Załącznik nr 8
Regulaminu Organizacyjnego Poradni Rodzinnej „Dla Zdrowia" lekarze: A. Kalinowska, A. Nadlewska, Z. J. Skakuj – spółka partnerska w Tykocinie.

ZASADY POSTĘPOWANIA Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ W ZAKŁADZIE

I. Definicje i pojęcia.

Ilekroć w niniejszych zasadach jest mowa o:

1. **Pacjencie** – rozumie się przez to każdą osobę fizyczną, której udzielono w Zakładzie świadczeń opieki zdrowotnej,
2. **Zakładzie –** rozumie się przez to **Poradnię Rodzinną „Dla Zdrowia" lekarze: A. Kalinowska, A. Nadlewska, Z. J. Skakuj – spółka partnerska w Tykocinie.**
3. ***Uprawnionej osobie fizycznej*** - rozumie się przez to pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobę przez niego upoważnioną, a w razie śmierci pacjenta - osobę przez niego upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego zgonu.
4. ***Wnioskodawcy –*** rozumie się przez to pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobę przez niego upoważnioną, a w razie śmierci pacjenta – osobę przez niego upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego zgonu – występującą z wnioskiem do Zakładu o udostępnienie dokumentacji medycznej.
5. ***Dokumentacji medycznej –*** rozumie się zbiory sporządzonych informacji medycznych, związanych ze stanem zdrowia pacjentów oraz z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi.
6. *I*ndywidualnej dokumentacji medycznej- rozumie się przez to dokumentację odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń Zakładu ***dzielącą się na:***
    1) dokumentację **indywidualną wewnętrzną** przeznaczoną na potrzeby Zakładu,
    2) dokumentację **indywidualną zewnętrzną** przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Zakładzie.
7. **Zbiorczej dokumentacji medycznej** – rozumie się przez to dokumentację odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń Zakładu, prowadzoną w formie rejestrów , ksiąg i kartotek.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

II. Udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Zakład udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, o czym stanowi wpis w dokumentacji medycznej podpisany przez pacjenta własnoręcznie lub odrębnie złożone oświadczenie.

3. Zakład udostępnia dokumentację medyczną również:
    1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
    2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
    3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
    4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
    5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
    6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
    7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
    8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
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. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

6. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana do wglądu osobom uprawnionym na wniosek pacjenta, którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
7. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniania do wglądu na wniosek pacjenta, którego dotyczy lub uprawnionej osoby fizycznej jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta za pośrednictwem lekarza prowadzącego pacjenta.
8. W celu uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej należy złożyć wniosek, o którym mowa w załączniku nr 4 do Regulaminu Porządkowego.
9. Jeśli pacjent zmienia zakład leczniczy lub lekarza, albo wnioskuje o wydanie dokumentacji w innych celach żądając wydania kopii, odpisu lub wypisu z dokumentacji medycznej, Zakład sporządza stosowną kopię, odpis wyciąg odpłatnie i wydaje uprawnionej osobie za potwierdzeniem odbioru.
10. Sporządzenia i udostępnienia odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta dla uprawnionych osób fizycznych dokonuje się w odpowiedzi na pisemny wniosek uprawnionej osoby fizycznej.

1) Wnioski w sprawie udostępnienia dokumentacji załatwiane są w przeciągu 5 dni roboczych od daty złożenia wniosku.
2) Wnioski o udostępnienie dokumentacji składane są w Rejestracji Zakładu.
3) Osoba składająca wniosek zobowiązana jest do uiszczenia należnej opłaty według cennika zawartego w Załączniku nr 1 do Regulaminu.
4) Pacjent lub osoba przez niego upoważniona może odebrać dokumentację w siedzibie Zakładu osobiście.
5) W przypadku nieodebrania dokumentacji w uzgodnionym terminie, Zakład nie jest zobowiązany do wykonania żadnych dodatkowych czynności związanych z przekazaniem kopii dokumentacji, chyba że z ustalono inaczej.
6) Pełną dokumentację udostępnia się uprawnionym organom i zakładom oraz osobom fizycznym w postaci kopii wykonanych z oryginałów dokumentacji - na ich pisemny wniosek z zaznaczeniem żądania wydania „pełnej dokumentacji".
7) Kopie pełnej dokumentacji medycznej wydawane są bez klisz z badań diagnostycznych.
8) Wykonane kopie dokumentacji medycznej wydaje Rejestracja za potwierdzeniem odbioru, poprzez dokonanie wpisu na kopercie lub teczce pacjenta, w której przechowywana jest indywidualna dokumentacja medyczna.
9) Wyjątkowo - jeżeli dokumentacja indywidualna wewnętrzna pacjenta jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu - decyzję o udostępnieniu kopii dokumentacji na zewnątrz innym organom, zakładom lub lekarzowi może podjąć lekarz prowadzący pacjenta.
10) Oryginały dokumentacji medycznej i wykonana kopia zostają trwale ponumerowane.
11) W przypadku zaistnienia konieczności uwierzytelnienia wykonanych kopii dokumentacji medycznej przez lekarza lub radcę prawnego (np. dla przedłożenia w Sądzie) - wykonane kopie dokumentacji, przedkładane są Radcy Prawnemu Zakładu lub lekarzowi w celu ich uwierzytelnienia.

III. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.
2. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalają Partnerzy Spółki
3. Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 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 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

IV. Przechowywanie dokumentacji medycznej

1. Zakład przechowuje dokumentację medyczną 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 pacjenta, 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 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 Zakład niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.