

INSTRUKCJA UDOSTĘPNIANIA I PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW

§ 1

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) pacjentowi,
 - 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
 - 3) osobie upoważnionej przez pacjenta (na podstawie pisemnego upoważnienia),
 - 4) innym podmiotom, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 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. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniana jest także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5
3. Za osobę bliską uznaje się małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.
4. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd w postępowaniu nieprocesowym, na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
5. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Szpitala, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - 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 lub w formie odwzorowania cyfrowego - skanu),
 - d) 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 wydaniu 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,
 - 5) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej- ePUAP, z wyjątkiem dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej.
7. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Szpital, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

§ 2

1. Dokumentacja jest udostępniana bez zbędnej zwłoki na pisemny wniosek osób, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt od 1) do 3) oraz ust. 2, sporządzony według 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, osoba upoważniona przez pacjenta, osoba bliska pacjentowi lub inne osoby osobiście odbierające dokumentację, własnoręcznym podpisem kwitują odbiór tej dokumentacji.
4. Dokumentacja jest udostępniana bez zbędnej zwłoki na pisemny wniosek podmiotów określonych w § 1 ust. 1 pkt 4) przez Kancelarię Szpitala.
5. Odmowa udostępnienia dokumentacji jest przekazywana w postaci elektronicznej albo papierowej z

podaniem przyczyny odmowy i wysyłana przez Kancelarię Szpitala.

§ 3

1. Do sporządzania kopii lub wydruku 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) Sekretariat Ośrodka Rehabilitacji Diennej przy al. Focha 33 – w przypadku dokumentacji pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Diennej, Kriokomory oraz Gabinetów Fizjoterapii 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. Wyznaczeni pracownicy z poszczególnych komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 są uprawnieni do potwierdzania za zgodność z oryginałem kopii lub wydruku dokumentacji medycznej i opatrują ją swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis.
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. Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej udostępniana jest przez:
 - 1) Sekcję Rejestracji i Dokumentacji Chorych przy ul. Skarbowej 1 oraz sekretariaty odpowiednich oddziałów przy al. Focha 33),
 - 2) Zakład Diagnostyki Obrazowej - w zakresie diagnostyki obrazowejpo uprzednim złożeniu wniosku i wniesieniu opłaty:
 - a) w Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych (ul. Skarbowa 1)
 - b) w punkcie obsługi pacjenta komercyjnego (pok. 31), al. Focha 33.
2. Udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej odbywa się poprzez:
 - 1) wydanie na elektronicznym nośniku danych (CD/DVD) – dotyczy ust. 1 pkt.1 i 2
 - 2) drogą komunikacji elektronicznej z wykorzystaniem ePUAP - dotyczy ust. 1 pkt.1
3. Wnioski o udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej można składać:
 - 1) osobiście – dotyczy ust. 2 pkt.1
 - 2) za pośrednictwem poczty elektronicznej – dotyczy ust. 2 pkt.1
 - 3) poprzez ePUAP - dotyczy ust. 2 pkt.1 i 2.
4. Wnioski za pośrednictwem ePUAP są składane do Kancelarii Szpitala , która przekazuje je do Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych .
5. Pracownicy Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych realizują wnioski dotyczące dokumentacji elektronicznej pacjentów leczonych w Izbie Przyjęć oraz pacjentów hospitalizowanych w

stacjonarnych oddziałach całodobowych przy ul. Skarbowej 1, a wnioski dotyczące dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w stacjonarnych oddziałach całodobowych zlokalizowanych przy al. Focha 33 przekazują do realizacji do sekretariatów odpowiednich oddziałów.

6. Po utworzeniu i podpisaniu przez uprawnione osoby dokumentacji elektronicznej jest ona wysyłana zwrotnie do osób wnioskujących za pośrednictwem ePUAP.
7. Komórki organizacyjne udostępniające dokumentację w formie elektronicznej prowadzą rejestry udostępnionej dokumentacji.
8. Zakład Diagnostyki Obrazowej udostępnia dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej również w formie wydruku zdjęcia obrazowego na kliszy.

§ 5

1. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej uiszczą się w:
 - 1) Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych ul. Skarbową 1,
 - 2) Rejestracji Przychodni Przystępnej al. Focha 33,
 - 3) Rejestracji Poradni przy ul. Batorego 3,
 - 4) Punkcie obsługi pacjenta komercyjnego (pok.31), al. Focha 33 – w godzinach otwarcia poszczególnych komórek.
2. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii, kopii na informatycznym nośniku danych lub wydruku określa Cennik nadawany odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
3. Opłaty o której mowa w ust.2, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w § 1ust.6 pkt.2,4 i 5,
 - 2) W związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
4. W przypadku, gdy udostępniana dokumentacja medyczna wykorzystywana będzie w celu kontynuacji leczenia usługa udostępnienia dokumentacji zwolniona jest z podatku VAT.
5. W przypadku, gdy udostępniana dokumentacja medyczna wykorzystywana będzie w innym celu niż kontynuacji leczenia usługa udostępnienia dokumentacji opodatkowana jest podatkiem VAT w stawce 23%.
6. W przypadku gdy dokumentacja medyczna przesyłana jest zgodnie z wnioskiem przesyłką pocztową poleconą na wskazany adres, składający wniosek ponosi opłatę za sporządzenie kopii dokumentacji lub innej formy jej odwzorowania oraz koszty przesyłki pocztowej, na które Szpital wystawia fakturę.

§ 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 (tekst jednolity Dz. U. Z 2019 r. poz. 553), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.