

**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 (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.)
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2069)
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014r., poz. 1182 ze zm.)
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 636 ze zm.)

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

Udostępnianie indywidualnej dokumentacji medycznej

§ 6

Indywidualna dokumentacja medyczna udostępniana jest przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumentacja ta się znajduje.

§ 7

1. Prawo 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.

§ 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. 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) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej Szpital na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, 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.

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

§ 9

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w komórce organizacyjnej, w której dokumentacja aktualnie się znajduje
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów lub odpisów
 - 3) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
 - 4) na informatycznym nośniku danych.
2. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej jest również udostępniana:
 - 1) poprzez sporządzenie kopii
 - 2) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginału tej dokumentacji. Szpital przed udostępnieniem oryginału dokumentacji sporządza kserokopię.

3. Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej jest również udostępniana przez sporządzenie wydruku potwierdzonego za zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej,

§ 10

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.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 11

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na pisemny wniosek osoby uprawnionej, po ustaleniu tożsamości wnioskującego.
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej jest rejestrowane.

§ 12

1. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zawiera 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) cel, dla którego dokumentacja jest udostępniana, jeżeli jest konieczny dla ustalenia uprawnienia do uzyskania dokumentacji medycznej
 - 6) szczegóły odbioru dokumentów.
2. Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. Po zrealizowaniu wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej wniosek przechowuje się w teczce pacjenta prowadzonej przez Dział Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

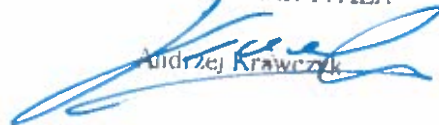
§ 13

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci papierowej pobiera się opłatę zgodnie z cennikiem określonym w Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.
2. Od opłat zwolnieni są:
 - 1) organy samorządu zawodów medycznych
 - 2) organy rentowe.
3. Wydanie dokumentacji we wnioskowanej formie osobom prywatnym następuje za okazaniem dowodu dokonania opłaty.

§ 14

Po okresie przechowywania indywidualna dokumentacja medyczna może zostać wydana w oryginale na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, za pokwitowaniem.

DYREKTOR SZPITALA


Andrzej Krawczyk