

DOKUMENTACJA SYSTEMU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

SPZOZ W SIENNICY
UL. AKACJOWA 2A
05 – 332 SIENNICA

ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DATA WYDANIA	03.07.2024	DATA OBOWIĄZYWANIA	17.07.2024
WYDANIE	I	LICZBA STRON	5
SPORZĄDZIŁ	IOD MONIKA WOJTAL	ZATWIERDZIŁA	KIEROWNIK IWONA WASIK
PODPIS		PODPIS	

L.P.	DATA	OPIS ZMIANY	OSOBA WPROWADZAJĄCA ZMIANĘ

1. Cel

Celem niniejszej procedury jest określenie zasad udostępniania dokumentacji medycznej osobom uprawnionym do jej uzyskiwania.

2. Zakres

Procedura obowiązuje wszystkie osoby realizujące zadania w SP ZOZ W SIENNICY niezależnie od sposobu powiązania z firmą.

3. Opis postępowania

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w ustawie o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych.

W celu realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, SP ZOZ prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

SP ZOZ udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie pisemnego oświadczenia zbieranego podczas pierwszego kontaktu pacjenta z SP ZOZ. Pobrane oświadczenie obowiązuje do czasu jego zmiany przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta, prawo do dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest też udostępniana osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwił się inna osoba bliska, lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Osoba bliska - małżonka, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Osoba bliska aby uzyskać dokumentację medyczną po śmierci pacjenta musi wypełnić oświadczenie będące załącznikiem do niniejszej procedury.

W wypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji, zgodę na udostępnienie wyraża sąd.

SP ZOZ udostępnia dokumentację medyczną również:

- podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 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;
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 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.

Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem 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;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Podstawową formą dokumentacji medycznej prowadzonej przez SP ZOZ jest forma elektroniczna. W formie papierowej prowadzone są niektóre dokumenty medyczne, w tym dokumenty wymagające podpisu pacjenta.

W każdym wypadku zgłaszania przez Pacjenta oczekiwań dotyczących udostępnienia dokumentacji, innych niż opisane w niniejszym dokumencie, obowiązuje przekazanie sprawy Inspektorowi Ochrony Danych.

Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu

Wgląd do dokumentacji zawsze jest realizowany w obecności lekarza leczącego pacjenta. Wgląd do dokumentacji jest realizowany przez przeglądanie dokumentacji medycznej elektronicznej.

Udostępnianie dokumentacji medycznej przez sporządzanie kopii, wydruków, wyciągów

Pacjent może otrzymać pełną kopię dokumentacji, epikryzę lub inny opis prowadzonego leczenia. Celem otrzymania kopii pacjent powinien złożyć stosowny wniosek będący załącznikiem do niniejszego dokumentu.

UWAGA – wniosek nie jest obligatoryjny, pacjent może złożyć wniosek ustnie, a w tym wypadku wniosek jest wypełniany przez osobę przyjmującą wniosek ustny.

Dokumentacja powinna być wydana w ciągu 2 dni roboczych

Recepcjonistki przygotowują kopię dokumentacji, która potwierdzana jest za zgodność przez Kierownika SP ZOZ. Potwierdzenie za zgodność zawiera na każdej stronie dokumentacji:

- wpis – „za zgodność”
- pieczętkę i podpis osoby upoważnionej
- datę

Kopia dokumentacji wydawana jest pacjentowi za pokwitowaniem, które znajduje się na wniosku o wydanie dokumentacji.

W każdym wypadku wydania dokumentacji pacjentowi należy w dokumentacji medycznej umieścić informację o tym fakcie oraz dokonać wpisu w Rejestrze udostępnień dokumentacji medycznej. Rejestr prowadzi personel rejestracji.

W wypadku udostępnianiu dokumentacji osobie upoważnionej przez pacjenta, obowiązuje identyfikacja osoby odbierającej dokumentację.

Inne formy udostępnianej dokumentacji (odpis, epikryza, itp.) przygotowuje i autoryzuje lekarz leczący wnioskującego pacjenta.

Wysyłanie dokumentacji medycznej listem poleconym wymaga dyspozycji wnioskodawcy z wskazaniem adresu.

W wypadku przesyłania dokumentacji papierowej zawierającej dane osobowe do instytucji należy rozważyć podwójne pakowanie w koperty: zewnętrzną adresowaną do instytucji i wewnętrzną adresowaną bezpośrednio do komórki lub osoby upoważnionej w danej instytucji do wglądu do dokumentacji

Udostępnianie dokumentacji przez wydanie oryginału

Dokumentacja w formie oryginału nie jest wydawana. W wyjątkowych przypadkach o udostępnieniu oryginału decyduje Inspektor Ochrony Danych.

Udostępnianie za pomocą środków komunikacji elektronicznej

W wypadku pozostawienia przez pacjenta dyspozycji odnośnie komunikacji mailowej w oświadczeniu składanym przy rejestracji, istnieje możliwość przekazania dokumentacji tą drogą. Przekazywana dokumentacja ma formę pliku PDF lub pliku skompresowanego i jest przekazywana na podany przez Pacjenta adres mailowy. Dokumentację przesyła Kierownik recepcji. W wypadku stosowania pliku skompresowanego, plik jest chroniony hasłem, które należy przesłać wiadomością SMS.

Do udostępniania dokumentacji medycznej można stosować jedynie pocztę firmową SP ZOZ, spełniającą wymogi bezpiecznego transferu danych medycznych.

Udostępnianie na informatycznym nośniku danych

Na życzenie pacjenta lub osoby upoważnionej, dokumentacja medyczna w formie pliku PDF lub pliku skompresowanego może zostać przygotowana na nośniku informatycznym – płycie CD. Nośnik informatyczny przygotowuje personel recepcji.

Dokumentacja papierowa

Dokumentacja papierowa zawierająca dane osobowe zabezpieczona jest w sposób uniemożliwiający dostęp do niej dla osób nieupoważnionych. Do sposobów tych należą:

- szkolenia personelu;
- zabezpieczenie fizyczne dokumentacji papierowej – zamykane pomieszczenia, szafy, itp.;
- bezpieczne niszczenie dokumentacji papierowej – dostępność niszczarek;
- stosowanie zasad nadzorowania dokumentacji.

Zasady archiwizacji dokumentacji papierowej opisuje załącznik nr 1. – „Retencja danych osobowych”.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej w formie papierowej opisuje dokument – „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej”

Zasady niszczenia dokumentacji medycznej papierowej opisuje dokument „Zasady niszczenia dokumentacji medycznej”

4. Digitalizacja

Dokumenty papierowe zewnętrzne – dostarczone przez pacjentów i wewnętrzne – tworzone w trakcie realizacji świadczeń medycznych mogą podlegać digitalizacji. Digitalizacja polega na wykonaniu odwzorowania cyfrowego dokumentów za pomocą skanera, wprowadzenia ich do systemów elektronicznych użytkowanych w SP ZOZ, opatrzeniu skanu podpisem elektronicznym kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.

Dokumentami podlegającymi digitalizacji mogą być między innymi:

- dokumenty papierowe dostarczone przez pacjenta;
- podpisane przez pacjentów zgody na procedury o podwyższonym ryzyku;
- oświadczenia pacjentów i personelu;
- inne dokumenty papierowe zewnętrzne i wewnętrzne.

Dokumenty papierowe po digitalizacji, zależnie od ich pochodzenia, są:

- zwracane pacjentowi, w wypadku dokumentów zewnętrznych;
- przekazywane pacjentowi lub gromadzone w SP ZOZ przez okres jednego roku, licząc od końca roku w którym zostały zdigitalizowane, w wypadku dokumentów tworzonych w SP ZOZ.

Podczas digitalizacji, pacjenci są informowani o możliwości odbioru dokumentu w formie papierowej przez okres jednego roku. Fakt odbioru zdigitalizowanych dokumentów przez pacjenta jest potwierdzany wpisem w systemie EDM.

Zdigitalizowane dokumenty przechowywane w SP ZOZ, po okresie jednego roku, są niszczone.

5. Zasady pobierania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej

Zasady odpłatności za udostępnianą dokumentację medyczną zawarte są w Regulaminie organizacyjnym SP ZOZ. Maksymalne stawki pobierane za udostępnienie wynoszą:

- wyciąg i odpis - 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS za stronę - 1 PLN za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- kopia lub wydruk 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS za stronę - 0,2 PLN za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej
- dokumentacja na elektronicznym nośniku – stawka nie wyższa niż 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale według danych GUS - 4 PLN za wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji medycznej sporządzonej na nośniku informatycznym

Podstawą prawną pobrania opłaty jest Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2017 poz. 1318 j.t. Administrator Danych Osobowych może zdecydować o nie pobieraniu opłat.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

SP ZOZ przechowuje dokumentację zgodnie z ustawą z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres 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 dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie okresów przechowywania podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Załączniki

- Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
- Oświadczenie osoby bliskiej