)
- 5) Uput za stacionarno lečenje;
- 6) Laboratorijski nalaz;
- 7) Uput za lekarsku komisiju;
- 8) Uput za propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala;
- 9) Nalaz i mišljenje zdravstvenog ranika/saradnika odnosno lekarske komisije
- 10) Lekarsko uverenje;
- 11) Izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad (potvrda);
- 12) Sanitarna knjižica;
- 13) Zdravstvena isprava.

Izgled i sadržinu ovih obrazaca propisao je ministar, uz prethodno mišljenje Zavoda za javno zdravlje osnovanog za teritoriju Republike Srbije.

Izgled obrazaca za Obaveznu dokumentaciju, nije naveden u ovih trinaest obrazaca. Sadržaj podataka koji se upisuju u Obaveznu dokumentaciju je naveden u Pravilniku o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea.

U prelaznim i završnim odredbama Zakona o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, navedeno je sledeće: „Do donošenja propisa za sprovođenje zakona primenjuju se propisi koji su važeći do dana stupanja na snagu ovog zakona, a koji nisu u suprotnosti sa odredbama ovog zakona.“.

Pregledom *važećih* propisa, odnosno propisa koji se primenjuju, utvrđeno je da je važeći propis - Pravilnik o vođenju medicinske dokumentacije, načinu upisivanja podataka i sastavljanja izveštaja („Sl. glasnik SRS“, br. 40/81, „Sl. glasnik RS“, br. 30/13).

Kako bi zdravstveni radnici/saradnici i druga ovlašćena lica, bolje razumela sinergizam propisa navešćemo neke primere.

Pravilnikom o vođenju medicinske dokumentacije, načinu upisivanja podataka i sastavljanja izveštaja (radi pojašnjenja-iz 2013. god.) je propisano npr. da se Protokol bolesnika vodi na *obrascu* broj 2-01-sr. (knjiga od 200 listova, vel. 25 x 35 cm, štampa crna). Ovaj obrazac protokola je uobičajen u svakodnevnom radu, i rubrike istog su poznate zdravstvenim radnicima/saradnicima.

Pravilnikom o obrascima i *sadržaju* obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea [4], koji bliže određuje Zakon o zdravstvenj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, utvrđen je sadržaj koji je potrebno upisati u obrasce kako bi dokumentacija bila potpuna. Poređenjem propisane sadržine za razne Protokole (oko 23 protokola za različite oblasti u zdravstvu), može se zapaziti da je u nekim od Protokola propisan podatak: LBO, negde JMBG, a negde oba broja.

Obaveza zdravstvenog radnika/saradnika ili ovlašćenog lica, je da sadržaj upisanih podataka u obrascima usklade sa Pravilnikom o obrascima i *sadržaju* obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea, bez obzira na postojeće rubrike obrazaca.

Navešćemo još neke zanimljivosti vezano za obrasce i upisivanje sadržaja u iste.

PROTOKOL se vodi u Privatnoj praksi i drugim pravnim licima, odnosno kada se za pacijenta ne otvara zdravstveni karton.

Evidentiranje podataka o pruženim zdravstvenim uslugama i preduzetim medicinskim merama vrši se u protokolu ili u zdravstvenom kartonu koje, zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica sama ustanovljavaju, a koji sadrži sve podatke koji su zakonom propisani za protokol.

Jedan od primera je i Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista. Na postojećem obrascu nije predviđeno, odnosno nema rubrike za upisivanje JMBG broja, ali je potrebno isti upisati iz razloga što u Pravilniku o obrascima i *sadržaju* obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea se navodi, kao deo sadržaja i JMBG broj, te bez istog podaci ne bi bili potpuni.

Što se tiče Otpusne liste sa epikrizom, Zakonom je propisano da Zdravstvena ustanova i dnevna bolnica, za pacijenta koji se u njoj nalazio na lečenju, porođaju ili rehabilitaciji, je dužna da najkasnije u roku od 10 dana od otpusta pacijenta, jedan, od ukupno tri primerka otpusne liste sa epikrizom, dostavi izabranom lekaru odnosno lekaru specijalisti na koga je izabrani lekar preneo ovlašćenje.

Za tačnost podataka koji se nalaze u obaveznoj zdravstvenoj dokumentaciji, odgovoran je nadležni zdravstveni radnik, osim za Knjige evidencije utvrđivanja određenih bolesti ili stanja kao i pužanja zdravstvenih usluga gde je za tačnost podataka odgovoran zdravstveni radnik/saradnik ili drugo ovlašćeno lice.

Pored osnovne dokumentacije, propisana su i Pomoćna sredstva za vođenje evidencija:

- ❖ Registar kartoteke.
- ❖ Dnevna evidencija o posetama i radu.
- ❖ Tekuća evidencija o utvrđenim oboljenjima i stanjima.
- ❖ Dnevna evidencija o kretanju pacijenta u bolnici-stacionaru.
- ❖ Evidencija zakazivanja pregleda dijagnostičkih procedura i drugih medicinskih mera i postupaka.

Za tačnost unetih podataka odgovoran je zdravstveni radnik/saradnik i drugo ovlašćeno lice. Upravo zbog odgovornosti koja je na zdravstvenim radnicima/saradnicima, i drugim ovlašćenim licima, upisivanje podataka se vrši na osnovu:

- pruženih zdravstvenih usluga, odnosno prilikom preduzimanja ostalih mera u oblasti zdravstvene zaštite, i
- podataka sadržanih u javnim i drugim ispravama (kao što su zdravstvena isprava, lična karta, pasoš...). Ukoliko podatak ne može da se upiše na gore navedeni način upisuje se na osnovu izjave lica od koga se uzimaju podaci, koji se upisuju u zdravstvenu dokumentaciju.

**Zdravstvena dokumentacija i evidencije o resursima** u zdravstvenoj ustanovi privatnoj praksi i drugom pravnom licu se vodi kao:

- Karton zdravstvene ustanove, privatne prakse i drugog pravnog lica.
- Karton zaposlenih sa osnovnim podacima
- Karton opreme.
- Karton građevinskog objekta.
- Karton prostora.
- Karton leka i medicinskog sredstva.
- Karton informaciono-komunikativnih tehnologija

Za tačnost unetih podataka odgovorano je odgovorno lice u ZU, osnivač privatne prakse i odgovorno lice u drugom pravnom licu.

**Zdravstvena dokumentacija i evidencije za praćenje faktora rizika** iz životne sredine se vodi kao:

- Evidencije o zdravstvenoj ispravnosti: voda za piće; prirodne mineralne, izvorske, i stonke vode u ambalaži, voda koje se koriste u rekreaciji, površinska voda ili voda u bazenima; bezbednosti hrane; predmeta opšte upotrebe;
- Evidencije o praćenju kvaliteta vazduha, zemljišta;
- Evidencija o kvalitetu otpadnih voda i površinskih voda;
- Evidencija o medicinskom otpadu;
- Evidencija o komunalnoj buci u životnoj sredini;
- Evidencija o jonizujućem zračenju, drugim štetnim materijama, pojavama i uzročnicima koji ugrožavaju život ljudi

Za tačnost unetih podataka odgovoran je zdravstveni radnik/saradnik i drugo ovlašćeno lice. Takođe, nadležni zdravstveni radnik/saradnik i drugo ovlašćeno lice, dužno je da u obrasce za vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija svojim *Potpisom i Pečatom* ili za to predviđenim drugim identifikacionim sredstvom (kvalifikovani elektronski potpis) potvrde tačnost podataka.

Naglašavamo: sadržaj upisanih podataka u obrasce, mora biti usklađen sa propisanom sadržinom utvrđenom Pravilnikom o obrascima i *sadržaju* obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea.

Zdravstveni radnik/saradnik i drugo ovašćeno lice je dužno da čuva podatke o ličnosti, a može biti oslobođen:

- pisanim pristankom pacijenta (zakonskog zastupnika),
- odlukom suda.

U slučaju nepoštovanja gore navedenog, zdravstveni radnik/saradnik ili drugo ovlašćeno lice kazniće se za prekršaj.

Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, utvrđena su tri oblika vođenja dokumentacije:

- a) PISMENI OBLIK - ukoliko nije uspostavljen informacioni sistem.
- b) ELEKTRONSKI OBLIK - ukoliko su ipunjeni svi propisani uslovi vezano za infrastrukturu (softver, hardver), organizaciju ljudi i postupaka za prikupljanje, smeštaj, obradu, čuvanje, prenos, prikazivanje i korišćenje podataka i informacija, posedovanje Rešenje o usaglašenosti softvera. Neohodno je da se svake dve godine sprovodi redovno usaglašavanje softvera.
- c) PISMENI I ELEKTRONSKI OBLIK - Ukoliko postoje uslovi za vođenje osnovne medicinske dokumentacije u elektronskom obliku, a nisu ispunjeni svi uslovi (npr. ustanova ne poseduje rešenje o usaglašenosti softvera ili kvalifikovani elektronski potpis), tada je nadležni zdravstveni radnik dužan da odštampani i potpisani primerak osnovne medicinske dokumentacije (zdravstveni karton, istorija bolesti, protokoli i knjige evidencija) čuva u papirnom obliku.

Ministar, na predlog zavoda za javno zdravlje osnovanog za teritoriju RS, propisuje jedinstvene metodološke principe i standarde za funkcionisanje, upravljanje rizikom i bezbednost integrisanog zdravstvenog informacionog sistema (IZIS).

Funkcionisanjem IZIS-a obezbeđuje se dostupnost zdravstvenih podataka, svim učesnicima u zdravstvenom sistemu u skladu sa njihovim potrebama, ulogama i odgovornostima.

IZIS čine: Zdravstveno-statistički sistem, Informacioni sistem organizacije zdravstvenog osiguranja i Informacioni sistem zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica, a rukovalac podacima koji čini IZIS je zavod za javno zdravlje RS.

Zdravstvene ustanove i u privatnoj svojini, privatna praksa i druga pravna lica, takođe su u obavezi da obezbede uslove za rad IZIS-a. U slučaju nepoštovanje navedenog, zdravstvena ustanova, drugo pravno lice i njihova odgovorna lica kao i osnivač privatne prakse i odgovorno lice u privatnoj praksi, kazniće se za prekršaj.

Značajno je da se za pacijenta kome je otvoren elektronski zdravstveni karton vodi i elektronski medicinski dosije, ali pacijent ima pravo da odluči da se o njemu ne vodi elektronski medicinski dosije. U tom slučaju, pacijent je dužan da o toj odluci da pismenu izjavu.

Kako bi se otklonile nedoumice, pacijente bi trebalo informisati da elektronski medicinski dosije predstavlja izvod podataka iz osnovne medicinske dokumentacije, koja se vodi u elektronskoj formi o jednom pacijentu koji objedinjuje sve zdravstvene podatke koji su od značaja za njegovo dugoročno zdravstveno stanje, a koji bi po potrebi bili dostupni u budućem pružanju zdravstvene zaštite, čime bi pacijent imao veće šanse za uspešno lečenje.

Zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, dužna su da na osnovu zdravstvene dokumentacije i evidencija koje vode, dostavljaju individualne izveštaje prijave, prijave i odjave za pacijente, Zakonom propisane zbirne izveštaje npr. o organizacionoj strukturi, privremenoj sprečenosti za rad, pokazateljima kvaliteta itd.

Izveštaji u zavisnosti od vrste, dostavljaju se Organizaciji zdravstvenog osiguranja, nadležnom zavodu, odnosno Institutu za javno zdravlje i to u zakonom utvrđenom roku.

U slučaju zaraznih bolesti zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, su dužna da izveštaj o obolelim dostave odmah po evidentiranju bolesti nadležanom zavodu, odnosno Institutu za javno zdravlje.

Na osnovu dostavljenih izveštaja nadležni zavod, institut, odnosno zavod za javno zdravlje osnovan za teritoriju RS, vode Registar lica obolelih, ne samo od zaraznih bolesti, nego i od bolesti od većeg javno-zdravstvenog značaja.

Pored navedenog, zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, imaju još jednu značajnu obavezu, a to je **čuvanje** i arhiviranje dokumentacije.

Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva za Zdravstvene ustanove, privatnu praksu i druga pravna lica, utvrđeni su rokovi čuvanja dokumentacije i to: Matična knjiga, Stomatološki karton, Registri, podaci koji se vode u elektronskom obliku čuvaju se trajno. Ostala osnovna medicinska dokumentacija (Karton obavezne imunizacije, Protokol, Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista, List anestezije, Otpusna lista sa epikrizom, List za novorođenčce), čuvaju se 15 godina nakon poslednjeg upisa podataka, dok se zbirni i individualni izveštaji čuvaju dve godine, a tekuća i dnevna evidencija godinu dana.

Za odgovorno lice Zdravstvene ustanove ili drugog pravnog lica ili osnivača privatne prakse, istekom utvrđenih rokova čuvanja, odgovornost za dokumentaciju, ne prestaje. U Zakonu je naglašeno da Zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, pri čuvanju zdravstvenu dokumentaciju i evidencije, vode računa da se očuva njihova upotrebna vrednost i da se ista čuva u skladu sa ovim zakonom i propisima kojim se uređuje arhivska građa.

Ovde se na Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, nadovezuju propisi o arhivskoj građi. Odnosno, na odredbe Zakona o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva se nadovezuju odredbe Zakon o kulturnim dobrima („Službeni glasnik RS“, br.71/94) koji je, za sada, važeći. Od dana 02.02.2021. god. na čuvanje i arhiviranje dokumentacije će se primenjivati odredbe Zakona o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti, kao što smo naglasili u uvodu ovog teksta.

Radi pojašnjenja ovih propisa, ističemo bitnu terminološku razliku. U Zakonu o kulturnim dobrima koristi se termin Registraturski materijal koji je u Zakonu o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti zamenjen terminom Dokumentarni materijal. Za dokumentarni materijal u definiciji se navodi, između ostalog, da predstavlja celinu dokumenata... a za Arhivsku građu, da je odabrani deo Dokumentarnog materijala.

Kako bi Zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, period do početka primene Zakona o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti, iskoristile za usaglašavanje svojih akata sa ovim zakonom, podsećamo stvaraoce i imaoce arhivske građe i dokumentarnog materijala, na neke od dužnosti i obaveza koje su utvrđene ovim zakonom.

- ❖ Stvaralac i imalac arhivske građe i dokumentarnog materijala dužan je da u roku od 30 dana obavesti nadležni arhiv o svom osnivanju, preseljenju, prestanku rada tj. svim promenama od značaja za arhivsku građu.
- ❖ Pribavi mišljenje arhiva pre preduzimanja mera (statusne promene, preseljenja, adaptacija prostorija, otvaranja stečaja ili likvidacije, mikrofilmovanja, digitalizacije...).
- ❖ Sačini opšti akt o načinu evidentiranja, klasifikovanja, arhiviranja i čuvanja arhivske građe i dokumentarnog materijala.

- ❖ Sačini opšti akt o načinu evidentiranja, zaštite i korišćenja elektronskih dokumenata.
- ❖ Evidentira, označava, klasifikuje, datira i arhivira arhivsku građu i dokumentarni materijal.
- ❖ Sačini Listu kategorija arhivske građe i dokumentarnog materijala sa rokovima čuvanja.
- ❖ Nadležni javni arhiv daje saglasnost na listu kategorija arhivske građe i dokumentarnog materijala sa rokovima čuvanja.
- ❖ Na osnovu liste i saglasnosti, odabira arhivsku građu i izdvaja radi uništenja, bezvredni dokumentarni materijal, kojem je istekao rok čuvanja, godinu dana od dana isteka utvrđenog roka.
- ❖ Vodi arhivsku knjigu na propisanom obrascu, zato što nadležni javni arhiv daje odobrenje samo za uništenje dokumentarnog materijala koji je evidentiran u arhivskoj knjizi.

dužan je da bez odlaganja obavesti nadležnu inspekciju, u ovom slučaju Javni arhiv.

### Zaključak

Zdravstveni radnici/saradnici su upoznati sa tri oblika vođenja dokumentacije kao i sa uslovima za funkcionisanje IZIS-a kako u zdravstvenim ustanovama tako i u privatnoj praksi i drugim pravnim licima. Predlažemo da zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica, period 2020. godine, iskoriste za pripremu akata i organizaciju rada, kako bi spremno dočekale 02.02.2021. godine, tj. primenu Zakona o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti, koji je potrebno da primenjuju.

**Sukob interesa:** autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

### Literatura:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS“, br. 25/19).
2. Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva („Sl. glasnik RS“, br.123/2014, 106/2015, 105/2017 i 25/19-dr.zakon).
3. Zakon o kulturnim dobrima („Sl. glasnik RS“, rb. 71/94, 52/11-dr. zakon i 99/11-dr. zakon);
4. Zakon o arhivskoj građi i arhivskoj delatnosti („Službeni glasnik RS“, br. 6/20) osnovni tekst na snazi od 01.02.2020. god. u primeni 02.02.2021. god.
5. Uredba o listi kategorija registraturskog materijala i o odabiranju i primopredaji arhivske građe Savezne Republike Jugoslavije („Sl. list SRJ“, br. 49/99);
6. Pravilnik o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea („Sl. glasnik RS“, 109/16 i 20/19);
7. Zakon o inspekcijskom nadzoru („Sl. glasnik RS“, br. 36/15, 44/18 - dr. zakon, 95/18).

Treba naglasiti i da: Bezvredan dokumentarni materijal, kojem je istekao rok čuvanja se ne može uništiti, bez odobrenja u pisanoj formi nadležnog javnog arhiva.

Jedna od obaveza javnog arhiva koja je propisana Zakonom je da pruža stručnu pomoć stvaraocu i imaocu dokumentarnog materijala i arhivske građe, u izradi opštih akata o upravljanju arhivskom građom i dokumentarnim materijalom. Ovo pravo treba iskoristiti kako bi se izgradili partnerski odnosi između zdravstvene ustanove, privatne prakse i drugog pravnog lica i javnog arhiva.

Partnerski odnos je važan iz razloga što nadzor nad evidentiranjem, klasifikacijom, čuvanjem, arhiviranjem, odabiranjem iz dokumentarnog materijala arhivske građe i nalažanje mera sprovodi - Javni arhiv.

Napominjemo, Ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, nadzire poštovanje odredbi utvrđenih Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva. Međutim, ako inspektor nađe, da postoji povreda propisa čiju primenu nadzire druga inspekcija,

## CURRENT TOPIC

**KEEPING AND STORING HEALTH AND MEDICAL RECORDS***Zora PANDUROV, Ružica JOVANOVIĆ*

Directorate of Biomedicine, Ministry of Health of the Republic of Serbia, Belgrade, Serbia

**Abstract**

The object of the article is to enable health workers/associates and other authorized personnel to acquire new knowledge and skills in following, implementing and linking new regulations with old ones for accurately introducing data into health and medical records, as well as storing those records according to the law. It should be recognized that the Law on Health Documentation and Records in the Field of Healthcare, which is the main subject of this article, declares: „keeping medical documentation and records, writing and sending required reports is a part of the professional medical activity of health institutions, private practice and other legal entities, health workers and health associates“. Therefore, the text of the article presents the basic characteristics of all three groups of health documentation and records in health care. The person responsible for the accuracy of recorded data is also designated. This is very important because the medical records are legal documents and they must be complete, accurate and available. Various dilemmas concerning the forms used to collect data have been clarified through examples. It is pointed out that, regardless of the form heading, the data should be entered in accordance to the By-law on Forms and Content of Forms for Keeping Health Documentation, Records, Reports, Registers and Electronic Medical Records. Health workers/associates are acquainted with three ways of keeping records, as well as the conditions for the functioning of IHIS (Integrated Health Information System) in health institutions, but also in private practice and other legal entities. The article ends in quoting legislation on the time and conditions for preserving medical records. We advise the health institutions, private practice and other legal entities to use the year 2020 to prepare themselves, in terms of internal regulations and organization, for 2nd February 2021, which is the date that the Law on Archive Material and Archive Activity will come into effect and which they will need to uphold.

**Keywords:** medical records, keeping, storing, health workers