



Zarządzenie nr 4

Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie

z dnia 11 lutego 2022 r.

**w sprawie zasad, trybu i odpłatności za udostępniania dokumentacji medycznej
oraz udzielenia zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych**

Podstawa prawna:

1. Statut Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie
2. art. 26 - 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. t. j. z 2020 r., poz. 849 ze zm.),
3. art. 38 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. t. j. 2020 r., poz. 895 ze zm.),
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 784 ze zm.),
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm.),
6. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1130 ze zm.),
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 784).

Udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 1.

1. Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, zwane w dalszej części Zarządzenia „szpitalem”, udostępnia dokumentację medyczną bezzwłocznie na wniosek:
 - pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - osoby upoważnionej przez pacjenta;
 - po śmierci pacjenta – osoby upoważnionej przez pacjenta za życia, przedstawiciela ustawowego pacjenta w chwili jego śmierci lub osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia;
 - innych podmiotów oraz upoważnionych organów.
2. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga pisemnego uzasadnienia i podania przyczyny odmowy.

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej i opłaty

§ 2.

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w siedzibie szpitala, w obecności lekarza prowadzącego, ordynatora albo lekarza dyżurnego, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) w formie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;



- 3) jako oryginału za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu dokumentów:
 - a. na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych,
 - b. w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - c. pod warunkiem pozostawienia w szpitalu kopii dokumentacji;
2. na zewnętrznym nośniku danych- w przypadku badań obrazowych.
3. Za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie szpital nie pobiera opłaty.
4. Opłata¹ pobierana jest w sytuacjach, kiedy dana dokumentacja jest udostępniana ponownie.
5. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - a) do postępowań przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach medycznych,
 - b) na wniosek Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
 - c) w związku z postępowaniem o przyznanie świadczenia kompensacyjnego, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta
 - d) na wniosek organów rentowych.

Tryb udostępniania dokumentacji medycznej

§ 3.

1. Wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, bądź osoby upoważnionej przez pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać złożony w dowolnej formie.
W celu ułatwienia złożenia wniosku szpital zapewnia poniższe kanały komunikacji
 - a) osobistej w kancelarii szpitala (budynek nr 5) lub Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (dot. dokumentacji wytworzonej w Pracowniach Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego - zwanej w dalszej części zarządzenia „Pracowniami KT i MR”);
 - b) mailowej na adres: szpital@onkologia.szczecin.pl;
 - c) telefonicznej pod numerem telefonu: 91 42 51 409.
2. W celu ułatwienia składania wniosków w formie pisemnej szpital zapewnia pomocnicze formularze:
 - a) dla osób fizycznych - załącznik nr 1 do zarządzenia,
 - b) pisemny wniosek o udostępnienie wraz z protokołem udostępnienia dokumentacji medycznej dla organów upoważnionych i innych podmiotów - załącznik nr 2 do zarządzenia.
3. W przypadkach szczególnych, kiedy udostępnienie dokumentacji medycznej jest konieczne w dniu złożenia wniosku, po godzinach pracy kancelarii, wniosek należy złożyć u pielęgniarek oddziału szpitala. Następnego dnia roboczego wniosek przekazywany jest do kancelarii w celu zarejestrowania w Rejestrze Udostępniania Dokumentacji Medycznej.
4. Dokumentację do udostępnienia bezzwłocznie przygotowuje pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń z zastrzeżeniem ust. 3. Przygotowana dokumentacja przekazywana jest do kancelarii szpitala. Wyjątkiem są pracownice KT i MR, gdzie dokumentacja wydawana jest na miejscu.
5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3, dokumentację medyczną przygotowuje i udostępnia pielęgniarka komórki medycznej, której dotyczy wniosek.

¹ zgodnie z maksymalnymi opłatami określonymi na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849).



6. Na podstawie wniosku Dział Księgowości bądź osoby uprawnione w pracowniach KT i MR naliczają opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej. Opłaty nie pobiera się w sytuacji wskazanej w §2 ust. 3. W przypadkach, o których mowa w ust. 3, wnioskujący pisemnie zobowiązuje się do uiszczenia opłaty (załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia) we wskazanym terminie, z zastrzeżeniem §2 ust 3.
7. W przypadku:
 - a) odbioru osobistego - dokumentację wydaje kancelaria szpitala lub pracownie KT i MR. W przypadku ponownego udostępnienia dokumentacji - opłatę należy uiścić w kasie szpitala bądź pracowniach KT i MR.
 - b) wysłania dokumentacji pocztą na wniosek osoby fizycznej na terenie Polski – dokumentację przesyła kancelaria szpitala za pobraniem należności, z zastrzeżeniem §2 ust 3. W przypadku ponownego udostępnienia dokumentacji - do dokumentacji dołącza fakturę VAT za wykonaną usługę (wraz z kosztami wysyłki);
 - c) wysłania dokumentacji pocztą na wniosek osoby fizycznej zagranicę – dokumentację przesyła kancelaria szpitala za potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem §2 ust 3. W przypadku ponownego udostępnienia dokumentacji - do dokumentacji dołącza fakturę VAT za wykonaną usługę (wraz z kosztami wysyłki);
 - d) wysłania dokumentacji pocztą na wniosek upoważnionego organu/podmiotu – dokumentacja przesyła kancelaria szpitala listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Do dokumentacji dołącza się fakturę VAT za wykonaną usługę (wraz z kosztami wysyłki) z 14-dniowym terminem płatności z zastrzeżeniem §2 ust 5.
8. Wniosek i protokół, o których mowa w ust. 1 oraz oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, są przechowywane przez kancelarię szpitala oraz pracownie KT i MR.
9. Szpital prowadzi rejestr wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, do którego wgląd mają wszyscy upoważnieni pracownicy. Dział Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń prowadzi wykaz komórek medycznych prowadzących rejestr o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Udzielanie zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych

§ 4.

1. Szpital udziela odpłatnie zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rachunek których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia².
2. Udzielenie informacji następuje na podstawie wystąpienia zakładu ubezpieczeń. Za weryfikację formalną wniosku odpowiada pracownik kancelarii szpitala.
3. Do udzielenia informacji o stanie zdrowia i podpisania odpowiedzi upoważnieni są kierownicy komórek medycznych, w których udzielono świadczeń będących przedmiotem wniosku oraz Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Są oni również odpowiedzialni za weryfikację zgodności zakresu udzielanych informacji z ustawą³.

² w zakresie i trybie określonym w art. 38 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

³ art. 38 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej



4. Odpowiedź wysyłana jest przez kancelarię szpitala listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
5. Za udostępnienie informacji o stanie zdrowia w sposób określony w niniejszym zarządzeniu szpital pobiera opłatę w wysokości 100 zł powiększoną o należny podatek VAT. Do opłaty doliczany jest koszt wysyłki odpowiedzi. Do informacji o stanie zdrowia dołącza się fakturę VAT za wykonaną usługę z 14-dniowym terminem płatności.

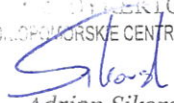
Przepisy końcowe

§ 6.

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.
2. Z dniem wejścia w życie niniejszego Zarządzenia traci moc Zarządzenie Nr 8/2021 Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie z dnia 25.05.2021 roku w sprawie zasad i trybu udostępniania dokumentacji medycznej, udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych oraz odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej i udzielenie informacji o stanie zdrowia.
3. Zarządzenie podlega ogłoszeniu poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń szpitala i umieszczenie na stronie internetowej szpitala

DYREKTOR

DYREKTOR
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII


.....Adrian Sikorski.....



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII

(wypełnia wnioskodawca)

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Telefon:

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 osoba upoważniona przez pacjenta
 przedstawiciel ustawowy pacjenta
 osoba bliska (zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 2 u. p. p.)

Wypełnij jeśli składasz wniosek w imieniu pacjenta:

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Dokumentacja dotyczy leczenia:

(nazwa Poradni/Oddziału/Pracowni) (okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Historia choroby Karta informacyjna
 Wyniki badań

(wpisz rodzaj badania)

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Do wglądu w siedzibie ZCO wyciąg
 kserokopie odpis

Sposób odbioru dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce/ * - niepotrzebne skreślić)

- Odbiór osoby*/ przez osobę upoważnioną* w siedzibie ZCO
 Wysyłka na wskazany adres za pobraniem należności (obejmującym koszt kopii** i koszty przesyłki wg stawek operatora pocztowego)
 Przesyłka międzynarodową (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na wskazany adres, po uprzednim wniesieniu opłaty na konto bankowe zakładu, obejmującej koszt kopii** oraz koszty przesyłki wg stawek operatora pocztowego)

** Za pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazanym zakresie nie pobieramy opłat

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711 ze zm.), oraz art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.).
(Dane wnioskodawcy zweryfikowano na podstawie dokumentu tożsamości).

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

(data i podpis wnioskodawcy)

(wypełnia pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń lub, po godzinach pracy Kancelarii Zakładu, pielęgniarka oddziału)

Na podstawie niniejszego wniosku udostępniono _____ stron kserokopii* / wyciągu* / odpisu* dokumentacji medycznej / informacji medycznej* / informatyczny nośnik danych* / do wglądu z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć*.

(* - niepotrzebne skreślić)

Udostępnienie dokumentacji we wskazanym zakresie i formie następuje po raz pierwszy: Tak Nie

(data i podpis pracownika Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń lub pielęgniarki)

- Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____, ___ PLN za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej.
- Koszty przesyłki _____, ___ PLN.
- Pobrano oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 o obowiązku uiszczenia opłaty (dot. wyłącznie oddziałów po godzinach pracy Kancelarii Zakładu).
- Odstąpiono od naliczania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z tytułu: _____

(wskazać podstawę prawną)

(data i podpis pracownika)

Dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego

- Pobrano opłatę w wysokości _____, ___ PLN za _____ stron dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę) (podać ilość)
- Nie dotyczy

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria)

(numer)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

(wypełnia pracownik sekretariatu)

Dotyczy wysyłki (krajowej)

Wysłano listem poleconym nr nadawczy _____ z dnia _____.

- Pobrano opłatę w wysokości _____, ___ PLN za dokumentację medyczną* wraz kosztami przesyłki*.
- Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.
- Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

(* - niepotrzebne skreślić)

Dotyczy wysyłki (międzynarodowej)

Wysłano list/ paczkę nr nadawczy _____ z dnia _____.

- Pobrano opłatę w wysokości _____, ___ PLN za dokumentację medyczną* wraz kosztami przesyłki*.
- Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.
- Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

(* - niepotrzebne skreślić)

Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej



PROTOKÓŁ UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII

Dotyczy:

(Sygnatura pisma)

z dnia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Dzień)	(Miesiąc)	(Rok)	

Proszę wskazać rodzaj upoważnionego organu:

(zaznacz X we właściwej rubryce)

- Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych; udostępnienie dokumentacji zgodnie z oświadczeniem jest niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych (art. 26 ust. 3 pkt. 1 u.p.p.);
- Organ władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organ samorządu zawodów medycznych, konsultant krajowy lub wojewódzki, udostępnienie w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru (art. 26 ust. 3 pkt. 2 u.p.p.);
- Podmiot działający na zlecenie Ministra Zdrowia (wymieniony w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711));
- Minister właściwy do spraw zdrowia, sąd, w tym sąd dyscyplinarny, prokuratura, lekarz sądowy, rzecznik odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem (art. 26 ust. 3 pkt. 3 u.p.p.);
(Do odbioru dokumentacji mogą zostać upoważnieni przez prokuratora: funkcjonariusze policji, funkcjonariusze ABW, funkcjonariusze CBA, Funkcjonariusze Policji wykonują swoje zadania na podstawie art. 15 u.p. oraz na podstawie § 21-22 r.s.p. W toku prowadzonego postępowania inne organy śledcze (np. policja, CBA i ABW) nie są uprawnione do żądania wydania dokumentacji medycznej)
- Organ rentowy lub zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem (art. 26 ust. 3 pkt. 5 u.p.p.);
- Podmiot prowadzący rejestr usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów (art. 26 ust. 3 pkt. 6 u.p.p.);
- Zakład ubezpieczeń, za zgodą pacjenta (art. 26 ust. 3 pkt. 7 u.p.p.);
- Osoby wykonujące zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia (art. 26 ust. 3 pkt. 8 u.p.p.);
- Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 u.p.p., w zakresie prowadzonego postępowania (art. 26 ust. 3 pkt. 9 u.p.p.);
- Spadkobierca w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 26 ust. 3 pkt. 10 u.p.p.);
- Osoba wykonująca czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r., poz. 666), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia (art. 26 ust. 3 pkt. 11 u.p.p.);
- Szkoła wyższa lub jednostka badawczo-rozwojowa do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy (art. 26 ust. 4 u.p.p.);
- Rzecznika Praw Pacjenta w postępowaniu o przyznanie świadczenia kompensacyjnego;
- Inny:
(Podać nazwę oraz podstawę prawną)

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko:

pesel:

Adres zamieszkania

(Ulica / nr domu)

(Miejscowość)

(Kod pocztowy)

Dokumentacja dotyczy leczenia:

(nazwa poradni/komórki organizacyjnej)

(okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej:

- Historia choroby- kopia
- Karta informacyjna
- Informacja medyczna
- Historia choroby- oryginał z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
- Wyniki badań
(proszę wymienić)

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

Wymagane oświadczenie pacjenta załączono do wniosku:

(zaznacz X we właściwej rubryce)

 Tak Nie dotyczy

(wypełnia pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń)

Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono _____ stron kserokopii* / wyciągu* / odpisu* dokumentacji medycznej / oryginału dokumentacji* / informacji medycznej.

- Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za udostępnienie dokumentacji medycznej. (podać dokładną kwotę)
- Naliczono koszty przesyłki _____ , ____ PLN.
- Odstąpiono od naliczania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z tytułu:

(wskazać podstawę prawną)

(data i podpis pracownika) **Dotyczy odbioru w siedzibie ZCO**

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

(podać imię, nazwisko)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej _____ (data i podpis osoby wydającej dokumentację)	Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej _____ (data i czytelny podpis odbiorcy)
---	---

 Dotyczy wysyłki

Wysłano listem poleconym nr nadawczy _____ z dnia _____.

- Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za dokumentację medyczną wraz kosztami przesyłki. (podać dokładną kwotę)
- Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.
- Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej



OŚWIADCZENIE
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII

Niniejszym oświadczam, że w ciągu 14 dni zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, otrzymanej w dniu

UWAGA: Należność należy wpłacić w kasie Zakładu czynnej od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 – 14:30, bądź przelewem na konto Zakładu: ING Bank Śląski 73 1050 1559 1000 0022 5775 9007.

Informację dotyczącą kwoty należy uzyskać telefonicznie w Kancelarii Zakładu od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 – 14:30, tel. 91 4251409.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

