



ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy – za okazaniem dowodu tożsamości, np. dowód osobisty, e-dowód, paszport,
- 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu – np. rodzice, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat – za okazaniem swojego dowodu osobistego,
- 3) osobie upoważnionej przez pacjenta – posiadającej pisemne upoważnienie z podpisem osoby, której dokumentacja dotyczy,
- 4) uprawnionym organom – na podstawie aktualnych przepisów prawa.

UWAGA! Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwia się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

II. Formy udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) **do wglądu**, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, na miejscu w Szpitalu, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, z możliwością sporządzania notatek i zdjęć, w obecności:
 - a) lekarza,
 - b) pracownika Archiwum,
 - c) wyznaczonego pracownika DKM,
- 2) przez sporządzenie jej:
 - a) wyciągu,
 - b) odpisu,
 - c) kopii w formie kserokopii
 - d) odwzorowania cyfrowego (skanu),
 - e) wydruku.
- 3) 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,
- 4) na informatycznym nośniku danych.
- 5) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

III. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) wgląd do dokumentacji medycznej odbywa się na miejscu tj. w Szpitalu. Każdy pacjent może zapoznać się nieodpłatnie (osobiście lub przez upoważnioną osobę) ze swoją dokumentacją, „na miejscu”, w domyśle w godzinach pracy podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć w obecności pracownika szpitala, wskazanego w pkt II, ppkt 1.
- 2) w celu uzyskania wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona przez pacjenta lub po śmierci pacjenta osoba bliska, winna złożyć pisemny wniosek - „*Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*”, **stanowiący załącznik nr 1** do niniejszych Zasad.

Dokumentację medyczną, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoby upoważniona przez pacjenta lub po śmierci pacjenta osoba bliska, może uzyskać również na **wniosek ustny**. W w/w przypadku „*Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*”, należy złożyć **w chwili odbioru dokumentacji**.

a) Wniosek można pobrać:

- na Dzienniku Podawczym Szpitala,
- w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki,
- na stronie internetowej Szpitala: <https://www.szpital-chrzanow.pl> w zakładce:

Strefa pacjenta → Dokumenty do pobrania dla pacjenta.

b) Wypełniony wniosek można składać:

- osobiście na Dzienniku Podawczym Szpitala w godzinach od 7.00 do 14.00, w Centralnej Rejestracji lub w POZ,
- lub przesłać na adres korespondencyjny lub adres e-mail Szpitala:
 - ✓ **Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów,**
 - ✓ **sekretariat@szpital-chrzanow.pl**

realizacja wniosku odbywa się niezwłocznie (gdy jest ona niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta) lub w terminie do 10 dni roboczych, licząc od daty złożenia wniosku.

3) wnioskowana dokumentacja medyczna wydawana jest:

- a) pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy,
- b) osobie upoważniona pisemnie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- c) osobie upoważnionej za okazaniem stosownego upoważnienia do odbioru dokumentacji medycznej.

Wzór upoważnienia do odbioru dokumentacji medycznej można pobrać:

- na Dzienniku Podawczym Szpitala w godzinach od 7.00 do 14.00,
- na stronie internetowej Szpitala www.szpital-chrzanow.pl

d) po śmierci pacjenta, osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym bądź osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwiła się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

- 4) odbiór dokumentacji medycznej odbywa się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.00 w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki, Rejestracji Centralnej i w POZ.
- 5) wydanie kopii, wyciągu, odpisu lub wydruku dokumentacji medycznej winno być potwierdzone datą wydania oraz podpisem wydającego i odbierającego,
- 6) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala lub osoby upoważnionej przez Dyrektora,
- 7) udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,
- 8) wydanie oryginału dokumentacji następuje za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem niezwłocznego zwrotu po wykorzystaniu, w razie wydania oryginałów dokumentacji medycznej należy pozostawić jej kopię, chyba, że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

IV. Zasady odpłatności udostępnionej dokumentacji medycznej:

- 1) **Wgląd do dokumentacji medycznej** odbywa się na miejscu w Szpitalu i jest **nieodpłatny**.

2) **Szpital nie pobiera opłaty:**

1. za udostępnienie dokumentacji medycznej **po raz pierwszy** pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, art. 28 ust. 2a. pkt 1, Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
2. od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i KRUS, na podstawie Ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
3. w związku z postępowaniem, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta,
4. w związku z postępowaniem, o którym mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta,
5. w związku z postępowaniem w sprawie świadczeń kompensacyjnych,
6. od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
7. od Agencji Badań Medycznych.

3) **Szpital pobiera opłatę, według cen określonych w zał. nr 1, do niniejszego Zarządzenia:**

1. za ponownie udostępnienie dokumentacji medycznej, w danym zakresie i w danej formie, od wnioskodawcy tj. pacjent jego przedstawiciel ustawowy lub osoby przez niego upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej,
2. za pierwszorazowe i kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej, po śmierci pacjenta, od jego przedstawiciela ustawowego lub od osoby przez niego upoważnionej do uzyskania dokumentacji medycznej oraz od osoby bliskiej,
3. od uprawnionych organów- na podstawie aktualnych przepisów prawa.
- 4) Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
- 5) Maksymalna wysokość opłat wynosi:
 1. za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia,
 2. za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia,
 3. udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia,
 4. wysokość opłat, o których mowa w pkt.1-3, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
- 6) Wysokość opłat zamieszcza się w cenniku za udostępnienie dokumentacji medycznej w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie.
- 7) W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty, uprawnionym organom- na podstawie aktualnych przepisów prawa lub po śmierci pacjenta jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez niego upoważnionej do uzyskania dokumentacji medycznej oraz osobie bliskiej, do dokumentacji medycznej w formie żądanej przez wnioskodawcę, dołącza się fakturę z tytułu jej udostępnienia.

V. Przechowywanie dokumentacji medycznej

- 1) Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej 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. dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat,
 3. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 4. 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.
- 2) Po upływie okresów wymienionych powyżej dokumentacja medyczna zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła, z zachowaniem przepisów prawa związanych z przeznaczeniem dokumentacji do brakowania. W celu przygotowania się do niszczenia dokumentacji medycznych Szpital umieszcza informacje na stronie internetowej o przeznaczeniu dokumentacji do zniszczenia z podaniem ich roczników.
- 3) Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

VI. Podstawa prawna

- 1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej .
- 2) Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta .
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.