

Zarządzenie Nr 28/2017/MED-DOK/15

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku z dnia 11 maja 2017 r.

w sprawie
„Regulaminu przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla
Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku”

Na podstawie art. 23-30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, § 73-79 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadza się zaktualizowany „Regulaminu przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

1. Za udostępnianie dokumentacji medycznej odpowiada kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumentacja ta się znajduje.
2. Każdorazowo dokumentację medyczną udostępnia się na podstawie wniosku.
3. Każdy zrealizowany wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej należy przekazać do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych celem zarejestrowania i przechowywania w teczce pacjenta.
4. Każdorazowo wydanie oryginału dokumentacji medycznej osobie uprawnionej wymaga wykonania jej odwzorowania cyfrowego lub kopii.

§ 3

Zobowiązuję kierowników oddziałów do zamieszczenia *Cennika opłat związanych z dokumentacją medyczną* stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego *Regulaminu* w miejscu dostępnym dla pacjentów.

§ 4

Jednocześnie traci moc zarządzenie numer 96/2015/MED-DOK/15 z dnia 22.12.2015 r.

§ 5

Za aktualizację niniejszego zarządzenia odpowiedzialnym czynię Kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 11 maja 2017 r.

Otrzymują:

1. Komórki organizacyjne Szpitala wg rozdzielnika
2. a/a Dział Organizacji i Nadzoru

P.O. Z-CARZ...
DS. LE...
lek. med. ... Ksol
SPECJALIST...
LEKARZ CI...

**REGULAMIN
PRZECHOWYWANIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ
PAŃSTWOWYM SZPITALU DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH
W RYBNIKU**

Niniejszy regulamin ma na celu ustalenie jednolitych zasad przechowywania oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

Podstawa prawna

§ 1

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

Miejsce przechowywania indywidualnej dokumentacji medycznej

§ 2

Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów, którym obecnie udziela się świadczeń opieki zdrowotnej przechowywana jest w danej komórce organizacyjnej.

§ 3

1. Historie chorób pacjentów wypisanych w roku bieżącym są przechowywane w archiwum podręcznym Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.
2. Historie chorób pacjentów wypisanych w poprzednich latach są przechowywane w archiwum zakładowym.
3. Archiwalna dokumentacja medyczna pacjentów leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego jest przechowywana w tej poradni.

§ 4

1. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej powinno umożliwiać jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki, oraz być zabezpieczone przed zniszczeniem uszkodzeniem, lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.
2. Za należyte zabezpieczenie przechowywanej dokumentacji medycznej odpowiada kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumentacja się znajduje.

Okres przechowywania indywidualnej dokumentacji medycznej

§ 5

1. Historie chorób przechowuje się przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
2. Historie zdrowia i choroby przechowuje się przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu.
3. Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta, utrwalone na kliszy lub w formacie cyfrowym są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,

4. Skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.

Przetwarzanie dokumentacji medycznej

§ 6

1. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej oraz do jej przetwarzania, w zakresie udzielanych pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej, posiada:
 - 1) lekarz,
 - 2) pielęgniarka,
 - 3) psycholog,
 - 4) ratownik medyczny,
 - 5) terapeuta zajęciowy,
 - 6) higienistka szpitalna,
 - 7) rejestrator medyczny,
 - 8) specjalista ds. resocjalizacji,
 - 9) opiekun medyczny,
 - 10) pracownik socjalny,
 - 11) osoba upoważniona indywidualnie przez Dyrektora
2. Wymogiem prawa dostępu do dokumentacji medycznej danego pacjenta jest udzielanie mu świadczeń opieki zdrowotnej. Samo wykonywanie zawodu medycznego nie uprawnia do wglądu, a tym bardziej przetwarzania dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej posiadają również pracownicy administracji Szpitala zajmujący się rozliczaniem świadczeń zdrowotnych, archiwizowaniem dokumentacji medycznej oraz organizacją i zarządzaniem udzielaniem usług medycznych, a także osoby wykonujące czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu.

Udostępnianie indywidualnej dokumentacji medycznej

§ 7

Indywidualna dokumentacja medyczna udostępniana jest przez kierownika komórki organizacyjnej (lub osobę przez niego upoważnioną), w której dokumentacja ta się znajduje.

§ 8

Indywidualna dokumentacja medyczna udostępniana jest:

- 1) pacjentowi, którego ta dokumentacja dotyczy,
- 2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
- 3) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, za okazaniem postanowienia, orzeczenia lub zaświadczenia wydanego przez sąd,
- 4) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- 5) organom władzy publicznej (np. Rzecznikowi Praw Pacjenta, ministrom, centralnym organom administracji rządowej, wojewodom, działającym w ich imieniu lub we własnym imieniu innym organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego, organom i podmiotom, które są powołane z mocy prawa lub na podstawie porozumień do rozstrzygania spraw indywidualnych w drodze decyzji administracyjnych, policji, komornikom, prokuratorom) w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
- 6) Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez niego zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
- 7) organom samorządu zawodów medycznych w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,

- 8) konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
- 9) lekarzom i psychologom sądowym w związku z prowadzonym postępowaniem,
- 10) rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- 11) organom i instytucjom uprawnionym na mocy odrębnych ustaw, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- 12) organom rentowym, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- 13) zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności,
- 14) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów.
- 15) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
- 16) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom Właściwych Agencji,
- 17) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej Szpital na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakościowych, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia,
- 18) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania,
- 19) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- 20) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzania,
- 21) instytucjom opieki społecznej na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej, w zakresie niezbędnym do przyznawania i udzielania świadczeń z pomocy społecznej,
- 22) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy,
- 23) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

§ 9

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną osobom, podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

§ 10

1. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w komórce organizacyjnej, w której dokumentacja aktualnie się znajduje,
 - 2) poprzez sporządzenie kopii,
 - 3) poprzez sporządzenie jej wyciągów lub odpisów,
 - 4) poprzez sporządzenie odwzorowania cyfrowego lub na informatycznym nośniku danych,
 - 5) poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
2. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej jest udostępniana:
 - 1) do wglądu (w Dziale Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych),

- 2) przez sporządzenie wydruku potwierdzonego za zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej,
- 3) poprzez sporządzenie jej wyciągów lub odpisów.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 11

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na wniosek osoby uprawnionej.
2. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej powinien zawierać m.in.:
 - 1) dane wnioskującego,
 - 2) dane identyfikujące pacjenta, czyli co najmniej imię i nazwisko, dodatkowo pesel, datę urodzenia, miejsce urodzenia, imiona rodziców, adres zamieszkania,
 - 3) formę udostępnienia (kopia, odpis, wyciąg, forma elektroniczna, itp.),
 - 4) szczegóły dokumentacji medycznej (np. całość historii choroby, Kartę Informacyjną, dokumenty z konkretnego pobytu, itp.),
 - 5) szczegóły odbioru dokumentów,
 - 6) cel, dla którego dokumentacja jest udostępniana, jeżeli jest konieczny dla ustalenia uprawnienia do uzyskania dokumentacji medycznej.
3. Wniosek o przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej wymaga podania hasła zabezpieczającego plik, składającego się z co najmniej: ośmiu znaków, jednej dużej litery, oraz znaku specjalnego.
4. Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi **załącznik nr 1** do Regulaminu.
5. Osoba udostępniająca umieszcza na wniosku adnotację dot. udostępnienia zawierającą m.in. datę udostępnienia oraz swój podpis lub załącza do wniosku pismo z odpowiedzią na wniosek, opatrzone swoim podpisem.

§ 12

1. Udostępnianie dokumentacji medycznej jest rejestrowane.
2. Rejestr udostępnianej dokumentacji medycznej zawiera m.in.: nazwisko i imię pacjenta, pesel (jeżeli podano), dane wnioskodawcy, datę udostępnienia (realizacji wniosku), sposób udostępnienia, zakres udostępnienia, dane osoby udostępniającej.
3. Po zrealizowaniu wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej wniosek (z adnotacją o zrealizowaniu lub odpowiedzią) przechowuje się w teczce pacjenta prowadzonej przez Dział Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§ 13

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci papierowej (odpis, wyciąg, kopia, wydruk) lub odwzorowanie cyfrowe (przesłane drogą elektroniczną lub na elektronicznym nośniku danych) pobiera się opłatę zgodnie z cennikiem określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego Regulaminu.
2. Od opłat zwolnieni są:
 - 1) organy samorządu zawodów medycznych
 - 2) organy rentowe
3. Wydanie dokumentacji w formie, o której mowa w ust. 1, osobom prywatnym następuje za okazaniem dowodu dokonania opłaty.

§ 14

1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej, za pokwitowaniem.
2. Po upływie okresu przechowywania dokumentacja medyczna jest niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku
„Zdrowie Pacjenta naszą największą wartością”

Rybnik, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Nazwisko i imię wnioskującego:

Numer PESEL/Numer dowodu osobistego:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu kontaktowego:

Nazwisko i imię pacjenta

Pesel

Inne dane identyfikujące

Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- | | |
|-------------------------------|--|
| wgląd | wydanie oryginału dokumentacji papierowej |
| wyciąg | odwzorowanie cyfrowe dokumentacji papierowej |
| odpis | na elektronicznym nośniku danych |
| kopia dokumentacji papierowej | poczta elektroniczną, HASŁO: |
| inne: | |

Szczegóły dot. udostępnianej dokumentacji medycznej:

(np. całość historii choroby, Karta Informacyjna, dokumenty z konkretnego pobytu, itp.),

Szczegóły dotyczące odbioru dokumentów:

- odbior osobisty w dniu
- poczta tradycyjną na adres
- poczta elektroniczną (e-mail) na adres
-

Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:

- związany z kontynuacją leczenia
- inny

.....
Podpis wnioskodawcy

Dokumentację odebrałem osobiście:

.....
Data odbioru dokumentacji

.....
Podpis osoby odbierającej

Udostępnienie zrealizowano:

Data, podpis osoby udostępniającej

CENNIK OPŁAT ZWIĄZANYCH Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ

Rodzaj usługi	Cena (brutto)
Sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	8,43 zł / 1 stronę*
Sporządzenie kopii, odwzorowania cyfrowego lub wydruku dokumentacji medycznej	0,29 zł / 1 stronę*
Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	1,68 zł *

* kwoty wyliczane są w oparciu o art. 28 Ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

p.o. Z-CIA HYPERTENJA
DS. LEKARSTWA
lek.med. Marek Koł
SPECJALISTA PSYCHIATRA
LEKARZ CHOROZOBEMIECZNYCH