

INSTRUKCJA UDOSTĘPNIANIA I PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW

§ 1.

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana
 - 1) pacjentowi lub
 - 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub
 - 3) osobie upoważnionej przez pacjenta (na podstawie pisemnego upoważnienia),
 - 4) innym podmiotom o których mowa w art. 26 ust 3 i 4 ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przy czym zakładom ubezpieczeń za zgodą pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia (na podstawie pisemnego upoważnienia) lub osobie , która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Szpitala,
 - 2) poprzez sporządzenie jej :
 - a) wyciągów (skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej),
 - b) odpisów (dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem),
 - c) kopii (dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii)
 - d) lub wydruków,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, a także w przypadku gdy zwłoka w przypadku wydania dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
 - 4) na informatycznym nośniku danych (zdjęcia obrazowe).

§ 2.

1. Dokumentacja jest udostępniana bez zbędnej zwłoki na pisemny wniosek osób określonych w § 1 ust. 1 pkt od 1) do 3) - wg wzoru stanowiącego załącznik do niniejszej Instrukcji.
2. Na wniosku, o którym mowa w ustępie 1 pracownik Szpitala umieszcza adnotację o rodzaju i ilości wydanej dokumentacji wraz z datą jej wydania oraz naliczonych opłatach.
3. Pacjent lub osoba upoważniona własnoręcznym podpisem kwituje odbiór dokumentacji.
4. Dokumentacja jest udostępniana bez zbędnej zwłoki na pisemny wniosek podmiotów określonych w § 1 ust. 1 pkt 4) przez Kancelarię Szpitala.
5. Odmowa wydania dokumentacji jest sporządzana w formie pisemnej z podaniem przyczyny odmowy i wysyłana przez Kancelarię Szpitala.

§ 3.

1. Do sporządzania kopii dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania zobowiązane są następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Sekretariaty odpowiednich oddziałów szpitalnych - w przypadku pacjentów będących w trakcie leczenia oraz dokumentacji archiwalnej pacjentów hospitalizowanych w stacjonarnych oddziałach całodobowych zlokalizowanych przy al. Focha 33,
 - 2) Sekcja Rejestracji i Dokumentacji Chorych przy ul. Skarbowej 1 - w przypadku dokumentacji archiwalnej pacjentów hospitalizowanych w stacjonarnych oddziałach całodobowych i pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Diennej przy ul. Skarbowej 1,
 - 3) Dział Administracyjno-Gospodarczy przy al. Focha 33 – w przypadku dokumentacji pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Diennej oraz Kriokomory przy al. Focha 33,
 - 4) Rejestracja Przychodni Specjalistycznych przy al. Focha 33 - w przypadku pacjentów korzystających z ambulatoryjnych porad specjalistów w Przychodni Przyszpitalnej lub pacjentów poradni specjalistycznych Małopolskiego Centrum Reumatologii, Immunologii i Rehabilitacji przy al. Focha 33,

- 5) Rejestracja Poradni Małopolskiego Centrum Reumatologii, Immunologii i Rehabilitacji przy ul. Batorego 3 – w przypadku pacjentów poradni specjalistycznych przy ul. Batorego 3,
 - 6) Rejestracja Zakładu Diagnostyki Obrazowej – w zakresie przygotowania kopii badań obrazowych na nośniku elektronicznym
 - a. przy ul. Skarbowej 1,
 - b. al. Focha 33.
2. Pracownicy komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 są uprawnieni do potwierdzania za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej.
 3. Wyciągi z dokumentacji zbiorczej przechowywanej w oddziałach (raporty lekarskie i pielęgniarskie) sporządzane są przez pracowników sekretariatów odpowiednich oddziałów i uwierzytelniane przez ordynatorów (w przypadku dokumentacji lekarskiej), pielęgniarki oddziałowe (w przypadku dokumentacji pielęgniarskiej) lub osoby przez nich wyznaczone.
 4. Komórki organizacyjne o których mowa w ust. 1, za wyjątkiem komórki organizacyjnej określonej w ust.1 pkt.6 prowadzą rejestry udostępnionej dokumentacji zawierające:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
 - 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
 - 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.
 5. Komórki organizacyjne, o których mowa w ust. 1 przygotowują kopie dokumentacji medycznej dla Kancelarii Szpitala w przypadku określonym w § 2 ust. 4 .
 6. Udostępnianie dokumentacji w trybie wglądu organizują kierownicy komórek, o których mowa w ust.1 stosownie do możliwości organizacyjnych.

§ 4.

1. Udostępnianie i wydawanie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej w zakresie diagnostyki obrazowej prowadzone jest przez rejestrację Zakładu Diagnostyki Obrazowej po przednim złożeniu wniosku i wniesieniu opłaty:

- 1) w Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych (ul. Skarbową 1)
- 2) w Dziale Administracyjno-Gospodarczym (al. Focha 33).

Komórki organizacyjne określone w pkt. 1 i 2 prowadzą odpowiednio rejestry udostępnionej dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej w zakresie diagnostyki obrazowej.

2. Zakład Diagnostyki Obrazowej udostępnia dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej również w formie wydruku zdjęcia obrazowego na kliszy.

3. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez szpital są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

§ 5.

1. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej uiszczą się w:
 - 1) Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych ul. Skarbową 1,
 - 2) Rejestracji Przychodni Przyszpitalnej al. Focha 33,
 - 3) Rejestracji Poradni przy ul. Batorego 3,
 - 4) Dziale Administracyjno-Gospodarczym (pok.33), al. Focha 33,
 - 5) Punkcie obsługi pacjenta komercyjnego (pok.32), al. Focha 33 – w godzinach otwarcia poszczególnych komórek.
2. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub kopii na informatycznym nośniku danych określa Cennik przyjmowany odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
3. W przypadku, gdy udostępniana dokumentacja medyczna wykorzystywana będzie w celu kontynuacji leczenia usługa udostępnienia dokumentacji zwolniona jest z podatku VAT.
4. W przypadku, gdy udostępniana dokumentacja medyczna wykorzystywana będzie w innym celu niż kontynuacji leczenia usługa udostępnienia dokumentacji opodatkowana jest podatkiem VAT w stawce 23%.
5. W przypadku dokumentacji medycznej przesyłanej na wskazany adres wystawiana jest faktura.

§ 6.

1. Szpital przechowuje dokumentację medyczną zapewniając odpowiednie warunki zabezpieczające przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

2. Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) 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) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie
3. Po upływie okresów wymienionych w ust. 2 Szpital niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
4. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby przez pacjenta upoważnionej, za pokwitowaniem.
5. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. Z 2016 r. poz. 1506 ze zm.), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.