

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta, może wystąpić do Szpitala z wnioskiem:

- o wgląd do dokumentacji medycznej za pośrednictwem lekarza prowadzącego;
- o sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku dokumentacji;
- o udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej z wykorzystaniem serwisu eSzpital (warunkiem jest posiadanie konta w serwisie eSzpital);
- o udostępnienie na informatycznym nośniku danych (wyniki obrazowe badań diagnostycznych – RTG, TK, MR).

Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje na pisemny wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, na pisemny jej wniosek.

Wniosek należy dostarczyć do Szpitala osobiście lub drogą pocztową. Wniosek do pobrania znajduje się [TUTAJ](#).

W przypadku wnioskowania o udostępnienie dokumentacji medycznej przez inną osobę niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy, do wniosku konieczne jest dołączenie pisemnego upoważnienia dla tej osoby do dostępu do dokumentacji.

W przypadku osobistego odbioru dokumentacji osoba odbierająca dokumentację zobowiązana jest okazać dokument tożsamości.

Na podstawie art 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r., poz. 1318) za dokumentację medyczną udostępnioną w formie sporządzonych wyciągów, odpisów, kopii, wydruków lub udostępnioną na elektronicznym nośniku danych, Szpital pobiera opłatę. Zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 16/2017 wysokość opłaty za:

- jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wynosi maksymalnie 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, 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 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tj. **0,25 zł**,
- jedną stronę odpisu sporządzonego na podstawie dokumentacji elektronicznej - **0,25 zł**,
- jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi maksymalnie 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, 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 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tj. **7,50 zł**,
- sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wynosi maksymalnie 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, 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 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tj. **1,50 zł**,

Wysokość opłaty za przygotowanie do wysłania i przesłanie dokumentacji medycznej listem poleconym wynosi **4,30 zł brutto**.

Zgodnie z §75 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015r, poz. 2069) dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji, za pokwitowaniem.

Wymagany okres przechowywania dokumentacji medycznej, zgodnie z art 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008r o

prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określony jest na 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 zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- zdjęć rentgenowskich, przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - 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;
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

W związku z powyższym w terminie od 01 stycznia 2017r do 31 marca 2017r. mogą składać wnioski pacjenci, ich przedstawiciele ustawowi lub osoby upoważnione do uzyskiwania dokumentacji o wydanie:

- dokumentacji medycznej z leczenia w roku 1996 (za wyjątkiem dokumentacji medycznej, która zgodnie z obowiązującymi przepisami przechowywana jest dłużej)
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które zostały wykonane w roku 2006,
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, dotyczących świadczeń zrealizowanych w pracowniach diagnostycznych szpitala w roku 2011,
- dokumentacji medycznej dzieci do ukończenia 2 roku życia z leczenia w roku 1994.

Po dniu 31 marca 2017r. dokumentacja medyczna zostanie oddana do zniszczenia.

Wnioski można składać w Dziale Statystyki Medycznej, Dokumentacji Chorych i Kontraktowania Świadczeń. Realizacja wniosku o wydanie dokumentacji medycznej nastąpi do 30 dni od jego złożenia.

UWAGA:

Archiwalna dokumentacja medyczna zawierająca dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników do 2016r przechowywana była przez okres 20 lat, zgodnie z art 29 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z powyższym Szpital nie dysponuje dokumentacją medyczną indywidualną wewnętrzną, zawierającą dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, starszą niż z leczenia w 1996r. Jednakże od roku 2016 powyższa dokumentacja, zgodnie z obowiązującym obecnie prawem, jest archiwizowana przez Szpital 30 lat.