

PODROZDZIAŁ 8

Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz opłaty za jej udostępnienie

§ 57

1. Podmiot jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Podmiotu.
2. Podmiot zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

§ 58

1. Dokumentacja medyczna Podmiotu dzieli się na:
 - 1) dokumentację indywidualną odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
 - 2) dokumentację zbiorczą odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych Sanatorium lub określonych grup tych pacjentów.
2. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby Podmiotu oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Podmiocie.
3. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności historia choroby.
4. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności skierowania do podmiotu leczniczego lub innego podmiotu udzielającej świadczeń zdrowotnych poza Podmiotem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

§ 59

1. Dokumentacja indywidualna medyczna zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie tożsamości;
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) data urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 2) oznaczenie podmiotu leczniczego ze wskazaniem komórki organizacyjnej Podmiotu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

- 3) opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych;
 - 4) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badania, konsultację lub leczenie;
 - 5) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia;
 - 6) datę sporządzenia.
2. Podmiot udostępnia dokumentację, o której mowa w ust.1:
- 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 2) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 3) innym podmiotom i organom określonym w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2017 poz. 1318 ze zm.);
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w Podmiocie, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organu 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 są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
4. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 3 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych organów lub podmiotów.
5. Podmiot prowadzi wykaz zawierający informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2022 poz. 1876 ze zm.);
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej określonym w ust. 3 pkt 2 i 5 oraz w ust. 4 Podmiot pobiera opłatę zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
7. Postanowienie ust. 6 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art.77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1009 z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r.

o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 504 z późn. zm.).

8. Opłaty o której mowa w ust. 6, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 i 5 oraz w ust. 4;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Opłaty o której mowa w ust. 6 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
10. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano 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) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) 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 nie zgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.
11. Po upływie okresów wymienionych w ust. 10 Podmiot niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
12. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną wg obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Sposób prowadzenia, rodzaj dokumentacji oraz zasady jej udostępniania określone są w ustawie z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.).