

ZARZĄDZENIE Nr 1/2019
Dyrektora Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Jabłonie
z dnia 06 lutego 2019 roku
w sprawie warunków udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom

Na podstawie:

- 1) Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318; zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115, poz. 1515 i poz. 2429),
- 2) Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000; zm.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1669),

zarządzam co następuje:

§ 1

1. Indywidualna dokumentacja medyczna wewnętrzna może być udostępniona pełnoletniemu pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu pacjenta oraz osobie upoważnionej przez pacjenta na pisemny wniosek przedstawiony świadczeniodawcy.
2. Przy pierwszej ewentualnie kolejnej wizycie w SZP ZOZ w Jabłonie każdy pacjent powinien wskazać imię, nazwisko oraz dane adresowe osoby, którą upoważnia do wglądu do swojej dokumentacji medycznej. Oświadczenie pacjenta należy dołączyć do jego dokumentacji medycznej.

§ 2

Dokumentacja medyczna wewnętrzna może być udostępniona pacjentowi (jego przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub pełnomocnikowi) zależnie od jego wniosku w poniższy sposób tj.:

- a) do wglądu w gabinecie świadczeniodawcy w obecności pracownika SZP ZOZ;
- b) w formie kserokopii sporządzanej przez upoważnioną osobę ewentualnie w formie wyciągu lub odpisu sporządzanego przez personel medyczny lub w formie wydruku;
- c) w formie oryginału wydawanego czasowo za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
- d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- e) na informatycznym nośniku danych.

§ 3

Sporządzenie kserokopii, odpisu, wyciągu lub wydruku dokumentacji medycznej jest odpłatne dla wnioskodawcy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

2. Koszt za jedną stronę sporządzenia kserokopii albo wydruku dokumentacji medycznej wynosi 0,30 groszy (słownie: trzydzieści groszy).
3. Koszt za jedną stronę sporządzenia wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi 8,50 zł (słownie: osiem złotych, pięćdziesiąt groszy);

4. Koszt udostępnienia dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych wynosi 1,70 zł (słownie: jeden złoty, siedemdziesiąt groszy).

§ 4

1. Szczegółowe warunki udostępniania dokumentacji medycznej określa dokument: „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Wszyscy pracownicy SZP ZOZ biorący udział w przetwarzaniu, udostępnianiu i archiwizacji dokumentacji medycznej są zobowiązani zapoznać się i stosować do zaleceń dokumentu, o którym mowa w ust 1 niniejszego paragrafu.

§ 5

Traci moc Zarządzenie nr 2/2018 Dyrektora Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonninie z dnia 08.03.2018 roku w sprawie warunków udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom.

§ 6

Niniejsze Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1: Zasady udostępniania dokumentacji medycznej.



DYREKTOR
Iwona Michalska

.....
(podpis dyrektora)

DOKUMENTACJA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH			
SZPZOZ W JABŁONNIE		UL. PARKOWA 21, 05 – 110 JABŁONNA	
ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			
DATA WYDANIA	14.05.2018	DATA OBOWIĄZYWANIA	25.05.2018
WYDANIE	I	LICZBA STRON	6
SPORZĄDZIŁ	IODO ANDRZEJ PEŃSKO	ZATWIERDZIŁA	ADO IWONA MICHALSKA
PODPIS		PODPIS	

L.P.	DATA	OPIS ZMIANY	OSOBA WPROWADZAJĄCA ZMIANĘ
1.	23.01.2019	Wprowadzono zmiany w zakresie uprawnień do udostępniania dokumentacji medycznej.	Andrzej Peńsko

1. Cel

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad udostępniania dokumentacji medycznej osobom uprawnionym do jej uzyskiwania.

2. Zakres

Procedura obowiązuje wszystkie osoby realizujące zadania w SZPZOZ W JABŁONNIE (SZPZOZ) niezależnie od sposobu powiązania z firmą.

3. Opis postępowania

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w ustawie o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych.

W celu realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, SZPZOZ prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

SZPZOZ udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie pisemnego oświadczenia zbieranego podczas pierwszego kontaktu pacjenta z SZPZOZ. Pobrane oświadczenie obowiązuje do czasu jego zmiany przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

SZPZOZ udostępnia dokumentację medyczną również:

- podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

- lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i 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;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Podstawową formą dokumentacji medycznej prowadzonej przez SZPZOZ jest forma elektroniczna. W formie papierowej prowadzone są niektóre dokumenty medyczne, w tym dokumenty wymagające podpisu pacjenta

W każdym wypadku zgłaszania przez Pacjenta oczekiwań dotyczących udostępnienia dokumentacji, innych niż opisane w niniejszym dokumencie, obowiązuje przekazanie sprawy Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych.

Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu

Wgląd do dokumentacji zawsze jest realizowany w obecności pracownika medycznego SZPZOZ. Wgląd do dokumentacji jest realizowany przez przeglądanie dokumentacji medycznej elektronicznej lub przegląd dokumentacji papierowej.

Udostępnianie dokumentacji medycznej przez sporządzanie kopii, wydruków, wyciągów

Pacjent może otrzymać pełną kopię dokumentacji, epikryzę lub inny opis prowadzonego leczenia. Celem otrzymania kopii pacjent musi złożyć stosowny wniosek będący załącznikiem do niniejszego dokumentu.

Dokumentacja powinna być wydana w ciągu 2 dni roboczych

Sekretarki medyczne/Pielęgniarki przygotowują kopię dokumentacji, która potwierdzana jest za zgodność przez osobę sporządzającą kopię. Potwierdzenie za zgodność zawiera na każdej stronie dokumentacji:

- wpis – „za zgodność”
- pieczętkę i podpis osoby upoważnionej

- datę

Kopia dokumentacji wydawana jest pacjentowi za pokwitowaniem, które znajduje się na wniosku o wydanie dokumentacji.

W każdym wypadku wydania dokumentacji pacjentowi należy w dokumentacji medycznej umieścić informację o tym fakcie oraz dokonać wpisu w Rejestrze udostępnień dokumentacji medycznej. Rejestr prowadzi personel rejestracji SZPZOZ.

W wypadku udostępniania dokumentacji osobie upoważnionej przez pacjenta, obowiązuje identyfikacja osoby odbierającej dokumentację.

Inne formy udostępnianej dokumentacji (odpis, epikryza, itp.) przygotowuje i autoryzuje lekarz leczący wnioskującego pacjenta.

Wysyłanie dokumentacji medycznej listem poleconym wymaga dyspozycji wnioskodawcy z wskazaniem adresu.

W wypadku przesyłania dokumentacji papierowej zawierającej dane osobowe do instytucji należy rozważyć podwójne pakowanie w koperty: zewnętrzną adresowaną do instytucji i wewnętrzną adresowaną bezpośrednio do komórki lub osoby upoważnionej w danej instytucji do wglądu do dokumentacji.

Badania laboratoryjne udostępnia pacjentom personel rejestracji.

Udostępnianie dokumentacji przez wydanie oryginału

Dokumentacja w formie oryginału nie jest wydawana. W wyjątkowych przypadkach o udostępnieniu oryginału decyduje Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

Udostępnianie za pomocą środków komunikacji elektronicznej

W wypadku pozostawienia przez pacjenta dyspozycji odnośnie komunikacji mailowej w oświadczeniu składanym przy rejestracji, istnieje możliwość przekazania dokumentacji tą drogą. Przekazywana dokumentacja ma formę pliku PDF lub pliku skompresowanego i jest przekazywana na podany przez Pacjenta adres mailowy. Dokumentację przesyła personel rejestracji. W wypadku stosowania pliku skompresowanego, plik jest chroniony hasłem, które należy przesłać wiadomością SMS na podany przez pacjenta numer telefonu.

Do udostępniania dokumentacji medycznej można stosować jedynie pocztę firmową SZPZOZ, spełniającą wymogi bezpiecznego transferu danych medycznych.

Udostępnianie na informatycznym nośniku danych

Na życzenie pacjenta lub osoby upoważnionej, dokumentacja medyczna w formie pliku PDF lub pliku skompresowanego może zostać przygotowana na nośniku informatycznym – płycie CD. Nośnik informatyczny przygotowuje personel rejestracji.

Udostępnianie podmiotom zewnętrznym na ich pisemny wniosek

Do podmiotów zewnętrznych (Sądy, Urzędy, Zakłady ubezpieczeń, itp.), wnioskujących pisemnie o wydanie, dokumentację medyczną niezależnie od formy udostępnienia

przesyła Dyrektor SZPZOZ. W koniecznych wypadkach istnienia wątpliwości co do możliwości udostępnienia, Dyrektor SZPZOZ zasięga opinii Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Dyrektor SZPZOZ prowadzi rejestr udostępnień dokumentacji medycznej dla podmiotów zewnętrznych.

4. Zasady pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej

Zasady odpłatności za udostępnianą dokumentację medyczną zawarte są w Regulaminie organizacyjnym SZPZOZ w JABŁONNIE. Maksymalne stawki pobierane za udostępnienie wynoszą:

- wyciąg i odpis - 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS za stronę - 1 PLN za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- kopia lub wydruk 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS za stronę - 0,2 PLN za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej
- dokumentacja na elektronicznym nośniku – stawka nie wyższa niż 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS - 4 PLN za wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji medycznej sporządzonej na nośniku informatycznym

Podstawą prawną pobrania opłaty jest Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2017 poz. 1318 j.t.

Administrator Danych Osobowych może zdecydować o nie pobieraniu opłat.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

SZPZOZ przechowuje dokumentację zgodnie z ustawą z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano 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;
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie okresów przechowywania podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.