

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

§ 1

1. DCO prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1318) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r. poz. 2069.).
2. DCO zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. Dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na podstawie decyzji Dyrektora DCO lub osoby przez niego upoważnionej.
4. Dokumentacja medyczna zbiorcza jest udostępniana na mocy decyzji Dyrektora DCO jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta.
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) pacjentowi, którego ta dokumentacja dotyczy, za okazaniem dowodu tożsamości,
 - 2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu:
 - a) rodzicom, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat, za okazaniem swojego dowodu osobistego i metryki urodzenia dziecka,
 - b) opiekunowi ustanowionemu przez sąd, za okazaniem stosownego orzeczenia (opieka nad małoletnim, opieka nad niepełnosprawnym lub ubezwłasnowolnionym, kurator itp.),
 - 3) osobie upoważnionej przez pacjenta w pisemnym upoważnieniu z notarialnie lub urzędowo poświadczonym podpisem upoważniającego,
 - 4) osobie upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji na podstawie oświadczenia pacjenta znajdującego się w dokumentacji medycznej,
 - 5) organom i instytucjom do tego upoważnionym na mocy obowiązujących przepisów.

§ 2

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej podmiotom fizycznym:

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest osobom upoważnionym:
 - 1) Do wglądu na terenie DCO, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub

- innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) Poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii oraz w postaci fotografii z własnego aparatu; w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej – również na elektronicznym nośniku danych lub w postaci wydruku.
 - 3) Poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem 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) Za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
 - 5) Na informatycznym nośniku danych.
 - 6) Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
 - 7) Dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt. 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
 - 8) Uzyskanie dokumentacji przez osobę bliską może nastąpić po uprzednim złożeniu przez pacjenta stosownego oświadczenia ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą.
 - 9) Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 4. powinien wypełnić i podpisać każdy pacjent zgłaszający się do leczenia ambulatoryjnego w DCO (w Specjalistycznej Przychodni Onkologicznej, Oddziale Dziennym Onkologii Klinicznej/Chemioterapii, Dziale Radioterapii Ambulatoryjnej Zakładu Radioterapii, Hospicjum Domowym i Poradni Medycyny Paliatywnej zgodnie z wzorami oświadczeń funkcjonujących w DCO na podstawie dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania wdrożonego na mocy odrębnych zarządzeń Dyrektora.
 - 10) Wypełnione oświadczenie pacjent składa w gabinecie konsultacyjnym właściwym dla danej poradni, gdzie pielęgniarka lub lekarz odbierający sprawdza kompletność wypełnienia, a następnie dołącza do dokumentacji pacjenta. Fakt i data złożenia oświadczenia przez pacjenta zostają odnotowane w jego dokumentacji medycznej.
 - 11) W przypadku Hospicjum Domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej oświadczenia wydawane są i odbierane przez sekretarki w Hospicjum lub na wizycie w doku pacjenta przez pracowników Hospicjum.
 - 12) Oświadczenie, o którym mowa wyżej, pacjent wypełnia jednorazowo w przypadku historii zdrowia i choroby lub historii choroby, która jest kontynuowana. Ponownego wypełnienia oświadczenia wymaga się od pacjenta w przypadku zakładania nowej historii choroby, gdy dotychczasowe podlegają archiwizacji jako zakończone.
 - 13) Pacjent w każdej chwili ma prawo do uzupełnienia lub odwołania złożonego oświadczenia. Treść oświadczenia uzupełniającego lub odwołującego poprzednie oświadczenie winna być opatrzona datą i podpisem składającego oświadczenie.
 - 14) W celu uzyskania kopii dokumentacji medycznej pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, lub osoba przez niego upoważniona składa pisemny wniosek na formularzu zgodnym z wzorem funkcjonującym w

DCO na podstawie dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania wdrożonego na mocy zarządzenia Dyrektora.

- 15) Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
- 16) Wydanie kopii dokumentacji medycznej musi być zaakceptowane podpisem osoby upoważnionej przez Dyrektora DCO oraz potwierdzone podpisem wydającego i odbierającego. Wniosek zostaje dołączony do dokumentacji medycznej pacjenta.
- 17) DCO prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - a) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna,
 - b) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej,
 - c) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej
 - d) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna i jeśli dotyczy, nazwę uprawnionego organu lub podmiotu,
 - e) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną.
 - f) Datę udostępnienia dokumentacji medycznej

§ 3

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej upoważnionym organom i podmiotom:

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej upoważnionym organom i podmiotom prawnym następuje po udzieleniu zgody przez Dyrektora DCO. Dokumentacja może zostać wysłana pocztą listem poleconym, lub za potwierdzeniem odbioru.
2. Dokumentacja medyczna może być udostępniana:
 - a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnym, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - b) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli,
 - c) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - d) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą
 - e) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - f) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,

- g) organom rentowym oraz zespołom orzekania o niepełnosprawności w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - h) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - i) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
 - j) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych agencji,
 - k) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
 - l) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania,
 - m) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - n) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
 - o) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie niezbędnym do ich wykonywania.
3. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych. Osoby te są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
 4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
 5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt. 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

§ 4

Zasady odpłatności za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej:

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągu, odpisu lub kopii pobierana jest opłata. Zapis ten nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77, ust. 5 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007r. Nr 11, poz. 74) i art.121, ust. 2 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z

Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004r. Nr 39, poz. 353, z późn. zmianami).

2. Maksymalna wysokość opłaty za:
 1. Jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20, pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. O emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych; - **opłata w DCO wynosi 9,16 zł**
 2. Jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – maks. 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 – **opłata w DCO wynosi 0,32 zł**
 3. Sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – maks. 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 – **opłata w DCO wynosi 1,83 zł**
 4. Opłat, o których mowa w ust. 2 nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

§ 5

Zasady wydawania dokumentacji medycznej przewidzianej do zniszczenia:

1. DCO 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 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
 - 4) 30 lat od dnia jej sporządzenia w przypadku leczenia krwią i jej składnikami.
2. Po upływie okresu przechowywania dokumentacja medyczna jest niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
3. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta za jego życia może się zwrócić z prośbą do Dyrektora DCO o wydanie oryginału historii choroby dopiero po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej, nie później niż do końca II kwartału roku następnego po tym okresie.
4. DCO informację o przewidzianym terminie zniszczenia dokumentacji medycznej zamieści w lokalnej prasie.

§ 6

W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.