



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI

IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER

Zatwierdzam

2016-09-08

Dyrektor Narodowego Instytutu
Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

dr n. med. Piotr Bednarski

INSTRUKCJA W SPRAWIE ORGANIZACJI I ZAKRESU DZIAŁANIA ARCHIWUM KLINICZNEGO

W POROZUMIENIU

DYREKTOR
ARCHIWUM AKT NOWYCH

Uzgodniono

dnia 25.07.2016 r.
na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r.
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach
(Dz. U. z 2015 r. poz. 1446)

po. Z-CA DYREKTORA ds. KLINICZNYCH
Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
prof. ndz. dr hab. med. Brygida Kwiatkowska

2016-08-29

Warszawa 2016

SPIS TREŚCI

1. Postanowienia ogólne	3
2. Organizacja i zadania Archiwum Klinicznego	4
3. Personel Archiwum Klinicznego	5
4. Lokal Archiwum Klinicznego	6
5. Przyjmowanie dokumentacji do Archiwum Klinicznego	8
6. Przechowywanie i ewidencja dokumentacji w Archiwum Klinicznym.....	9
7. Przeprowadzanie skontrum dokumentacji w Archiwum Klinicznym	11
8. Udostępnianie i wypożyczanie dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym	12
9. Brakowanie dokumentacji niearchiwalnej	15
10. Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego ...	16
11. Sprawozdawczość w Archiwum Klinicznym.....	16
12. Postępowanie z dokumentacją w przypadku reorganizacji jednostki lub komórki organizacyjnej	17
Załączniki	18

ROZDZIAŁ 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

Instrukcja o organizacji i zakresie działania Archiwum Klinicznego zwana dalej „instrukcją archiwalną”, określa organizację, zadania i zakres działania Archiwum Klinicznego w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, zwana dalej Instytutem, oraz postępowanie w Archiwum Klinicznym z wszelką dokumentacją spraw zakończonych, niezależnie od techniki jej wytwarzania, postaci fizycznej oraz informacji w niej zawartych.

§ 2.

Użyte w instrukcji archiwalnej określenia oznaczają:

- | | |
|---|--|
| 1) dyrektora | - dyrektora Instytutu |
| 2) archiwista | - pracownika lub pracowników realizujących zadania archiwum klinicznego; |
| 3) archiwum kliniczne | - archiwum kliniczne Instytutu; |
| 4) informatyczny nośnik danych | - informatyczny nośnik danych, na którym zapisano dokumentację w postaci elektronicznej; |
| 5) kierownik komórki organizacyjnej | - osobę kierującą komórką organizacyjną lub osobę upoważnioną do wykonywania jej zadań; |
| 6) komórka organizacyjna | - wydzieloną organizacyjnie część Instytutu np. klinika, zakład, izba przyjęć; |
| 7) skład informatycznych nośników danych | - uporządkowany zbiór informatycznych nośników danych zawierających dokumentację w postaci elektronicznej; |
| 8) teczka aktowa | - materiał biurowy używany do przechowywania dokumentacji w postaci nieelektronicznej; |
| 9) wykaz akt | - jednolity rzeczowy wykaz akt. |

§ 3.

1. Dopuszcza się wykorzystanie narzędzi informatycznych, w szczególności w celu:
 - 1) sporządzania środków ewidencyjnych dokumentacji do przekazania do Archiwum Klinicznego, ich przesyłania, jak i w celu sporządzania środków ewidencyjnych dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym;

- 2) prowadzenia ewidencji dokumentacji w Archiwum Klinicznym;
 - 3) prowadzenia ewidencji udostępniania dokumentacji;
 - 4) sporządzania środków ewidencyjnych dokumentacji w związku z procedurą brakowania dokumentacji, po okresach przechowywania w określonych w § 33 ust 2 i 4;
 - 5) prowadzenia ewidencji wyników pomiaru temperatury i wilgotności powietrza w magazynach archiwum (załącznik nr 5);
 - 6) informowania o dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym.
2. Narzędzia informatyczne, o których mowa w ust. 1, mogą być stosowane zamiast w postaci papierowej, także w postaci elektronicznej jeżeli:
- 1) są zabezpieczone przed wprowadzeniem zmian przez osoby nieupoważnione,
 - 2) są zabezpieczone przed utratą przez co najmniej sporządzanie kopii zabezpieczającej na odrębnym informatycznym nośniku danych;
3. Kopie zabezpieczające wykonuje się kolejno na co najmniej dwóch różnych informatycznych nośnikach danych, tak aby stale dysponować co najmniej dwoma nośnikami umożliwiającymi odzyskanie danych.
3. Wymagania, określone w ust. 2, uważa się za spełnione, jeśli dla Instytutu został opracowany i wdrożony system zarządzania bezpieczeństwem informacji, w którym określono wymagania bezpieczeństwa zgodnie z Polskimi Normami PN-ISO/IEC 27001 oraz PN-ISO/IEC 17799.

ROZDZIAŁ 2

Organizacja i zadania Archiwum Klinicznego

§ 4.

1. W Instytucie działa Archiwum Kliniczne.
2. Archiwum Kliniczne gromadzi i przechowuje materiały archiwalne ze wszystkich Klinik i Zakładów naukowych Instytutu oraz dokumentację odziedziczoną.

§ 5.

Do zadań Archiwum Klinicznego należy:

- 1) przejmowanie dokumentacji medycznej;
- 2) przechowywanie i zabezpieczanie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie jej ewidencji;
- 3) przeprowadzanie skontrum dokumentacji;

- 4) porządkowanie przechowywanej dokumentacji, przejętej w latach wcześniejszych w stanie nieuporządkowanym;
- 5) udostępnianie i wypożyczanie przechowywanej dokumentacji;
- 6) brakowanie dokumentacji ze stanu Archiwum Klinicznego po okresie przechowywania wynikającym z jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz udział w jej komisyjnym brakowaniu poprzez uzyskiwanie akceptacji na brakowanie w Archiwum Akt Nowych;
- 7) sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności Archiwum Klinicznego i stanu dokumentacji w Archiwum Klinicznym;
- 8) przygotowanie materiałów archiwalnych do przekazania do Archiwum Akt Nowych;
- 9) wycofanie dokumentacji ze stanu Archiwum Klinicznego.

ROZDZIAŁ 3

Personel Archiwum Klinicznego

§ 6.

1. Archiwista odpowiedzialny jest za realizację zadań Archiwum Klinicznego, o których mowa w § 5.
2. Liczba pracowników archiwum zakładowego musi umożliwiać sprawną realizację zadań archiwum klinicznego.
3. W przypadku zatrudnienia w Archiwum Klinicznym co najmniej dwóch archiwistów wyznacza się spośród nich osobę koordynującą prace archiwum.

§ 7.

1. Archiwista musi posiadać co najmniej wykształcenie średnie i przeszkolenie archiwalne (co najmniej kurs archiwalny I stopnia)
2. Archiwista powinien wykazać się znajomością systemów kancelaryjnych, według których była i jest prowadzona dokumentacja w Instytucie.
3. Archiwista ma prawo do ubrania ochronnego (w szczególności fartuchy, rękawiczki lateksowe, maseczki z filtrem, itp.).
4. Archiwista powinien stale pogłębiać swoje kwalifikacje zawodowe.

§ 8.

W razie zmiany na stanowisku archiwisty, w przypadku gdy był on tylko jeden lub osoby koordynującej pracę Archiwum Klinicznego, gdy było co najmniej dwóch archiwistów, przekazanie zasobów archiwalnych nowemu archiwście lub osobie koordynującej, odbywa się protokolarnie.

ROZDZIAŁ 4

Lokal Archiwum Klinicznego

§ 9.

1. Na lokal Archiwum Klinicznego składają się pomieszczenia Instytutu, pełniące funkcję magazynów, w których przechowuje się dokumentację oraz pomieszczenia biurowe umożliwiające prace archiwście i pracownikom sekretariatów Klinik i Zakładów naukowych korzystającym z dokumentacji medycznej na miejscu.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu akceptacji dyrektora Instytutu dopuszcza się zorganizowanie pomieszczenia biurowego oraz pomieszczenia umożliwiającego korzystanie z dokumentacji na miejscu w pomieszczeniach pełniących funkcję magazynów, jeżeli posiadają one okna.

§ 10.

Magazyny Archiwum Klinicznego powinny zabezpieczać przechowywaną w nich dokumentację przed uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą, w szczególności magazyny te powinny:

- 1) być usytuowane pomieszczeniu składającym się z elementów konstrukcyjnych o odpowiedniej nośności;
- 2) być suche, zapewniać właściwą temperaturę w ciągu roku;
- 3) posiadać skuteczną wentylację i sprawną instalację elektryczną;
- 4) być zabezpieczone przed włamaniem;
- 5) być zabezpieczone przed pożarem;
- 6) być zabezpieczone przed bezpośrednim działaniem promieni słonecznych poprzez zastosowanie w oknach zasłon, żaluzji, szyb lub folii chroniących przed promieniowaniem UV;
- 7) zapewniać możliwość stałego dostępu do całości przechowywanej dokumentacji bez potrzeby przestawiania części dokumentacji w celu dotarcia do innej;
- 8) posiadać oświetlenie zapewniające odpowiednią widoczność bez potrzeby korzystania z przenośnego źródła światła.

§ 11.

1. Magazyny Archiwum Klinicznego wyposaża się w:
 - 1) ponumerowane regały metalowe stacjonarne lub przesuwne (jezdne), szafy, zabezpieczone przed korozją, przy czym regały stacjonarne powinny być usytuowane prostopadle do okien oraz oddalone od ścian minimum 5 cm, z przejściem między nimi minimum 80 cm, o wysokości i szerokości półek dostosowanej do rozmiaru dokumentacji, z odstępem od sufitu i podłogi;
 - 2) drabinki lub schodki umożliwiające lepszy dostęp do wyżej usytuowanych półek;
 - 3) sprzęt do pomiaru temperatury i wilgotności powietrza;
 - 4) podręczny sprzęt gaśniczy;
 - 5) schemat topograficzny rozmieszczenia dokumentacji, umieszczony w widocznym miejscu.
2. Numerowanie regałów (szaf), o którym mowa w ust. 1 pkt 1, polega na nadaniu unikatowej liczby rzymskiej regałom i unikatowej liczby arabskiej poszczególnym półkom w obrębie regału.
3. W magazynach Archiwum Klinicznego:
 - 1) nie mogą się znajdować przedmioty i urządzenia inne niż bezpośrednio związane z przechowywaniem i zabezpieczaniem dokumentacji medycznej;
 - 2) nie wolno stosować farb i lakierów zawierających rozpuszczalniki organiczne, a zwłaszcza formaldehyd, ksylen i toluen;
 - 3) nie mogą się znajdować rury i przewody wodociągowe, kanalizacyjne, gazowe, chyba że sposób ich zabezpieczenia nie zagraża przechowywanej dokumentacji;
 - 4) jako źródła światła sztucznego należy używać świetlówek o obniżonej emisji promieniowania UV, przy czym maksymalne natężenie światła nie może przekraczać 200 luksów;
 - 5) posadzka w pomieszczeniu magazynowym powinna być wykonana z powłoki niepylącej, łatwej do utrzymania w czystości (w szczególności płytki ceramiczne, wykładzina zmywalna);
 - 6) należy utrzymywać warunki wilgotności i temperatury, określone w załączniku nr 5 do instrukcji archiwum klinicznego;
 - 7) należy rejestrować codziennie warunki wilgotności i temperatury, a wyniki kontrolować przynajmniej raz w tygodniu;
 - 8) należy regularnie sprzątać, tak by chronić dokumentację przed kurzem, infekcją grzybów pleśniowych oraz zniszczeniami powodowanymi przez owady i gryzonie.

§ 12.

Wstęp do lokalu Archiwum Klinicznego jest możliwy tylko w obecności archiwisty.

ROZDZIAŁ 5

Przejmowanie dokumentacji do Archiwum klinicznego

§ 13.

1. Przekazywanie dokumentacji do Archiwum Klinicznego następuje w trybie i na warunkach, określonych w instrukcji kancelaryjnej.
2. Komórki organizacyjne przekazują dokumentację do Archiwum Klinicznego według ustalonego z archiwistą terminarza.
3. Dokumentacja przekazywana i przechowywana w Archiwum Klinicznym musi być uporządkowana i kompletna.
4. Archiwista przyjmuje dokumentację dokładnie opisana. W przypadku dokumentacji medycznej pacjentów w kopertach odpowiednio opisanych (załącznik nr 2), w przypadku innej dokumentacji w pudłach dokładnie opisanych (załącznik nr 4).
5. Przekazanie dokumentacji odbywa się na podstawie protokołu przekazania dokumentacji medycznej pacjentów (załącznik nr 1) oraz protokołu przekazania innej dokumentacji (załącznik nr 3). Dokumentację przed przekazaniem przegląda i porządkuje osoba prowadząca sprawę z komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację.
6. Za dokumentację przekazaną do Archiwum Klinicznego odpowiada kierownik komórki organizacyjnej lub osoba przez niego upoważniona. Protokół przekazania winien być podpisany przez kierownika komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację (załącznik nr 1 i 3).

§ 14.

1. Archiwista może odmówić przejęcia dokumentacji nieuporządkowanej lub nieprawidłowo opisanej jeżeli:
 - 1) dokumentacja nie została uporządkowana w sposób określony w instrukcji kancelaryjnej;
 - 2) protokoły przekazania, zawierają braki lub błędy;
 - 3) dokumentacja nie odpowiada protokołom przekazania.
2. O powodach odmowy przejęcia dokumentacji archiwista może powiadomić kierownika komórki organizacyjnej Instytutu, która akta przygotowała oraz Dyrektora Instytutu ds. klinicznych.

ROZDZIAŁ 6

Przechowywanie i ewidencja dokumentacji w Archiwum Klinicznym

§ 15.

Po przejęciu dokumentacji w postaci nieelektronicznej archiwista kolejno:

- 1) Rejestruje protokół przekazania w wykazie spisów zdawczo-odbiorczych (załącznik nr 6) zawierającym co najmniej następujące elementy:
 - a) liczbę porządkową stanowiącą kolejny numer spisu zdawczo-odbiorczego,
 - b) datę przejęcia dokumentacji przez Archiwum kliniczne,
 - c) pełną nazwę Instytutu i komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację do Archiwum Klinicznego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej, która dokumentację wytworzyła lub zgromadziła, jeżeli jest inna niż nazwa podmiotu i komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację,
 - e) liczbę pozycji w spisie,
 - f) liczbę pudeł, kart historii choroby w spisie.
- 2) Pozostawia w komórce organizacyjnej podpisany przez siebie pierwszy egzemplarz protokołu przekazania.
- 3) Dla każdej pozycji przekazanego protokołu przekazania, przyporządkowuje informację o aktualnym miejscu przechowywania przekazanej dokumentacji w Archiwum Klinicznym.
- 4) Drugi egzemplarz protokołu przekazania pozostawia w Archiwum Klinicznym.
- 5) Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej uwzględnia Rozporządzenie MZ z 09.11.2015 r.(Dz.U. RP poz.2069 z 08.12.2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji oraz sposobu jej przetwarzania.

§ 16.

1. Archiwista prowadzi dwa zbiory spisów zdawczo-odbiorczych:
 - 1) zbiór pierwszy spisów zdawczo-odbiorczych w układzie wynikającym z kolejności wpisu do wykazu protokołu przekazania;
 - 2) zbiór drugi spisów zdawczo-odbiorczych w układzie według komórek organizacyjnych przekazujących dokumentację.

§ 17.

1. Nie rzadziej niż raz na pięć lat dokonuje się przeglądu informatycznych nośników danych z ich składu i wykonuje ich kopie bezpieczeństwa.
2. Kopie bezpieczeństwa powinny być przechowywane w sposób umożliwiający ich szybkie odnalezienie w przypadku niemożności odczytania zapisu na informatycznym nośniku danych, na którym pierwotnie zapisano dokumentację elektroniczną.
3. Kopie bezpieczeństwa mogą być zapisywane na jednym nośniku, pod warunkiem, że zapisane na nim dane są zabezpieczone przez utratą w wyniku awarii tego nośnika.
4. Jeżeli nie jest możliwe wykonanie kopii bezpieczeństwa ze względu na uszkodzenie nośnika, odnotowuje się to w aktach sprawy, z którymi powiązany jest nośnik, podając:
 - 1) datę stwierdzenia uszkodzenia nośnika;
 - 2) imię i nazwisko osoby sporządzającej adnotację;
 - 3) informację umożliwiającą jednoznaczne wskazanie uszkodzonego nośnika.

§ 18.

1. Dokumentację w Archiwum Klinicznym układa się w sposób zapewniający jej ochronę przed uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą, pozwalający na efektywne wykorzystanie miejsca w tym archiwum, przy czym odrębnie przechowuje się dokumentację określoną na podstawie innych regulacji.
2. Koperty z historiami chorób pacjentów zawierające dokumentację medyczną o której mowa w ust.1, umieszcza się dodatkowo po 10 latach przechowywania, w pudłach archiwalnych, wykonanych z tektury litej bezkwasowej. Pudła są opisane. Opis zawiera rodzaj przechowywanej dokumentacji oraz okres jej przechowywania.

§ 19.

1. Dokumentacja, zgromadzona w Archiwum Klinicznym jest poddawana okresowemu przeglądowi w celu jej odkurzenia oraz wymiany zużytych i zniszczonych teczek czy pudeł na nowe, a także typowania dokumentacji medycznej do brakowania po uzyskaniu zgody Archiwum Akt Nowych.
2. Uszkodzone lub częściowo zniszczone materiały archiwalne poddawane są konserwacji na koszt Instytutu w porozumieniu z dyrektorem właściwego archiwum państwowego.

§ 20.

W przypadku stwierdzenia utraty dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym, włamania do pomieszczeń magazynowych, ich zalania lub zniszczenia w inny sposób dyrektor Instytutu powiadamia także właściwe archiwum państwowe (Archiwum Akt Nowych).

ROZDZIAŁ 7**Przeprowadzanie skontrum dokumentacji w Archiwum Klinicznym****§ 21.**

Skontrum dokumentacji polega na:

- 1) porównaniu zapisów w protokołach przekazania ze stanem faktycznym dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym;
- 2) stwierdzeniu i wyjaśnieniu różnic między zapisami w protokołach przekazania a stanem faktycznym dokumentacji oraz ustaleniu ewentualnych braków.

§ 22.

1. Skontrum przeprowadza, na polecenie dyrektora Instytutu lub na wniosek dyrektora archiwum państwowego, komisja skontrolowa, składająca się z co najmniej dwóch członków.
2. Liczbę członków komisji skontrolowej oraz jej skład osobowy ustala dyrektor Instytutu.
3. Z przeprowadzonego skontrum komisja skontrolowa sporządza protokół, który powinien zawierać co najmniej:
 - 1) spis nieodnalezionnej dokumentacji i wnioski w tej sprawie;
 - 2) spisy dokumentacji, która nie była ujęta w środkach ewidencyjnych, a była przechowywana w Archiwum Klinicznym;
 - 3) podpisy członków komisji.

§ 23.

1. Skontrum dotyczące dokumentacji pacjentów to jest historii chorób przekazanych do archiwum przez sekretariaty Klinik, przeprowadza raz na kwartał archiwista.
2. Skontrum przeprowadza się oddzielnie dla każdej Kliniki.
3. Z przeprowadzonego skontrum archiwista sporządza w 3 egzemplarzach protokół, który powinien zawierać:
 - 1) wykaz nieoddanej dokumentacji (nazwisko i imię pacjenta oraz nr ks. głównej);
 - 2) uwagi;
 - 3) podpis archiwisty;
 - 4) datę sporządzenia skontrum.
4. Archiwista przekazuje protokół odpowiednio:
Jeden egzemplarz Kierownikowi Kliniki, jeden egzemplarz Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych i jeden pozostaje w Archiwum Klinicznym.

ROZDZIAŁ 8

Udostępnianie i wypożyczanie dokumentacji przechowywanej w Archiwum Klinicznym

§ 24.

1. Dokumentację udostępnia się:
 - 1) Na miejscu w Archiwum Klinicznym.
 - 2) Przez jej wypożyczenie.
 - 3) Przez jej kopiowanie.
2. Wypożyczając dokumentację tj. historię choroby (tylko za pisemną zgodą) można wykonać jej kopię zastępczą i zachować ją w Archiwum Klinicznym do czasu zwrotu dokumentacji.
3. Oryginały dokumentacji mogą być wypożyczone jedynie za pisemną zgodą kierownika komórki organizacyjnej.

§ 25.

Nie wolno wypożyczać poza Archiwum Kliniczne dokumentacji uszkodzonej, dokumentacji zastrzeżonej przez przekazującą je komórkę organizacyjną. Nie wolno również wypożyczać poza Archiwum Kliniczne środków ewidencji Archiwum.

§ 26.

1. Udostępnianie dokumentacji przechowywanej w Archiwum klinicznym odbywa się na podstawie wypełnionej karty udostępniania (załącznik nr 7)
2. Udostępnienie dokumentacji osobom spoza Instytutu reguluje zarządzenie dyrektora Instytutu wydane na podstawie odrębnych przepisów (Instrukcja udostępniania dokumentacji medycznej). Niniejsza instrukcja jest w dyspozycji Archiwum Klinicznego.

§ 27.

1. Korzystający z dokumentacji medycznej ponosi pełną odpowiedzialność za stan udostępnianej dokumentacji.
2. Niedopuszczalne jest:
 - 1) wyłączanie z udostępnianej dokumentacji pojedynczych przesyłek i pism;
 - 2) przekazywanie dokumentacji innym osobom, komórkom organizacyjnym bez wiedzy archiwisty;
 - 3) nanoszenie na dokumentacji adnotacji i uwag.

§ 28.

1. Archiwista sprawdza stan udostępnianej dokumentacji przed jej udostępnieniem oraz po jej zwrocie.
2. W przypadku stwierdzenia braków lub uszkodzeń zwracanej dokumentacji lub stwierdzenia zagubienia udostępnionej dokumentacji archiwista sporządza protokół, w którym zamieszcza co najmniej następujące informacje:
 - 1) datę sporządzenia,
 - 2) imię i nazwisko osoby, która uszkodziła lub zagubiła dokumentację,
 - 3) opis przedmiotu uszkodzenia lub zagubienia.

3. Protokół, o którym mowa w ust. 2, sporządzany jest w trzech egzemplarzach, z których jeden umieszcza się w miejscu brakującej lub uszkodzonej dokumentacji, drugi przechowuje się w Archiwum Klinicznym, w przeznaczony na ten cel teczkę aktową, trzeci przekazuje się kierownikowi komórki organizacyjnej, która dokumenty wypożyczyła celem wyjaśnienia okoliczności sprawy.

§ 29.

Archiwista w przyjęty w Instytucie sposób odnotowuje każde udostępnienie dokumentacji z podaniem daty udostępnienia, a w przypadku jej wypożyczenia poza Archiwum Kliniczne – także daty zwrotu do Archiwum Klinicznego.

§ 30.

1. W przypadku gdy potrzebna jest dokumentacja która została już przekazana do Archiwum Klinicznego, archiwista wypożycza ją na wniosek osoby upoważnionej przez kierownika Kliniki lub Zakładu (lista wytypowanych przez kierowników klinik osób znajduje się w archiwum).
2. Od chwili zgłoszenia zapotrzebowania na dokumentację przechowywaną w archiwum archiwista ma 3 dni do jej wydania.

§ 31.

1. Wypożyczenie dokumentacji z Archiwum Klinicznego polega na:
 - 1) Wpisaniu do zeszytu wypożyczeń – nazwiska, imienia i nr historii choroby pacjenta oraz daty jej wypożyczenia za pokwitowaniem, a także daty zwrotu dokumentu.
 - 2) w dniu 30 stycznia każdego roku archiwista sporządza protokół dokumentacji medycznej, wypożyczonej w roku poprzednim, która podlega zwrotowi do archiwum.
 - 3) Archiwista przekazuje protokół odpowiednio: Kierownikowi Kliniki, zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych i jeden egzemplarz pozostawia w Archiwum Klinicznym.

ROZDZIAŁ 9

Brakowanie dokumentacji niearchiwalnej

§ 32.

1. Brakowanie dokumentacji niearchiwalnej inicjuje archiwista poprzez regularne typowanie dokumentacji przeznaczonej do brakowania.
2. W wyniku typowania, o którym mowa w ust.1, archiwista sporządza spis tej dokumentacji (załącznik nr 8).
3. Spis podlega zaopiniowaniu przez kierowników komórek organizacyjnych, których dokumentacja została wytypowana do brakowania. W przypadku gdy nie ma takiej możliwości, zgodę wydaje dyrektor Instytutu.
4. W wyniku czynności o której mowa w ust.3, kierownicy komórek organizacyjnych mogą wydłużyć czas przechowywania dokumentacji niearchiwalnej, przy czym podlega to zatwierdzeniu przez dyrektora Instytutu.
5. Po zaopiniowaniu dokumentacji przeznaczonej do brakowania dyrektor Instytutu powołuje komisję, która sporządza protokół oceny dokumentacji niearchiwalnej przeznaczonej do brakowania.
6. Tak przygotowana dokumentacja do brakowania podlega akceptacji i zgody Archiwum Akt Nowych.

§ 33.

Do procedury brakowania dokumentacji niearchiwalnej stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art.5 ust.2 i ust.2b ustawy z dnia 14 lipca 1983 o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

§ 34.

Dokumentacja z procedury brakowania dokumentacji niearchiwalnej przechowywana jest przez Archiwum Kliniczne.

ROZDZIAŁ 10

Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego

§ 35.

1. Przekazanie materiałów do Archiwum Państwowego regulują przepisy Ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz akty wykonawcze.

Na archiwiszcie spoczywa obowiązek przygotowania materiałów do fumigacji przed przekazaniem ich do archiwum państwowego.

2. Po przekazaniu materiałów archiwalnych archiwista odnotowuje w środkach ewidencyjnych datę przekazania tych materiałów. Dokumentacja z przekazania materiałów archiwalnych do archiwum państwowego przechowywana jest przez Archiwum Kliniczne.

ROZDZIAŁ 11

Sprawozdawczość Archiwum Klinicznym

§ 36.

1. Archiwista sporządza sprawozdanie roczne z działalności Archiwum Klinicznego i stanu dokumentacji w Archiwum Klinicznym w terminie do dnia 31 marca roku następnego niż rok sprawozdawczy.
2. Sprawozdanie przekazywane jest dyrektorowi Instytutu oraz Archiwum Akt Nowych.
3. W sprawozdaniu zamieszcza się co najmniej następujące informacje:
 - 1) imię, nazwisko, stanowisko służbowe archiwisty;
 - 2) opis lokalu archiwum klinicznego;
 - 3) ilość dokumentacji przejętej z poszczególnych komórek organizacyjnych;
 - 4) ilość nośników przejętych ze składu informatycznych nośników danych;
 - 5) ilość dokumentacji udostępnionej lub wypożyczonej oraz liczbę osób korzystających;
 - 6) ilość dokumentacji medycznej zaległej w klinkach;

- 7) ilość wybrakowanej dokumentacji niearchiwalnej w metrach bieżących, ilość chorób pacjentów.
- 4. Ilość, o której mowa w ust. 3 pkt 3-6, oznacza liczbę pudeł, paczek oraz metrów bieżących.

ROZDZIAŁ 12

Postępowanie z dokumentacją w przypadku reorganizacji jednostki lub komórki organizacyjnej

§ 37.

W przypadku gdy jest wszczęte postępowanie zmierzające do reorganizacji Instytutu lub komórki organizacyjnej pozostała dokumentacja medyczna (historia choroby pacjenta, dokumentacja badań naukowych, skierowania, wyniki badań) przekazywana jest niezwłocznie do archiwum klinicznego w trybie i na warunkach określonych w § 13.

ZAŁĄCZNIKI

1. Protokół przekazania historii chorób.....	19
2.Opis teczki (koperty) historii choroby pacjenta	20
3.Protokół przekazania innej dokumentacji medycznej.....	21
4.Nalepka na pudła oddawane do Archiwum Klinicznego.....	22
5.Warunki wilgotności i temperatury.....	23
6. Wykaz spisów zdawczo-odbiorczych	24
7. Karta udostępniania.....	25
8. Spis dokumentacji niearchiwalnej przeznaczonej do brakowania.....	26

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA HISTORII CHOROÓB

L.p	Nazwisko	Imię	Nr. Ks. głównej	Uwagi
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Podpis kierownika

podpis przekazującego

podpis przyjmującego

OPIS TECZKI (KOPERTY) HISTORII CHOROBY PACJENTA

NAZWA KLINIKI
(SKRÓT)

NR.KS.GŁÓWNEJ

NAZWISKO I IMIĘ

PACJENTA

(DATA DOKUMENTACJI)

Załącznik nr. 3
do Instrukcji
Archiwum Klinicznego

/Pieczęć komórki/

Warszawa, dniar

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA

Innej dokumentacji medycznej niż historie chorób

Przekazuję do Archiwum Klinicznego:

L.p	Zawartość pudła (rodzaj dokumentacji)	Daty skrajne od-do	Nr pudła	Data przechowywania Do 31.12.....r	Uwagi

/podpis kierownika/

/podpis przekazującego/

/podpis przyjmującego/

NALEPKA NA PUDŁA ODDAWANE DO ARCHIWUM KLINICZNEGO

/Pieczęć komórki/

.....
/skrótowa nazwa komórki - dużymi literami np. KWZS, PRACOWNIA USG itp./

Nr.
/nr pudła/

- 1.
- 2.
- 3.

/Rodzaj dokumentacji/

PRZECHOWYWAĆ DO 31.12.20....R.

**Warunki wilgotności i temperatury
w pomieszczeniach magazynowych Archiwum Klinicznego**

Rodzaj dokumentacji	Właściwa temperatura powietrza (w stopniach Celsjusza)		Dopuszczalne wahania dobowe temperatury powietrza (w stopniach Celsjusza)	Właściwa wilgotność względna powietrza (w % RH)		Dopuszczalne wahania dobowe wilgotności względnej powietrza (w % RH)
	min.	maks		min.	maks	
1. Papier	14	18	1	30	50	3
2. Informatyczne nośniki danych	12	18	2	30	40	5

Wykaz spisów zdawczo-odbiorczych

[illegible]

/Pieczęć komórki/

Karta udostępnienia nr.....

Planowany termin zwrotu.....

Proszę o udostępnienie/wypożyczenie dokumentacji powstałej w w/w komórce organizacyjnej:

.....
.....z lat..... i upoważniam do ich
wykorzystania/odbioru, pana/panią.....
.....

(nazwisko i imię)

I.R.)

(podpis kierownika komórki organizacyjnej)

Udostępniono/wypożyczono

.....

(data i podpis)

=====

Potwierdzam odbiór udostępnionej dokumentacjiUwagi.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data...../.....20.....r.

Podpis oddającego

Podpis odbierającego

Spis dokumentacji niearchiwalnej przeznaczonej do brakowania

[illegible]

Załącznik nr 4
do Zarządzenia nr 34/2016
Dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
z dnia 3 października 2016 r.

Dokument pomocniczy do Instrukcji
Archiwum Klinicznego

Terminarz przekazywania dokumentacji medycznej

Lp.	Terminy przyjęć dokumentacji	Uwagi
1	15 i 30 dzień każdego miesiąca	Każdorazowo na 3 dni przed zdaniem dokumentacji powiadomić telefonicznie o planowanej ilości przekazanej dokumentacji medycznej
2	I kwartał do dnia 30 kwietnia	
3	II kwartał do dnia 30 lipca	
4	III kwartał do dnia 30 października	
5	IV kwartał do dnia 30 stycznia	
6	Wypożyczana dokumentacja medyczna do 30 stycznia roku następnego	

Dokument pomocniczy do Instrukcji
Archiwum Klinicznego

Data.....

Znak.....

PROTOKÓŁ

Oceny dokumentacji niearchiwalnej przeznaczonej do kontrolowanego niszczenia

Komisja w składzie (imiona i nazwiska, stanowisko służbowe członków Komisji):

1

2

3

4

5

Dokonała oceny i wydzielenia przeznaczonej do przekazania na makulaturę lub zniszczenie dokumentacji niearchiwalnej w ilościmb i stwierdziła, że stanowi ona dokumentację nieprzydatną do celów praktycznych jednostki organizacyjnej oraz, że upłynęły terminy jej przechowania określone w jednolitym rzeczowym wykazie akt lub kwalifikatorze dokumentacji technicznej.

Przewodniczący Komisji

Członkowie Komisji

(podpisy)

UDOSTĘPNIANIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
OSOBOM Z POZA INSTYTUTU

SPIS TREŚCI

1. Uczestnicy udostępniania dokumentacji medycznej	32
2. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej.....	32
3. Podmioty uprawnione do udostępniania dokumentacji medycznej	32
4. Osoba uprawniona do wyrażania zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej.....	35
5. Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej	35
6. Zasady poświadczenia za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej jej odpisu, wyciągu lub kopii	36
7. Czas, w jakim powinno nastąpić udostępnianie dokumentacji medycznej	37
8. Zasady odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu lub kopii	37
9. Forma odmowy udostępniania dokumentacji medycznej	37
10. Czasookres przechowywania dokumentacji medycznej	37
11. Diagramy	38
12. Zarządzenie nr 20/ 2013 Dyrektora Instytutu w sprawie opłat..... (załącznik nr 1/A)	43
13. Wniosek o udostępnianie dokumentacji medycznej	44
(załącznik nr 1/B)	

1. Uczestnicy udostępniania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna zawiera dane osobowe wrażliwe, dotycząc stanu zdrowia pacjenta. Dane te należą do grupy danych osobowych, które, co do zasady, objęte są zakazem przetwarzania.

Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych dopuszczalne jest przetwarzanie tych danych prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych do przetwarzania danych mogą być dopuszczone tylko wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych (Dyrektor Instytutu Reumatologii). Powyższe ma na celu ochronę danych osobowych przed dostępem do nich osób nieupoważnionych, przed ich zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

2. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Głównym uprawnionym do dokumentacji medycznej jest sam pacjent. Wynika to z brzmienia przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a konkretniej m.in. z art. 23, zgodnie z którym *pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych*. Ponadto podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych tj. m.in. szpital lub zakład opieki zdrowotnej, a także lekarz może udostępnić taką dokumentację przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Podstawowe znaczenie ma jednak w takim wypadku uzyskanie stosownego upoważnienia podpisanego przez pacjenta.

3. Podmioty uprawnione do udostępniania dokumentacji medycznej

Krąg podmiotów uprawnionych do udostępnienia dokumentacji medycznej na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742 z późn. zm.):

- 1) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta, przy czym po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, jednakże pod warunkiem, że pacjent zastrzegł, w tym samym albo osobnym upoważnieniu, prawo dostępu w formie wglądu danej osoby do dokumentacji medycznej również po jego śmierci;
 - pojęcie „**pacjent**” oznacza osobę pełnoletnią i która nie jest ubezwłasnowolniona choćby częściowo;
 - pełnoletnim jest również osoba małoletnia, która uzyskuje pełnoletniość przez zawarcie małżeństwa i nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa;
 - pojęcie „**przedstawiciel ustawowy**” oznacza:

- rodziców, pod których władzą małoletni pacjent pozostaje, przy czym każde z rodziców może działać samodzielnie jak przedstawiciel ustawowy dziecka,
 - rodzic nie może być przedstawicielem ustawowym małoletniego w sytuacji, gdy nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych jest pozbawiony władzy rodzicielskiej albo gdy jego władza rodzicielska uległa zwieszeniu,
 - przedstawicielem ustawowym małoletniego może być opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy dla małoletniego, gdy sąd poweźmie wiadomość, że zachodzi prawny ku temu powód,
 - kurator,
 - jeden z małżonków reprezentujący drugiego,
- **osobą upoważnioną** do dostępu do dokumentacji medycznej może być nie tylko osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, ale również osoba mają ograniczoną zdolność do czynności prawnych (w tym osoba małoletnia, która ukończyła 13 lat, osoba pełnoletnia ubezwłasnowolniona częściowo, a także osoba pełnoletnia, dla której w postępowaniu o ubezwłasnowolnienie ustanowiono doradcę tymczasowego:
- upoważnienie może dotyczyć dostępu do całej dokumentacji medycznej, bądź też do określonej jej części,
 - obowiązuje zasada pisemności upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie może być odwołane w każdym czasie
- 2) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych:
- świadczenia wnoszący o udostępnienie dokumentacji jest uprawniony do dostępu do niej tylko w takim zakresie, w jakim jest ona niezbędna do zapewnienia pacjentowi ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 3) organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru:
- uprawnionymi do kontroli dokumentacji medycznej w ramach sprawowanego nadzoru są m.in.: Minister Zdrowia, wojewoda, Główny Inspektor Sanitarny, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, państwowy powiatowy inspektor sanitarny oraz państwowy graniczny inspektor sanitarny dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych,

- dokumentacja medyczna może być udostępniona jedynie w taki zakresie, jaki jest niezbędny do wykonywania przez powyższe orany uprawnień nadzorczych,
 - nie jest uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej np. Rzecznik Praw Dziecka, który nie jest organem władzy publicznej, jak również żadnym z organów wymienionych powyżej;
- 4) wojewodowie, konsultanci krajowi, jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia, organy samorządów zawodów medycznych, medyczne towarzystwa naukowe, uczelnie medyczne, instytuty badawcze, specjaliści z poszczególnych dziedzin medycyny, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie Ministra Zdrowia;
 - 5) Minister Zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 6) uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 7) organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 8) podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów:
 - zapis pozostaje martwy, bowiem „Rejestr usług medycznych” nie wszedł w życie;
 - 9) zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta:
 - z żądaniem może wystąpić jedynie lekarz upoważniony przez dany zakład ubezpieczeń,
 - zakład ubezpieczeń zobowiązany jest posiadać stosowną, pisemną zgodę ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego, przy czym dla spełnienia tego wymogu jest wystraczające oświadczenie zakładu ubezpieczeń o posiadaniu takiej zgody,
 - informacje powinny być przekazane przez świadczeniodawcę w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji;
 - 10) komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowe komisje lekarskie oraz komisje lekarskie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległe Szefom właściwych Agencji;

- 11) lekarz, pielęgniarka lub położna, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- 12) wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w zakresie prowadzonego postępowania;
- 13) spadkobiercy w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- 14) osoby wykonujące czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 15) szkoła wyższa lub instytut badawczy do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Patrz załączniki nr 1, 2, 3, 4

4. Osoba uprawniona do wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej

- Osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej są wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych - Dyrektora Instytutu Reumatologii.
- W przypadku wątpliwości co do uprawnienia osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej, jej udostępnienie wymaga uzyskania pisemnej opinii prawnej radcy prawnego lub adwokata, potwierdzającej prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej.

5. Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest udostępniana, w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochronę danych osobowych, na poniższych zasadach:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, przy czym wgląd do dokumentacji medycznej powinien być umożliwiony po czasie, który jest konieczny do jej przygotowania;

poprzez sporządzenie jej wyciągów (tj. skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z większej całości¹), odpisów lub kopii (kserokopia, skan):

- sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wymaga poświadczenia za zgodność z oryginałem,
 - brak przeszkód do potwierdzania za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji:
- w przypadku wydania oryginałów dokumentacji medycznej należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji,
 - podmiot uprawniony do udostępnienia dokumentacji medycznej powinien pokwitować odbiór dokumentacji medycznej i pisemnie zobowiązać się do jej zwrotu po wykorzystaniu;
- podmiot uprawniony do dostępu do dokumentacji może żądać dostępu do dokumentacji w formie wyciągu, odpisu, lub kopii sporządzonych na informatycznym nośniku danych (np. płycie CD lub DVD), jeżeli podmiot prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej.

6. Zasady poświadczenia za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej jej odpisu, wyciągu lub kopii

Poświadczenie za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej jej odpisu, wyciągu lub kopii następuje poprzez opatrzenie każdej strony odpisu, wyciągu lub kopii pieczętą z napisem "Za zgodność z oryginałem" wraz z datą i czytelnymi podpisami osób uprawnionych do potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem

Kto powinien poświadczyć za zgodność z oryginałem kopie dokumentów?

1. osoby upoważnione i decydujące o udostępnianiu dokumentacji medycznej;
2. osoby uprawnione do reprezentowania Instytutu Reumatologii z na podstawie obowiązujących przepisów prawa (osoby wymienione w dokumentach rejestrowych podmiotu, np. Krajowy Rejestr Sądowy);
3. inne osoby niż wymienione powyżej (np. pracownik jednostki organizacyjnej), adwokat lub radca prawny na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, zawierającego upoważnienie do poświadczenia dokumentacji medycznej za zgodność z oryginałów.
4. Notariusz

7. Czas, w jakim powinno nastąpić udostępnienie dokumentacji medycznej

Czas, w jakim powinno nastąpić udostępnienie dokumentacji medycznej nie został precyzyjnie określony, bowiem zgodnie z art. 78 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmiot leczniczy powinien udostępnić dokumentację medyczną podmiotom i osobom uprawnionym **bez zbędnej zwłoki**.

W praktyce się przyjęło, że **udostępnienie dokumentacji medycznej powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki, jednakże zasadniczo w czasie nie dłuższym niż 30 dni**.

8. Zasady odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu lub kopii

Podmiot leczniczy za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu lub kopii ma prawo pobrać opłaty (art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Podmiot leczniczy za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu lub kopii **nie pobiera opłat** w następujących przypadkach:

- w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo do nieodpłatnego korzystania z dokumentacji medycznej;
- w sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie o emeryturach lub rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (m.in. renty z tytułu niezdolności do pracy, dodatki pielęgnacyjne) osoby zainteresowane oraz organy rentowe są zwolnione od opłat;
- udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Instytutu Reumatologii **ustala następującą wysokość opłat** określonych w załączniku nr 5 do Instrukcji

Wysokość opłat określonych w załączniku nr 5 do Instrukcji podlegają uaktualnieniu w drodze zarządzenia Dyrektora Instytutu Reumatologii.

9. Forma odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej

Odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej wymaga sporządzenia pisemnej zawiadomienia wraz ze szczegółowym uzasadnieniem odmowy.

10. Czasookres przechowywania dokumentacji medycznej

Art. 29. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych 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 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698 i Nr 171, poz. 1016), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

Załączniki :

Załącznik nr 1. Udostępnianie dokumentacji medycznej w sprawach kontroli i nadzoru.
Realizuje Dział Statystyki Medycznej, Analizy i Rozliczeń.

Załącznik nr 2. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta.
Realizują sekretariaty Klinik; sekretariat Oddziału Terapii Biologicznej;
Rejestracja;

Załącznik nr 3. Udostępnianie dokumentacji medycznej władzy sądowniczej.
Realizują Sekretariaty Klinik; Rejestracja; Sekretariaty Zakładów Naukowych
oraz Centralne Laboratorium Kliniczne – odpłatnie.

Załącznik nr 4. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta w celach naukowych.
Realizują Sekretariat Naukowy; Zakład Epidemiologii –odpłatnie.

DIAGRAM NR 1- UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA W SPRAWACH KONTROLI I NADZORU ZGODNIE Z USTAWĄ Z 06.11.2008r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKA PRAW PACJENTA (DZ.U.2012.159 j.t.)

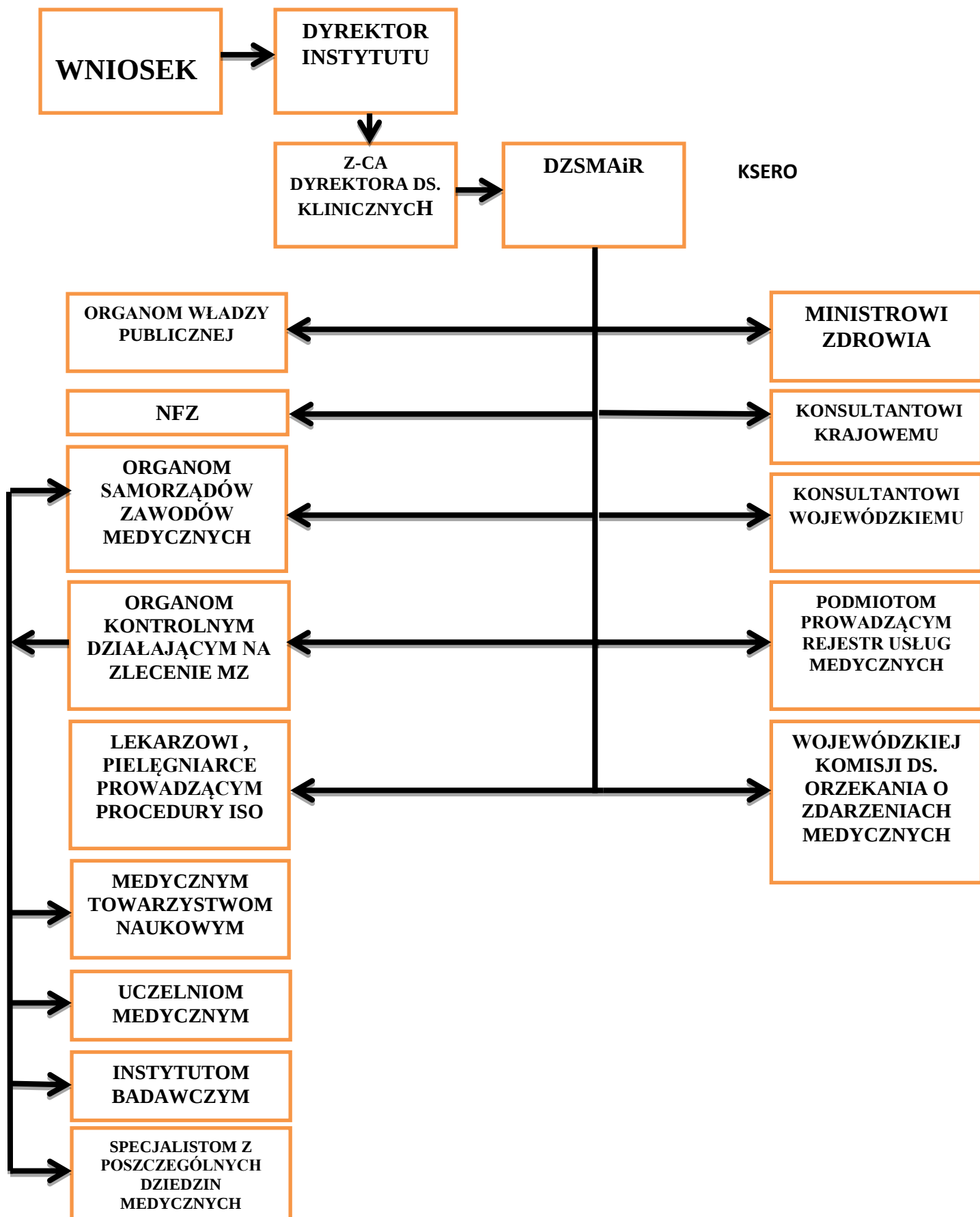
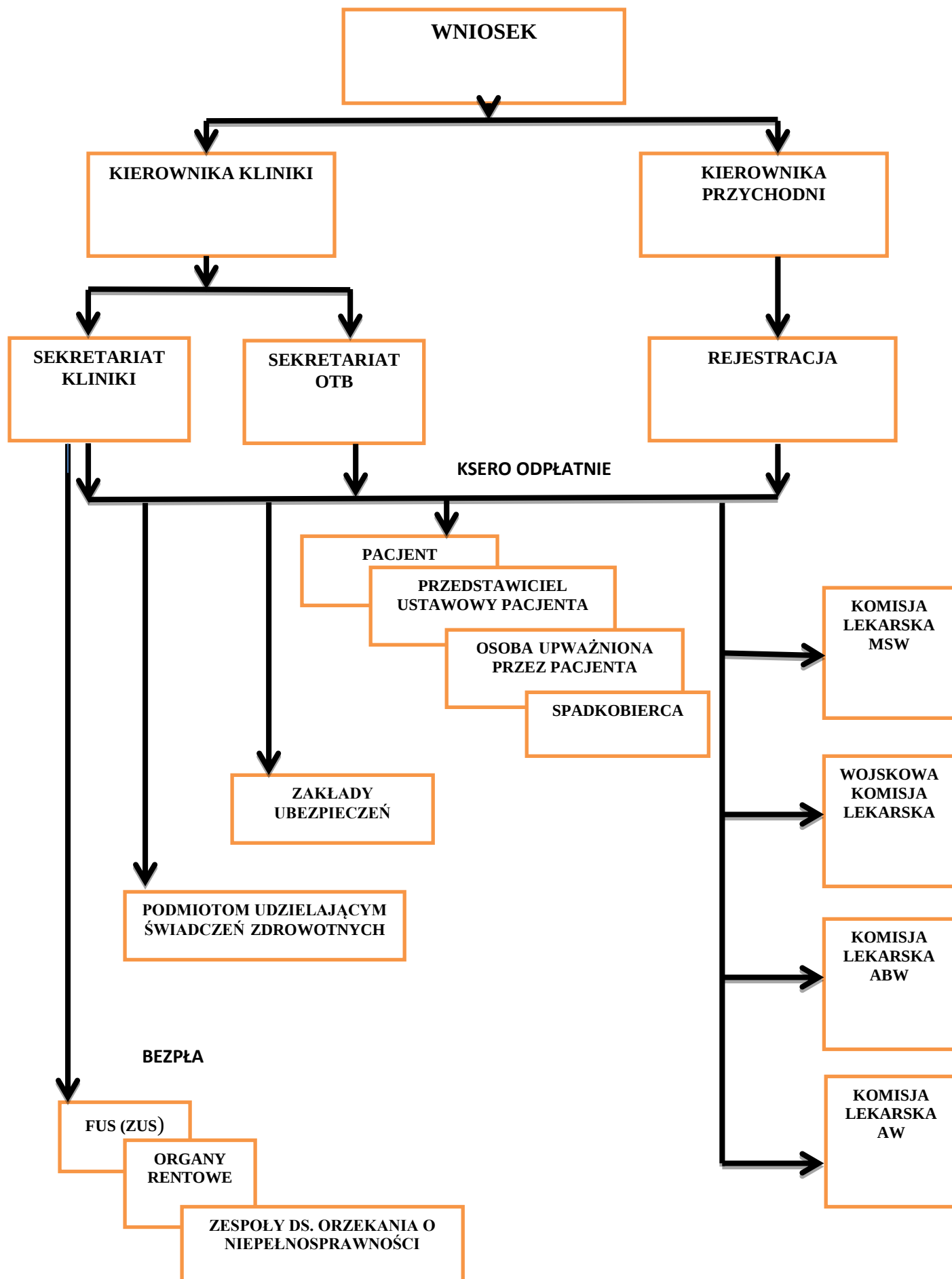
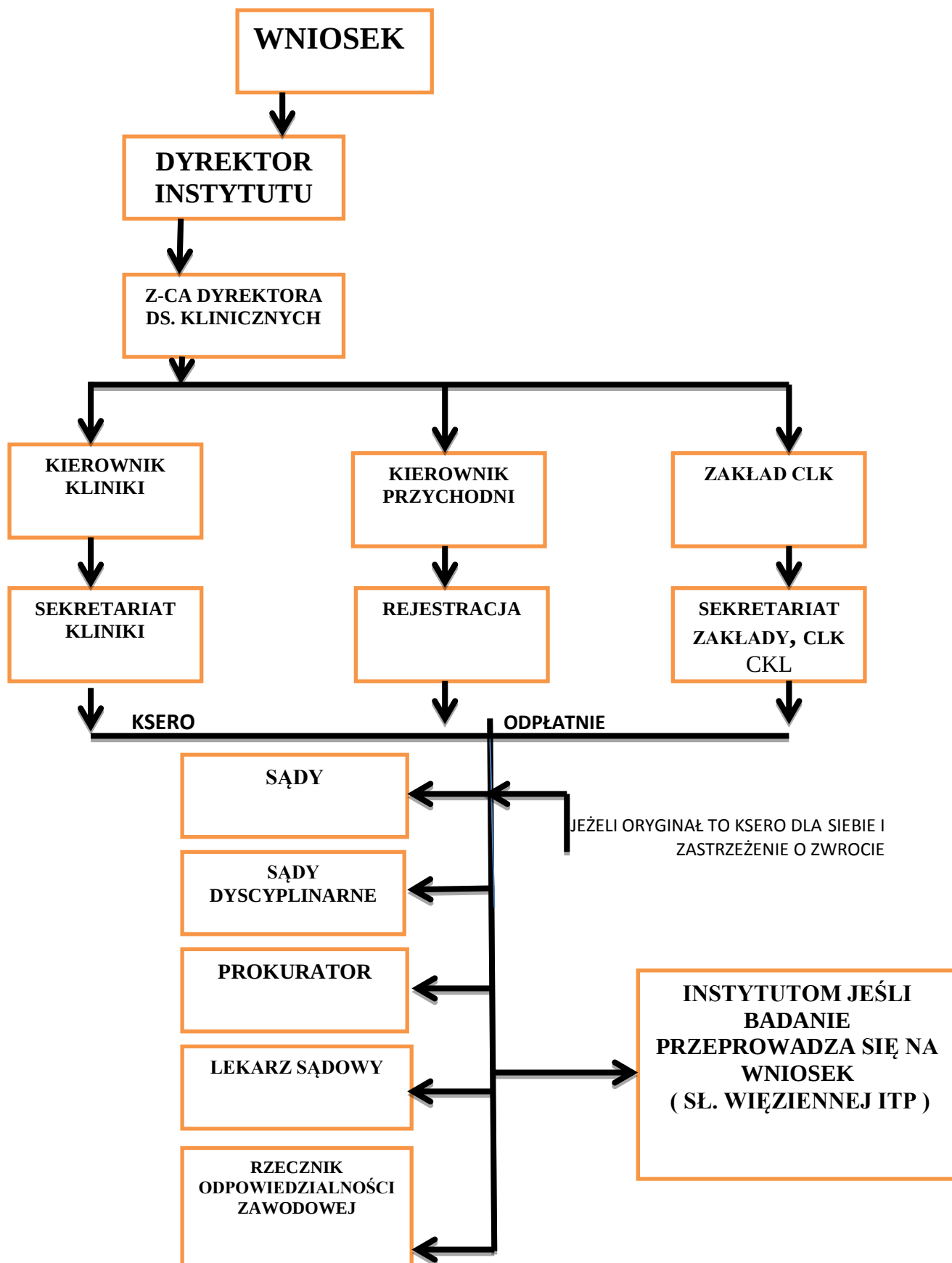


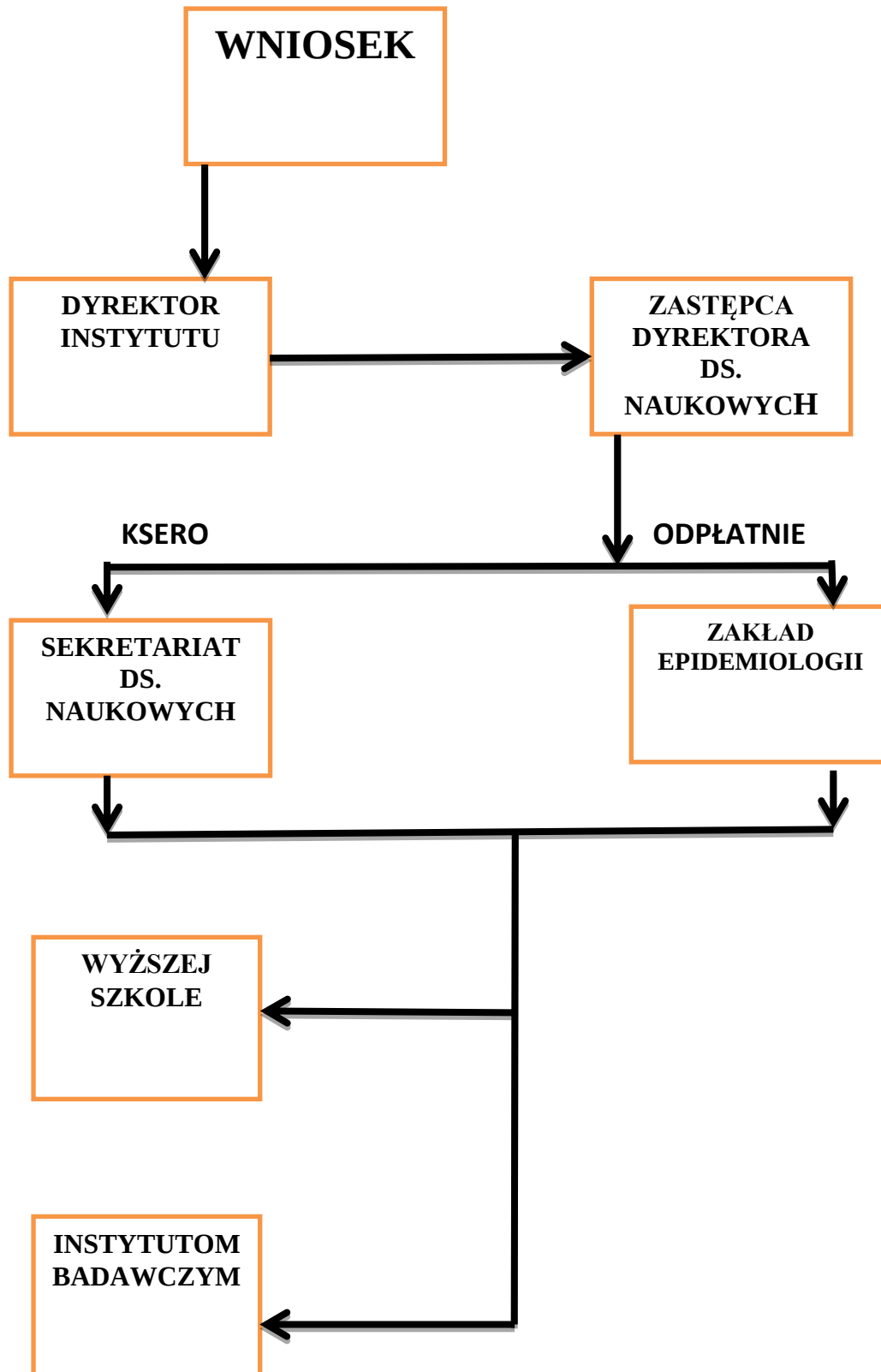
DIAGRAM NR 2 - UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA ZGODNIE Z USTAWĄ Z 06.11.2008r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKA PRAW PACJENTA (DZ.U.2012.159 j.t.)



**DIAGRAM NR 3 - UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA WŁADZY
SĄDOWNICZEJ ZGODNIE Z USTAWĄ Z 06.11.2008r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKA
PRAW PACJENTA (Dz.U.2012.159 j.t.)**



**DIAGRAM NR 4 - UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA W CELACH
NAUKOWYCH BEZ UJAWNIANIA NAZWISK I INNYCH DANYCH IDENTYFIKUJĄCYCH OSOBY ZGODNIE
Z USTAWĄ Z 06.11.2008r.O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKA PRAW PACJENTA (DzU.2015.159 j.t)**



Załącznik nr 5

Zarządzenie Nr 10/2013
Dyrektora Instytutu Reumatologii w Warszawie
z dnia10.2.2013...

w sprawie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 159), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 217), ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tj. Dz. U. Nr 11, poz. 66) oraz § 8 pkt 6 Statutu Instytutu Reumatologii w Warszawie zarządzam, co następuje:

§ 1

Ustala się opłatę za udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kopii w wysokości:

- 1) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej łącznie z podatkiem VAT - 0,72 zł,
- 2) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej łącznie z podatkiem VAT - 7,22 zł,
- 3) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych łącznie z podatkiem VAT - 7,22 zł,
- 4) za przygotowanie przesyłki pocztowej listem poleconym priorytetowym (do 1 kg) - zryczałtowana opłata w kwocie 15 zł.

§ 2

Za wydanie kopii wyniku na błonie RTG - na życzenie pacjenta - ustala się następujące opłaty:

- 1) kopia badania MR na dużej kliszy RTG - 14,76 zł (opłata za jedną kliszę),
- 2) kopia badania RTG na małej kliszy RTG - 7,38 zł (opłata za jedną kliszę),
- 3) kopia badania RTG na dużej kliszy RTG - 14,76 zł (opłata za jedną kliszę).

§ 3

Zobowiązuję Kierowników Klinik do umieszczenia na tablicach informacyjnych informacji o opłatach, o których mowa w § 1.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2013 r.

p.o. Dyrektora Instytutu Reumatologii
im. prof. dr hab. med. Eleanory Reichert

mgr Elżbieta Gryszpanowicz

RADCY PRAWNY

WA 427

NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego.....
Adres zamieszkania Wnioskującego.....
Dowód tożsamości Wnioskującego..... tel. kontaktowy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ksero kopii dokumentacji medycznej:

.....
(nazwisko, imię, PESEL)

Pacjenta Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
Kliniki/Polikliniki/Poradni.....

Za okres

Do odbioru upoważniam.....

Uwagi

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronnych danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust.1 i 2 oraz w art.27 pkt2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2009 r Nr 52 poz. 417) oraz, że pokryje koszty wykonania kserokopii (odpisu, wyciągu) powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisu art.28 pkt 2 wymienionej wyżej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Warszawa, dnia
(Podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kserokopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem

Ilość stron
(podpis pracownika Instytutu)

Po sprawdzeniu:

Tożsamości odbierającego dokumentację medyczną

Dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (o ile nie podlega zwolnieniu)

Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Instytutu)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej:

Warszawa, dnia
(czytelny podpis odbierającego)
