

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

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana na pisemny wniosek osobie upoważnionej przez pacjenta za życia (niezbędne dołączenie do wniosku pisemnego upoważnienia) lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna po śmierci pacjenta może być udostępniona także osobie bliskiej (osobą bliską jest małżonek, ojciec/matka, dziadek/babcia, dziecko, wnuczek/wnuczka, teść/teściowa, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta), chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W razie sprzeciwu zastosowanie mają przepisy art. 26 ust. 2a - 2c ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

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

Osoba odbierająca dokumentację na miejscu w Szpitalu 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 38/2019 wysokość opłaty za:

- jedną stronę kopii lub wydruku 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. **0,30 zł**,
- jedną stronę odpisu lub wyciągu sporządzonego na podstawie dokumentacji elektronicznej - **0,30 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. **8,50 zł**,
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych (wyniki obrazowych badań diagnostycznych RTG, TK, MR) 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. **1,75 zł**,

Wysokość opłaty za przygotowanie do wysłania i przesłanie dokumentacji medycznej listem poleconym wynosi **5,90 zł brutto**.

Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie z danym dniem.

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) oryginał dokumentacji indywidualnej wewnętrznej przewidzianej do zniszczenia może zostać wydany 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 od 01 stycznia 2019r mogą składać wnioski pacjenci, ich przedstawiciele ustawowi lub osoby upoważnione do uzyskiwania dokumentacji o wydanie:

- dokumentacji indywidualnej wewnętrznej z leczenia w **roku 1998**, z wyjątkiem:
 - dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia – można składać wnioski o wydanie tej dokumentacji z leczenia w **roku 1988**,
 - dokumentacji zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników*,
- zdjęć rentgenowskich, przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które zostały wykonane w **roku 2008**,
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, dotyczących świadczeń zrealizowanych w pracowniach diagnostycznych szpitala w **roku 2013**,
- skierowań na badania, dotyczących świadczeń niezrealizowanych z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, wystawionych w **roku 2016**,
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia z leczenia w **roku 1996**.

Po dniu 30 czerwca 2019r dokumentacja medyczna zostanie oddana do zniszczenia, w związku z czym wnioski złożone po tym dniu nie gwarantują uzyskania dokumentacji medycznej.

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.