



SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów

www.szpital-chrzanow.pl

e-mail: sekretariat@spch.home.pl

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie



**PRZECZYTAJ
INSTRUKCJĘ**

Spis treści	
Rozdział I Postanowienia ogólne	
1 Cel instrukcji	3
2 Zakres stosowania	4
3 Definicje	4
4 Odpowiedzialność i uprawnienia	5
Rozdział II Zasady ogólne postępowania z dokumentacją medyczną	
5 Dokumentacja medyczna	5
6 Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej	6
7 Zasady kompletowania historii choroby	8
8 Zasady zabezpieczania dokumentacji medycznej w formie papierowej	9
9 Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej	9
10 Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej	10
11 Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej	11
Rozdział III Zasady udostępniania dokumentacji medycznej	
12 Udostępnianie	12
13 Zasady udostępniania	12
14 Formy udostępniania dokumentacji medycznej	14
15 Zasady odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej	14
Rozdział IV Przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej z uwzględnieniem praw pacjenta	
16 Prawa pacjenta do informacji	15
17 Prawa pacjenta do tajemnicy informacji	16
18 Prawa pacjenta do dokumentacji medycznej	17
Rozdział V Przechowywanie dokumentacji medycznej	
19 Miejsce i czas przechowywania dokumentacji medycznej	17
Rozdział VI Zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej	
20 Zasady ogólne	19
21 Obowiązki pracowników	19
Rozdział VII Postępowanie w sytuacji naruszenia ochrony danych	
22 Określenie postępowania	20
23 Zdarzenia naruszające ochronę	21
24 Sposoby naruszania bezpieczeństwa	22
25 Tryb postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych	22
Rozdział VIII Postanowienia końcowe	
26 Postanowienia końcowe	22

Załączniki:	
1.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015r., poz 2069 z późn.zm.)
2.	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2017r. poz. 1318).
3.	Standard nr 3/ORG „Zawartość i wypełnianie historii choroby w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie”.
4.	Standard nr 4/ORG „Mechanizmy sprawdzania kompletności historii choroby przez pracowników szpitala”.
5.	Standard nr 17/ORG „Mechanizmy zabezpieczenia dokumentacji (informacji) medycznej w formie papierowej przed zaginięciem, sfalszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych”.
6.	Standard nr 18/ORG „Udostępnianie dokumentacji medycznej i/lub informacji o stanie zdrowia pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie”.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2018, poz. 2190 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 poz. 1510 z późn. zm.),
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017r. poz. 1318).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015r., poz. 2069 z późn.zm.)
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2019 r. poz. 537 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576 z późn. zm.),
7. Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000).
8. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str.1)
9. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018r. poz.1878),
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016r., poz. 2135),
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 2, poz. 24)
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015r., poz. 2069 z późn.zm.)
13. Aktualne zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji poszczególnych rodzajów umów,
14. Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

Rozdział I **Postanowienia ogólne**

§ 1. **Cel instrukcji**

1. Instrukcja postępowania z dokumentacją medyczną w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie ma na celu ustalenie jednolitych zasad postępowania z dokumentacją medyczną i informacją medyczną, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami poprzez:
 - a) wykonywanie zadań w sposób zgodny z prawem, terminowy i skuteczny,
 - b) pogłębianie swojej wiedzy zawodowej celem kompetentnego załatwiania spraw,
 - c) życzliwe i uprzejme traktowanie każdego interesanta,
 - d) przekazywanie zrozumiałych i wyczerpujących informacji medycznych.
2. Instrukcja w formie papierowej znajduje się w każdej medycznej komórce organizacyjnej Szpitala oraz w Sekcji Organizacyjnej, w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki, w Archiwum.
3. Instrukcja w formie elektronicznej znajduje się na stronie internetowej Szpitala

www.szpital-chrzanow.pl oraz w serwisie intranetowym z możliwością jej pobrania.

§ 2 Zakres stosowania

Instrukcja postępowania z dokumentacją medyczną obowiązuje wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, uprawnione do przetwarzania danych i prowadzenia dokumentacji medycznej, niezależnie od formy zatrudnienia oraz osoby, za pośrednictwem której Szpital wykonuje czynności w oparciu o umowy cywilno-prawne.

§ 3 Definicje

Ileokroć w niniejszej Instrukcji mowa jest o:

1. **Szpitalu** - należy przez to rozumieć Szpital Powiatowy w Chrzanowie.
2. **Dyrektorze** - należy przez to rozumieć Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, który ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
3. **Medycznej komórce organizacyjnej** - należy przez to rozumieć komórkę organizacyjną, w szczególności Oddział, Zakład, Pracownię, wchodzącą zgodnie ze Statutem Szpitala w skład struktury organizacyjnej Szpitala.
4. **Komórce organizacyjnej** - należy przez to rozumieć wyodrębnioną w schemacie organizacyjnym strukturę organizacyjną Szpitala.
5. **Kierownikowi komórki organizacyjnej** - należy przez to rozumieć kierownika wyodrębnionej w schemacie organizacyjnym struktury organizacyjnej Szpitala.
6. **Dokumentacji medycznej** - należy przez to rozumieć określone w ustawie oraz przepisach odrębnych dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych.
7. **Instrukcji** - należy przez to rozumieć niniejszą Instrukcję postępowania z dokumentacją medyczną w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie.
8. **Polityce Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych** - należy przez to rozumieć przestrzeganie zasad bezpieczeństwa informacji, zbiór zasad i procedur obowiązujących przy zbieraniu, przetwarzaniu i wykorzystywaniu danych osobowych we wszystkich zbiorach.
9. **Za dane osobowe** – zgodnie z art. 6 ustawy o ochronie danych osobowych: „uważa się wszelkie informacje dotyczące osoby fizycznej, już zidentyfikowanej, lub możliwej do zidentyfikowania. Osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić pośrednio lub bezpośrednio, w szczególności przez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne”.
10. **Za dane osobowe "wrażliwe" (sensytywne)** – zgodnie z art. 23 ustawy o ochronie danych osobowych: „rozumie się dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz dane dotyczące skazań, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”.
11. **Bezpieczeństwo informacji** - to zachowanie poufności, integralności i dostępności informacji, gdzie:
 - a) **poufność** - jest zdefiniowana jako zapewnienie, że informacja jest dostępna jedynie osobom upoważnionym,
 - b) **integralność** - jest zdefiniowana jako zapewnienie dokładności i kompletności

informacji oraz metod jej przetwarzania,

- c) **dostępność** - jest zdefiniowana jako zapewnienie, że osoby upoważnione mają dostęp do informacji i związanych z nią aktywów wtedy, gdy jest to potrzebne.
12. **Osoba bliska**- małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

§ 4

Odpowiedzialność i uprawnienia

1. **Inspektor Ochrony Danych** - za nadzorowanie zgodności niniejszej procedury z przepisami o ochronie danych osobowych.
2. **Administrator Systemu Informatycznego** - za nadzorowanie działania systemów informatycznych, w których przetwarzane są dane medyczne.
3. **Ordynatorzy i Kierownicy komórek organizacyjnych** - za wdrożenie i nadzorowanie zasad stosowania niniejszej instrukcji w obrębie oddziału, komórki organizacyjnej.
4. **Sekretariaty medyczne** - za przestrzeganie zasad stosowania niniejszej instrukcji, udzielanie przystępnej informacji osobom zainteresowanym.
5. **Pracownicy medycznych komórek organizacyjnych / Pozostałe komórki organizacyjne** - za przestrzeganie zasad stosowania niniejszej instrukcji, udzielanie przystępnej informacji osobom zainteresowanym.
6. **Kierownik Działu Kontraktów Medycznych i Statystyk** - za wdrożenie i nadzorowanie zasad stosowania niniejszej instrukcji w obszarze komórki organizacyjnej Szpitala.
7. **Pracownicy Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki oraz Archiwum** - za:
 - a) przestrzeganie zasad stosowania niniejszej instrukcji,
 - b) udzielanie przystępnej informacji osobom zainteresowanym,
 - c) udostępnianie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami,
 - d) przygotowywanie kopii dokumentów i jej wydawanie oraz wysyłanie dokumentacji osobom uprawnionym, uprawnionym organom i podmiotom zgodnie z niniejszą instrukcją,
 - e) poświadczanie kopii "za zgodność z oryginałem" na podstawie udzielonych upoważnień
 - f) naliczanie opłat i pobieranie opłat w punktach poboru.

Rozdział II

Zasady ogólne postępowania z dokumentacją medyczną

§ 5

Dokumentacja medyczna

1. Dokumentacja medyczna jest szczególnym zbiorem danych osobowych. Informacje o stanie zdrowia zawarte w dokumentacji medycznej podlegają zaostrzonemu rygorowi ochrony prawnej, ponieważ zaliczane są do szczególnej kategorii danych osobowych zwanych danymi wrażliwymi. Ustawodawca zapewnia szczególną ochronę tych danych.
2. Szpital zapewnia ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów.
3. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez medyczne komórki organizacyjne Szpitala, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją", prowadzona jest w postaci papierowej i elektronicznej.

5. Dokumentacja medyczna, co do zasady prowadzona jest w postaci papierowej z tym, że w postaci elektronicznej prowadzona jest w zakresie:
 - a) plików diagnostycznych badań RTG i TK.,
 - b) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - c) ksiąg oddziałowych,
 - d) księgi zabiegów leczniczych,
 - e) księgi przyjęć poradni ambulatoryjnych w poradniach specjalistycznych.
6. Dopuszcza się prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w większym zakresie niż wymieniono w pkt. 5 jeśli wymagać tego będą obowiązujące przepisy prawa lub będzie to wynikało z potrzeby dostosowania systemów informatycznych Szpitala do zmieniających się przepisów prawa.

§ 6

Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej

1. Dokumentacja medyczna i szczegółowy zakres danych, które musi zawierać każdy rodzaj dokumentacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069 z późn.zm.), którego treść stanowi **załącznik nr 1** do niniejszej instrukcji.
2. W dokumentacji medycznej poza danymi wymienianymi w Rozporządzeniu powołanym w ust. 1 zamieszcza się ponadto:
 - 1) w historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Szpitala:
 - a) informację o ubezpieczeniu pacjenta,
 - b) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,
 - 2) w historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji:
 - a) plan postępowania diagnostycznego i terapeutycznego (uniwersalny plan opieki) sporządzany przy przyjęciu do Szpitala,
 - 3) w historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze Szpitala:
 - a) punktową wycenę wykonanych świadczeń zdrowotnych według zasad określonych przez płatnika w postaci karty rozliczeń JGP,
 - b) wnioski i zalecenia końcowe w tym wskazówki dla lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem oraz niezbędne informacje dla pacjenta i/lub rodziny potrzebne do zrozumienia dalszego przebiegu leczenia i przystosowania do czynności ułatwiających życie codzienne.
 - 4) w Karcie informacyjnej:
 - a) wszystkie ważne informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji, w szczególności dane na temat: powikłań, zdarzeń niepożądanych (odległyny, reoperacje), zastosowanego przymusu bezpośredniego, zakażeń wewnątrzszpitalnych/ wystąpienia patogenów alarmowych, zalecenia dietetyczne.
3. W skład historii choroby wchodzi, m.in.:
 - 1) formularz historii choroby,
 - 2) karta medycznych czynności ratunkowych – w sytuacji przywiezienia pacjenta przez pogotowie ratunkowe,
 - 3) karta segregacji medycznej,
 - 4) plan leczenia,
 - 5) historia pielęgnowania, tj. historia pielęgnowania ogólna – zakładana we wszystkich oddziałach z wyjątkiem niżej wymienionych, dla których określone są odrębne wzory:
 - a) historia pielęgnowania w oddziale psychiatrycznym,
 - b) plan opieki pielęgniarstwa - oddział neonatologiczny,
 - c) karta procesu pielęgnacyjnego po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim – oddział położniczo – ginekologiczny,
 - d) indywidualna karta procesu pielęgnacyjnego w OIT,

- e) historia pielęgnowania dziecka – oddział pediatriczny,
 - f) historia pielęgnowania w SOR,
 - g) historia pielęgnowania w Stacji Dializ,
 - 6) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
 - 7) karty obserwacji,
 - 8) indywidualna karta zleceń lekarskich,
 - 9) karta gorączkowa,
 - 10) JGP- karta rozliczeniowa,
 - 11) oryginały wyników badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby, ułożone w chronologicznej kolejności wg daty,
 - 12) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby,
 - 13) karta zastosowania przymusu bezpośredniego (jeśli przymus zastosowano),
 - 14) karta oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 15) karta przebiegu znieczulenia - jeżeli było wykonywane,
 - 16) protokół z przebiegu zabiegu lub operacji (jeżeli były wykonane) - sporządzone bezpośrednio po zakończeniu zabiegu lub operacji,
 - 17) oświadczenia, wchodzące w skład historii choroby, zgodne z aktualnymi zarządzeniami Dyrektora Szpitala,
 - 18) świadome zgody pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego, czynności diagnostycznych podwyższonego ryzyka, wykonanie znieczulenia lub wykonanie przetoczenia krwi pobierane są na zasadach określonych w odrębnych standardach akredytacyjnych.
4. Ponadto, w skład historii choroby wchodzi, m.in:
- 1) adekwatnie do specyfiki oddziału:
 - a) Oddział Położniczo-Ginekologiczny: karta ciąży + wkładki, karty czynników ryzyka – przedporodowych / śródporodowych,
 - b) Oddział Neonatologiczny: badanie kliniczne noworodka, Oświadczenie- zgoda na karmienie/ dokarmianie dziecka,
 - c) Oddział Psychiatryczny: zawiadomienia, postanowienia sądu i inne - zgodnie ze specyfiką oddziału,
 - d) Oddział Chorób Płuc i Chemioterapii – karta wydania leku nr...20..., indywidualna karta leczenia chorego.
 - e) Oddział Rehabilitacji Ogólnej: karta rehabilitacyjna, karta badań zakresu ruchu, skale oceny, karta badania i terapii neurologopedycznej, karta przeprowadzonych procedur-terapia logopedyczna, zajęciowa, psychologiczna,
 - f) Ośrodek Rehabilitacji Diennej Ogólnoustrojowej – karta rehabilitacji,
 - g) Ośrodek Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej – karta rehabilitacji,
 - h) Ośrodek Rehabilitacji dziennej po zawale mięśnia sercowego w ramach KOS-zawał – Karta rehabilitacyjna KOS, karta dietetyczna.
 - 2) wg potrzeb i wskazań klinicznych, w szczególności:
 - a) karta wywiadu z pacjentem przed podaniem środka kontrastowego – (wypełniana na podstawie obowiązującego standardu postępowania),
 - b) przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna (dla chorych kwalifikowanych do zabiegu operacyjnego),
 - c) okołooperacyjna karta kontrolna,
 - d) karty kwalifikacji/żywienia pozajelitowego lub dojelitowego (jeżeli są wymagane),
 - e) ocena ryzyka związanego ze stanem odżywiania (NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002),
 - f) skala ciężkości zatrucia (poinsonning severity score) – PSS –(zakładana wszystkim pacjentom hospitalizowanym z powodu zatrucia w oddziałach chorób wewnętrznych, dziecięcym, OIT oraz SOR, wypełniana poprzez podkreślenie lub oznaczenie „ w kółko” tych objawów, które zidentyfikowano u danego pacjenta),
 - g) karta zgłoszenia nowotworu złośliwego - druk MZ/N-1a ,

- h) karta profilaktyki żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej skala Padewska lub model ryzyka Capriniego,
 - i) karta całościowej oceny geriatrycznej,
 - j) Skala VES-13¹
 - k) kserokopia karty DILO, (w przypadku rozliczenia hospitalizacji w ramach pakietu onkologicznego),
 - l) skala oceny bólu,
 - m) karta konsultacji psychologicznej,
 - n) protokół operacyjny.
5. W szpitalu prowadzi się następujące rodzaje:
- 1) Historii choroby:
 - a) Historia choroby ogólna- zakładana jest we wszystkich oddziałach, z wyjątkiem niżej wymienionych, dla których określone są odrębne wzory;
 - b) historia choroby ginekologiczna – oddział ginekologiczny,
 - c) historia przebiegu ciąży, porodu i porożu – oddział położniczy,
 - d) historia choroby - oddział neurologiczny,
 - e) historia choroby - oddział psychiatryczny,
 - f) historia choroby dziecka - zakładana każdemu dziecku w wieku do 18 roku życia przyjmowanemu do szpitala, niezależnie od rodzaju oddziału,
 - g) historia rozwoju noworodka,
 - h) historia choroby SOR.
6. Kartę informacyjną na czas/okres nieobecności kierownika/ordynatora oddziału podpisuje:
- a) zastępca ordynatora,
 - b) wyznaczony lekarz, w przypadku nieobecności zastępcy ordynatora/ kierownika oddziału,
 - c) lekarz dyżurujący na oddziale.

§ 7

Zasady kompletowania historii choroby

- 1. Przez pojęcie „kompletowanie dokumentacji medycznej” należy rozumieć uzupełnianie, dopinanie, dołączanie, dodawanie, dokładanie do historii choroby pojedynczych dokumentów medycznych w całość informacji o przebiegu leczenia pacjenta w szpitalu/poradni stanowiącej dowód o kompleksowym leczeniu pacjenta.
- 2. Historię choroby i jej zawartość stanowią wszystkie dokumenty wytworzone w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny.
- 3. Zakończoną i podpisaną historię choroby należy przedłożyć do oceny, akceptacji oraz do podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem/ordynatorowi a historii pielęgnowania pielęgniarkę koordynującą.
- 4. Ordynator oddziału/pielęgniarka koordynująca zatwierdza prawidłowo zakończoną historię choroby/ historię pielęgnowania, podpisując ją wraz z jej opieczetowaniem.
- 5. Zasady wypełniania i gromadzenia zawartości historii choroby oraz obowiązki wynikające z realizacji punktów, o których mowa powyżej określa standard nr 3/ORG „Zawartość i wypełnianie historii choroby w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie” stanowiący **załącznik nr 3** do niniejszej instrukcji.
- 6. Mechanizmy sprawdzania kompletności historii choroby przez pracowników szpitala określa standard nr 4/ORG stanowiący **załącznik nr 4** do niniejszej instrukcji.
- 7. W Szpitalu wdrożono mechanizmy zapewniające regularną ocenę zawartości, kompletności, autoryzacji dokumentacji medycznej oraz oceny merytoryczno-medycznej. Powołano zespół do spraw dokumentacji medycznej. Do zadań zespołu należy:
 - 1. Opracowanie, wdrażanie oraz aktualizowanie wzorów formularzy dokumentacji medycznej zgodnie z wymaganiami prawnymi.
 - 2. Podejmowanie działań zmierzających do uproszczenia oraz unifikacji dokumentacji medycznej z uwzględnieniem oczekiwań użytkowników oraz

wymagań określonych w obowiązujących aktach prawnych.

3. Systematyczne monitorowanie prawidłowości prowadzenia wewnętrznej dokumentacji medycznej lekarskiej i pielęgniarzkiej, analiza pod względem zawartości, kompletności autoryzacji.
4. Analiza danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zabezpieczenia, obiegu, przechowywania oraz udostępniania osobom uprawnionym.
5. Okresowe przeglądy dokumentacji nie rzadziej niż raz na 6 m.cy w zakresie od 0,5 1% całej dokumentacji i analiza, wnioski, przedstawienie wyników Komitetowi ds. jakości.
6. Szkolenie personelu w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

§ 8

Zasady zabezpieczenia dokumentacji medycznej w formie papierowej

1. Dostęp do dokumentacji medycznej posiada personel medyczny w pełnym zakresie i niemedyczny z zastrzeżeniem, iż zakres czynności określa wykonywanie zadań związanych z przetwarzaniem informacji medycznej.
2. Dostęp do pomieszczeń, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna posiada upoważniony personel.
3. Dokumentacja medyczna jest zabezpieczana i odpowiedzialny za nią jest w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych personel medyczny.
4. W historii choroby umieszcza się oryginały wytworzonych w szpitalu pojedynczych dokumentów medycznych, a dokumenty medyczne błędnie wytworzone podlegają niezwłocznemu zniszczeniu przez osobę, która je wytworzyła.
5. Mechanizmy zabezpieczenia dokumentacji (informacji) medycznej w formie papierowej przed zaginięciem, sfałszowaniem i dostępem osób nieupoważnionych określa Standard nr 17/ORG stanowiący **załącznik nr 5** do niniejszej instrukcji.

§ 9

Szczegółne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

1. Szpital zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
2. Dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci elektronicznej, w systemie teleinformatycznym zapewniającym zabezpieczenie jej przed uszkodzeniem lub utratą:
 - 1) wykonywane są nadmiarowe i całościowe kopie zapasowe danych z systemów informatycznych, w których przetwarzana jest elektroniczna dokumentacja medyczna,
 - 2) stosowana jest ochrona antywirusowa serwerów i komputerów, w których przetwarzana jest elektroniczna dokumentacja medyczna,
 - 3) stosowane jest zabezpieczenie przed awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej.
3. W celu zachowania integralności i wiarygodności dokumentacji przy jej prowadzeniu należy na bieżąco dokonywać wpisów do dokumentacji, stosować wytyczne producenta oprogramowania w zakresie jego obsługi oraz dokonywać bieżących kontroli działania systemów informatycznych.
4. Stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych odbywa się poprzez zastosowanie zintegrowanego systemu informatycznego, w którym przetwarzana jest elektroniczna dokumentacja medyczna.
5. Identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji zapewniana jest

poprzez przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z wymaganiami w tym zakresie.

6. W Szpitalu opracowano procedury wewnętrzne w postaci Polityki Ochrony Danych Osobowych oraz procedur Zintegrowanego Systemu, w których określono szczegółowe zasady dotyczące zabezpieczenia i przetwarzania danych osobowych w tym danych osobowych wrażliwych zarówno w wersji papierowej jak i elektronicznej.

§ 10

Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

1. Przejście na prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej będzie następowało stopniowo.
2. Wersja elektroniczna dokumentacji medycznej docelowo zastąpi wersję papierową dokumentacji.
3. Elektroniczna dokumentacja medyczna przetwarzana jest w zintegrowanym systemie informatycznym działającym w Szpitalu.
4. Dane rejestrowane są w systemie informatycznym poprzez interfejs użytkownika zgodnie z wytycznymi producenta oprogramowania.
5. Formularze bieżącej dokumentacji medycznej są opracowywane w formie wzorców elektronicznych gotowych do uzupełnienia w systemie informatycznym.
6. Opracowanie wzorców dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej dokonywane jest w Dziale Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji Szpitala pod nadzorem Kierownika Działu we współpracy z pracownikiem Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki odpowiedzialnego za dokumentację medyczną, pod nadzorem Kierownika Działu.
7. Zaakceptowane wzorce elektroniczne formularzy dokumentacji medycznej będą udostępnione użytkownikom systemów informatycznych posiadającym dostęp do systemów informatycznych, którzy przetwarzają dane medyczne w postaci elektronicznej.
8. Akceptacja projektów wzorców dokonywana jest przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Z-cę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości.
9. Wszystkie przygotowane wzorce elektroniczne będą posiadały możliwość ich wydruku w formie papierowej.
10. Dostosowanie systemów informatycznych do prowadzenia z ich wykorzystaniem elektronicznej następować będzie stopniowo w latach 2018-2021.
11. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej autoryzowana jest certyfikatem kwalifikowanym lub niekwalifikowanym w celu zapewnienia identyfikacji osoby dokonującej wpisów do dokumentacji oraz identyfikacji osoby dokonującej zatwierdzenia dokumentacji.
12. Na potrzeby prowadzenia elektronicznej wewnętrznej dokumentacji medycznej przyjmuje się do stosowania w celu jej autoryzacji certyfikaty niekwalifikowane.
13. Udostępnienie na zewnątrz Szpitala dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej następuje po opatrzeniu jej uprzednio certyfikatem kwalifikowanym.
14. Nośnik informatyczny, na którym wydawana jest dokumentacja medyczna powinien być oznaczony opisem zawierającym informacje o jego zawartości, oraz pełną nazwą Szpitala.
15. W przypadku braku możliwości autoryzacji elektronicznej dokumentacji medycznej podpisem kwalifikowanym dokumentacja powinna zostać wydrukowana i opatrzona podpisem odręcznym
16. Zapisy elektroniczne m.in. obrazy diagnostyczne badań obrazowych, stanowiące fragment dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej są wydawane na nośniku informatycznym oznaczanym na części zewnętrznej wpisem za zgodność z oryginałem.

17. Przyjmuje się, że docelowo udostępnienie dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, autoryzowanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym następowało będzie poprzez regionalny system informacji medycznej.
18. Dokumentacja medyczna opracowana w postaci elektronicznej posiadać będzie właściwy format i strukturę pozwalające na jej wymianę poprzez regionalny system informacji medycznej oraz zapewnienie interoperacyjności systemu informatycznego stosowanego w Szpitalu.

§ 11

Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

1. Wprowadza się następujące procedury zabezpieczenia dokumentacji i systemów jej przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania:
 - 1) Dostęp do dokumentacji elektronicznej posiadają jedynie osoby uprawnione posiadające indywidualny identyfikator oraz hasło do systemu informatycznego, w którym przetwarzana jest elektroniczna dokumentacja medyczna.
 - 2) Nadzór nad dostępem oraz przestrzeganiem zasad dostępu do systemu informatycznego sprawuje Administrator Systemu Informatycznego.
 - 3) Szczegółowe zasady zabezpieczenia dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej i systemów jej przetwarzania, procedury dostępu, przechowywania oraz zasady archiwizacji baz danych określają następujące akty wewnętrzne:
 - a) Polityka Ochrony Danych Osobowych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie,
 - b) Procedury i Instrukcje Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
2. Bieżące kontrolowanie funkcjonowania wszystkich sposobów zabezpieczania polega w szczególności na:
 - a) przeprowadzaniu kontroli systemów informatycznych oraz okresowej kontroli sprawności kopii zapasowych,
 - b) przeprowadzaniu audytów bezpieczeństwa informacji,
 - c) przeprowadzaniu przeglądów technicznych serwerów i komputerów, w których przetwarzana jest elektroniczna dokumentacja medyczna.
3. Dokonuje się okresowej, jednak dokonywanej nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, oceny skuteczności sposobów bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich sposobów zabezpieczania dokumentacji i systemów jej przetwarzania.
4. Określa się przygotowanie i realizację planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji, w sposób następujący:
 - 1) Elektroniczna dokumentacja medyczna utrwalona na nośniku informatycznym przechowywana jest w formie integralnej zawierającej całość historii medycznej pacjenta.
 - 2) Jeżeli okres trwałości zapisu na stosowanym nośniku informatycznym określony przez producenta tego nośnika, jest krótszy od wymaganego okresu przechowywania dokumentacji, wówczas utrwalona na nośniku dokumentacja medyczna przenoszona jest na inny nośnik danych przed upływem gwarantowanego przez producenta okresu zapisu.
 - 3) Zapis na nośnikach informatycznych, z których dokonano przeniesienia danych zostanie zmodyfikowany w sposób uniemożliwiający odczyt danych z nośnika.

Rozdział III

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 12

Udostępnianie

1. Szpital określa zasady udostępniania dokumentacji medycznej wewnątrz i na zewnątrz Szpitala oraz sposób dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej, poza godzinami pracy archiwum, w szczególności w przypadku powtórnej hospitalizacji.
2. W Szpitalu opracowano:
 - 1) Standard nr 18/ORG „Udostępnianie dokumentacji medycznej i/lub informacji o stanie zdrowia pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie”, stanowiącą **załącznik nr 6** do niniejszej Instrukcji, w którym szczegółowo opisano wszelkie możliwe procedury udostępniania dokumentacji medycznej.
3. Personel medyczny ma możliwość uzyskać archiwalną dokumentację medyczną w czasie nieprzekraczającym 1 godziny.
4. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
 - 3) upoważnionym organom.
5. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.
6. Upoważniona przez pacjenta osoba ma prawo dostępu do jego dokumentacji medycznej w zakresie złożonego upoważnienia.
7. Dokumentacja medyczna może być udostępniana także osobą i podmiotą prawnym, o których mowa w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku., art. 26, pkt 3-5*.
8. Pacjent może złożyć pisemne oświadczenie o odwołaniu upoważnienia osoby bliskiej do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych i / lub do uzyskania dokumentacji medycznej .
9. Pracownik Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki, w każdym przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 8, wykonuje następujące czynności:
 - 1) oryginał zamieszcza w Rejestrze oświadczeń o odwołanych upoważnieniach,
 - 2) kopię dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta wskazanej w oświadczeniu,
 - 3) informację o złożeniu oświadczenia zamieszcza w systemie elektronicznym w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta wraz z określeniem jego zakresu i daty złożenia.

§ 13

Zasady udostępniania

1. Dokumentację medyczną udostępnia się na podstawie przepisów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r., poz. 2069), **stanowiącym zał. nr 1** do niniejszej instrukcji oraz w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1318 z późn.zm), **stanowiącą załącznik nr 2** do niniejszej instrukcji.
2. Dostęp do dokumentacji pacjenta aktualnie leczonego w szpitalu/poradni umożliwia lekarz (na podstawie pisemnej lub ustnej prośby pacjenta lub osoby upoważnionej).

- Wgląd do dokumentacji medycznej indywidualnej pacjent uzyskuje w obecności lekarza.
3. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana na wniosek pacjenta lub osoby upoważnionej, jedynie w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
 4. Wyniki badań, z pracowni diagnostycznych, wykonane w trakcie hospitalizacji pacjenta nie mogą być udostępniane pacjentowi przez pracownię, gdyż stanowią one integralną część historii choroby i mogą być udostępniane wraz z nią.
 5. Udostępnienie dokumentacji medycznej bieżącej i archiwalnej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku pacjentowi lub jego przedstawicielowi lub osobie upoważnionej odbywa się na podstawie pisemnego wniosku złożonego na dzienniku podawczym lub w komórce udostępniającej dokumentację medyczną. Każdą stronę udostępnianej dokumentacji, potwierdza się za zgodność z oryginałem i opatruje datą oraz podpisem.
 6. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zawiera w szczególności:
 - 1) dane identyfikacyjne podmiotu,
 - 2) rodzaj wnioskowanej dokumentacji medycznej,
 - 3) nazwę komórki organizacyjnej, w której dokumentacja została wytworzona,
 - 4) dane identyfikacyjne pacjenta, którego dokumentacja dotyczy,
 - 5) okres udzielenia świadczenia,
 - 6) informacje, który raz z kolei, dokumentacja medyczna w danej formie i zakresie jest udostępniana,
 - 7) dane identyfikacyjne i podpis wnioskodawcy (osoby upoważnionej) oraz datę złożenia wniosku,
 - 8) potwierdzenie odbioru kopii dokumentacji – datę oraz podpis wnioskodawcy (osoby upoważnionej) i osoby wydającej dokumentację.
 7. Trudność w wypełnieniu wniosku przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej nie może być przyczyną odmowy udostępnienia dokumentacji. W każdym przypadku osoba przyjmująca wniosek winna jest udzielić pomocy w/w osobom w zakresie wypełnienia wniosku.
 8. Oryginał dokumentacji medycznej udostępnia się na podstawie pokwitowania odbioru oryginału z zastrzeżeniem jego zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli żąda uprawniony organ lub podmiot.
 9. W przypadkach uzasadnionych, gdy zachodzi potrzeba wydania oryginału dokumentacji medycznej, w szpitalu należy bezwzględnie pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji tożsamy z wydanym oryginałem dokumentacji medycznej.
 10. Przy osobistym przekazywaniu oryginałów dokumentacji medycznej, uprawnionym organom zobowiązuje się pracowników do pobrania potwierdzenia odbioru dokumentacji wraz z informacją o liczbie przekazanych stron. Obowiązek ten, winien dopełnić każdy pracownik Szpitala w każdym przypadku wydawania oryginału dokumentacji medycznej przez 24 godziny/dobę. W dni powszednie dokumentację wydaje pracownik administracji, a w dni powszednie w godzinach popołudniowych oraz sobotę, niedzielę i święta lekarz dyżurny oddziału, w którym przebywa pacjent.
 11. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej, zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
 - 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w §12 ust.7 także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną,

- 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.
12. Udostępnianie dokumentacji wewnątrz Szpitala uprawnionym pracownikom szpitala dokumentacji niezbędnej do kontynuacji leczenia pacjenta lub do celów kontroli odbywa się:
 - a) na podstawie rejestru udostępniania dokumentacji prowadzonego w sekretariacie oddziału,
 - b) na podstawie karty udostępnienia dokumentacji medycznej z Archiwum, w której zamieszczany jest – jeśli jest niezbędny - wykaz dokumentów do udostępnienia.

§ 14

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, tj. na miejscu w Szpitalu w obecności:
 - a) lekarza prowadzącego albo lekarza odpowiedniej specjalności,
 - b) pracownika Archiwum,
 - c) lub innego upoważnionego pracownika Szpitala,
 - z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - 2) przez sporządzenie jej:
 - a) wyciągu, tj. skrótego dokumentu zawierającego wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej
 - b) odpisu, tj. dokumentu wytworzonego przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem,
 - c) kopii – dokumentu wytworzonego przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu),
 - d) wydruku.
 - 3) 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,
 - 4) na informatycznym nośniku danych.
2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

§ 15

Zasady odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Szpital nie pobiera opłaty:

- 1) Za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu (art. 28 ust. 2a. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.)
- 2) Od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i KRUS, na podstawie Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 300 z późn. zm.).
- 3) Wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
- 4) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

5) Agencji Badań Medycznych.

2. Szpital pobiera opłatę:

- 1) Za ponownie udostępnienie dokumentacji medycznej, w danym zakresie i w danej formie, od wnioskodawcy tj. pacjent jego przedstawiciel ustawowy lub osoby przez niego upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej.
- 2) Za pierwszorazowe i kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej, po śmierci pacjenta, od jego przedstawiciela ustawowego lub od osoby przez niego upoważnionej do uzyskania dokumentacji medycznej oraz od osoby bliskiej.
- 3) Od uprawnionych organów- na podstawie aktualnych przepisów prawa.
3. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
4. Maksymalna wysokość opłat wynosi:
 - 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust.3,
 - 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust.3,
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust.3,
5. Wysokość opłat, o których mowa w pkt.2-4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
6. Dział Kontraktów Medycznych i Statystyki odpowiedzialny jest za bieżącą aktualizację cennika opłat i podawanie go do wiadomości pracowników, interesantów w sposób zwyczajowo przyjęty w Szpitalu oraz zamieszczenie informacji na stronie internetowej www.szpital-chrzanow.pl.

Rozdział IV

Przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej z uwzględnieniem praw pacjenta

§ 16

Prawa pacjenta do informacji

Zgodnie z art. 9 i 10 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
„Prawa pacjenta do informacji:

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

6. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie.
9. W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciela ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne.

§ 17

Prawa pacjenta do tajemnicy informacji

Zgodnie z art. 13 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Zgodnie z art. 14 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
- 2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.
- 2b. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 3, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b.
4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

5. Przed wyrażeniem sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu.
6. W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1360, z późn. zm.1), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b.
7. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, o której mowa w ust. 4, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
8. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 6 albo 7, sąd bada:
 - 1) interes uczestników postępowania;
 - 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
 - 3) wolę zmarłego pacjenta;
 - 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

§ 18

Prawa pacjenta do dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 23 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej:

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej Instrukcji oraz w przepisach odrębnych.

Rozdział V

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 19

Miejsce i czas przechowywania dokumentacji medycznej

1. Bieżąca dokumentacja medyczna przechowywana jest w wyznaczonych i zamkniętych:
 - 1) pomieszczeniach rejestracji i szafach kartotecznych -w układzie chronologicznym,
 - 2) pomieszczeniach, szafach i szufladach innych komórek organizacyjnych - w układzie chronologicznym,
 - 3) gabinetach lekarskich,
 - 4) punktach pielęgniarских,
 - 5) gabinetach zabiegowych.
2. Pomieszczenia, szafy i szuflady, w których przechowywana jest dokumentacja medyczna zamykane są na klucz, w każdym przypadku opuszczenia pomieszczenia przez personel medyczny.
3. Każda komórka organizacyjna wytwarzająca dokumentację medyczną przechowuje dokumentację medyczną w sposób zapewniający jej poufność, ochronę przed

- zgubieniem, zniszczeniem, zabezpieczając ją przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przestrzegając czasu ich przechowywania.
4. Zakończona dokumentacja indywidualna i zbiorcza wewnętrzna przechowywana jest w pomieszczeniach Archiwum.
 5. Przekazywanie dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej do Archiwum następuje na podstawie Regulaminu archiwum zakładowego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
 6. Archiwum przechowuje dokumentację medyczną w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczający przed dostępem osób nieupoważnionych, zagubieniem, zniszczeniem oraz w sposób umożliwiający jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
 7. Dokumentacja indywidualna przechowywana w pomieszczeniach Archiwum ewidencjonowana jest w następujący sposób:
 - 1) historie choroby - według numeru książki głównej przyjęć i wypisów szpitala do 31.12.2015r., od 1 stycznia 2016r. według numeru książki oddziałowej,
 - 2) historie zdrowia i choroby - w układzie rocznym, alfabetycznym,
 - 3) inna dokumentacja - w układzie rocznym, tematycznym.
 8. Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej 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) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - 3) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat,
 - 4) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - 5) 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 niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba, że pacjent odebrał skierowanie.
 9. Po upływie okresów wymienionych w ust. 8 dokumentacja medyczna zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
 10. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
 11. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej utrwalana jest w systemie informatycznym z zachowaniem jej integralności i wiarygodności.
 12. Zbiór danych zawierający elektroniczną dokumentację medyczną zlokalizowany jest w pomieszczeniu serwerowni oraz w postaci kopii zapasowych na zewnętrznych nośnikach informatycznych w pomieszczeniu Archiwum w pawilonie T w zamkniętym sejfie.
 13. Utrwalenie dokumentacji medycznej w systemie informatycznym zapewnia możliwość weryfikacji danych identyfikujących osobę dokonującą wpisu oraz możliwość odczytania wszystkich informacji zawartych w tej dokumentacji aż do zakończenia okresu przechowywania dokumentacji.
 14. W zakresie przetwarzania i przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej stosuje się obowiązujące przepisy prawa w tym przepisy, wynikające z ustawy o ochronie danych osobowych.

Rozdział VI

Zasady bezpieczeństwa dotyczące informacji medycznej

§ 20

Zasady ogólne

1. Zasada legalności przetwarzania, tj. przetwarzanie danych w sposób zgodny z prawem.
2. Zasada związania celem przetwarzania danych osobowych, tj. zbieranie danych dla oznaczonych, zgodnych z prawem celów i zakazem poddawania dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami).
3. Zasada merytorycznej poprawności i adekwatności przetwarzania danych osobowych, tj. adekwatność danych w stosunku do celu ich przetwarzania, określenie w jakim celu, w jakim zakresie i przez kogo dane będą przetwarzane.
4. Zasada ograniczenia czasu przetwarzania danych osobowych, tj. przechowywanie danych nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celów, moment osiągnięcia celu obejmuje także czas archiwizacji, niejednokrotnie bowiem zaprzestanie "operacyjnego" przetwarzania danych nie wyczerpuje celu przetwarzania.
5. Zasada przywilejów koniecznych, tj. każdy użytkownik czynności systemów informatycznych, posiada prawa ograniczone wyłącznie do tych, które są konieczne do wykonywania powierzonych mu zadań.
6. Zasada wiedzy koniecznej, tj. poszczególni pracownicy posiadają wiedzę o systemie informatycznym, ale ograniczoną wyłącznie do zagadnień, które są konieczne do realizacji powierzonych im zadań.
7. Zasada pracy zbiorowej, tj. wszyscy użytkownicy są świadomi o konieczności ochrony wykorzystywanych zasobów.
8. Zasada indywidualnej odpowiedzialności, tj. za utrzymanie właściwego poziomu bezpieczeństwa odpowiadają konkretne osoby, które mają świadomość tego, za co odpowiadają i jakie grożą im konsekwencje, jeżeli zaniedbają swoje obowiązki.
9. Zasada obecności koniecznej, tj. prawo do przebywania w określonych pomieszczeniach obszaru mają wyłącznie osoby, które są do tego upoważnione.

§ 21

Obowiązki pracowników

Wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie bez względu na formę zatrudnienia, rodzaj wykonywanej pracy, wymiar czasu oraz zajmowane stanowisko:

1. Zobowiązuje się do noszenia identyfikatorów,
2. Zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych,
3. Zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy sposoby zabezpieczenia danych osobowych,
4. Zobowiązuje się do przestrzegania przepisów i regulacji wiążących się z Polityką Ochrony Danych Osobowych Szpitala, w szczególności z ochroną danych osobowych danych wrażliwych) oraz innych danych krytycznych dla funkcjonowania Szpitala, a w szczególności do:
 - 1) zachowania w tajemnicy posiadanych haseł i kont w systemach informatycznych Szpitala,
 - 2) zmiany haseł do posiadanych kont co najmniej raz na 30 dni,
 - 3) wykorzystywania posiadanych oraz udostępnionych kont użytkownika wyłącznie do zadań służbowych,
 - 4) do niezwłocznego wylogowywania się po zakończeniu pracy,
 - 5) nieinstalowania samodzielnie, bez zgody administratorów systemu informatycznego Szpitala oprogramowania systemowego, podsystemów i aplikacji (programów),
 - 6) nieuruchamiania aplikacji (programów), które mogą zakłócić i destabilizować

pracę systemu informatycznego Szpitala, bądź naruszyć prywatność danych w nim zgromadzonych,

- 7) niedostępniania osobom trzecim informacji na temat struktury informatycznej SI Szpitala w tym adresacji sieci, struktur aplikacji, baz danych itp.),
- 8) zamykania drzwi i okien, w momencie opuszczania pomieszczeń,
- 9) stosowania Polityki "czystego biurka i czystego ekranu":
 - a) tam gdzie jest to właściwe, dokumenty papierowe i nośniki komputerowe, kiedy nie są używane, powinny być przechowywane w odpowiednich, zamkniętych szafach lub innego rodzaju zabezpieczonych meblach, szczególnie poza godzinami pracy,
 - b) tam, gdzie jest to właściwe, komputery osobiste i stacje robocze nie powinny być pozostawiane bez nadzoru w stanie zarejestrowania do sieci, a jeśli nie są używane, to powinny być chronione za pomocą zamków na klucz, haseł lub innych środków zabezpieczenia,
 - c) punkty wysyłania i odbierania poczty oraz urządzenia faksowe pozostające bez nadzoru powinny być chronione,
 - d) fotokopiarki powinny być zablokowane lub w inny sposób chronione przed nieuprawnionym użyciem) poza normalnymi godzinami pracy,
 - e) wydruki zawierające informacje wrażliwe lub klasyfikowane powinny zostać niezwłocznie zabrane z drukarki,
- 10) Fizycznej ochrony sprzętu komputerowego przed kradzieżą, zniszczeniem lub niewłaściwym użytkowaniem.

5. Zabrania się:

- 1) wynoszenia mienia - sprzęt, informacje i oprogramowanie nie powinno być wynoszone poza siedzibę Szpitala bez zezwolenia. Tam, gdzie jest to właściwe i konieczne, zabranie sprzętu i jego zwrot są rejestrowane. Rejestr prowadzi Administrator Systemu Informatycznego,
- 2) otwierania plików znajdujących się na nośnikach niepewnego lub nieautoryzowanego pochodzenia, oraz plików otrzymanych przez sieć, do których nie można mieć zaufania,
- 3) działań mogących narazić na negatywny wizerunek Szpitala. Poczta elektroniczna powinna być używana wyłącznie do celów służbowych,
- 4) w obszarach pomieszczeniach) gdzie przetwarzane są dane osobowe, przebywania osób nieupoważnionych. Osoby nieupoważnione mogą przebywać tylko w obecności użytkowników,
- 5) demontować komputerów oraz dokonywać jakichkolwiek zmian komponentów sprzętu komputerowego.

Rozdział VII

Postępowanie w sytuacji naruszenia ochrony danych

§ 22

Określenie postępowania

Postępowanie w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych określa szczegółowo Polityka Ochrony Danych Osobowych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie oraz procedura PI 5 Zarządzanie incydentami Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

§ 23

Zdarzenia naruszające ochronę

Opis zdarzeń naruszających ochronę danych osobowych:

1. Przypadki zakwalifikowane jako naruszenie lub uzasadnione podejrzenie naruszenia zabezpieczenia systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe:
 - 1) sytuacje losowe lub nieprzewidziane oddziaływanie czynników zewnętrznych na zasoby systemu, jak np.: wybuch gazu, pożar, zalanie pomieszczeń, katastrofa budowlana, napad, działania terrorystyczne, niepożądana ingerencja ekipy remontowej, itp.;
 - 2) niewłaściwe parametry środowiska, jak np. nadmierna wilgotność lub wysoka temperatura, oddziaływanie silnego pola elektromagnetycznego, wstrząsy lub wibracje pochodzące od urządzeń przemysłowych,
 - 3) awaria sprzętu lub oprogramowania, które wyraźnie wskazują na umyślne działanie w kierunku naruszenia ochrony danych lub wręcz sabotaż, a także niewłaściwe działanie serwisu, a w tym fakt pozostawienia serwisantów bez nadzoru,
 - 4) pojawienie się odpowiedniego komunikatu alarmowego od tej części systemu, która zapewnia ochronę zasobów lub inny komunikat o podobnym znaczeniu,
 - 5) pogorszenie się jakości danych w systemie lub inne odstępstwo od stanu oczekiwanego wskazujące na zakłócenie systemu lub inną nadzwyczajną i niepożądaną modyfikację w systemie,
 - 6) wystąpienie naruszenia lub próby naruszenia integralności systemu lub bazy danych w tym systemie,
 - 7) stwierdzenie próby lub modyfikacji danych lub zmiany w strukturze danych bez odpowiedniego upoważnienia autoryzacji),
 - 8) wystąpienie niedopuszczalnej manipulacji danymi osobowymi w systemie,
 - 9) ujawnienie osobom nieupoważnionym danych osobowych lub objętych tajemnicą procedury ochrony przetwarzania albo innych strzeżonych elementów systemu zabezpieczeń, np. login użytkownika i jego hasło,
 - 10) wykrycie pracy w systemie lub jego sieci komputerowej wykazującej nieprzypadkowe odstępstwa od założonego rytmu pracy wskazujące na przełamanie lub zaniechanie ochrony danych osobowych - np. praca przy komputerze lub w sieci osoby, która nie jest formalnie dopuszczona do jego obsługi, sygnał o uporczywym nieautoryzowanym logowaniu, itp.,
 - 11) ujawnienie istnienia nieautoryzowanych kont dostępu do danych lub tzw. "bocznej furtki", itp.,
 - 12) podmiana, lub zniszczenie nośników z danymi osobowymi bez odpowiedniego upoważnienia lub w inny niedozwolony sposób skasowanie lub skopiowanie danych osobowych,
 - 13) rażące naruszenie dyscypliny pracy w zakresie przestrzegania procedur bezpieczeństwa informacji nie wylogowanie się przed opuszczeniem stanowiska pracy, pozostawienie danych osobowych w drukarce, na ksero, nie zamknięcie pomieszczenia z komputerem, prace na danych osobowych w celach prywatnych, itp.).
2. Za naruszenie ochrony uważa się również stwierdzone nieprawidłowości w zakresie bezpieczeństwa miejsc przechowywania danych osobowych (otwarte szafy, biurka, regały, urządzenia archiwalne i inne) na nośnikach tradycyjnych, tj. na papierze (wydrukach), kliszy, folii, zdjęciach, dyskietkach w formie niezabezpieczonej, itp.

§ 24

Sposoby naruszenia bezpieczeństwa

Sposoby naruszania bezpieczeństwa to:

1. osłabienie odporności systemu zabezpieczeń, a w szczególności tworzenie potencjalnych zagrożeń dla systemu np. niezamykanie pomieszczeń i/lub sejfów, pozostawianie dokumentacji i/lub dostępu do aplikacji na opuszczonym stanowisku pracy albo wnoszenie dokumentacji poza chronioną strefę, samowolna instalacja niedozwolonych programów i/lub sprzętu na lokalnych stanowiskach pracy, itp.),
2. nieuprawnione "przeglądanie", sporządzanie notatek, wyciągów, raportów, kopii, itp.,
3. zmiana zawartości zgromadzonych danych naruszająca ich integralność i/lub wiarygodność,
4. usunięcie części danych lub ich uszkodzenie,
5. fizycznie zniszczenie zasobów, kradzież sprzętu i/lub oprogramowania,
6. przekazywanie zgromadzonych danych osobom nieuprawnionym do ich posiadania.

§ 25

Tryb postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych

1. W przypadku stwierdzenia naruszenia każda osoba zatrudniona przy przetwarzaniu danych osobowych jest obowiązana niezwłocznie powiadomić o tym fakcie bezpośredniego przełożonego i Inspektora Ochrony Danych.
2. Szczegółowy tryb postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych został określony w Polityce Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych oraz w procedurze PI 5 Zarządzanie incydentami Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Rozdział VIII

Postanowienia końcowe

§ 26

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Instrukcją stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Instrukcja wchodzi w życie z dniem wejścia w życie Zarządzenia Dyrektora w sprawie prowadzenia, zabezpieczania i udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie.