
MEDICAL MAESTRO

M A G A Z I N E

ZARZĄDZANIE MARKETING MEDYCyna PRAWO PSYCHOLOGIA PASJE

4

Vol. 4/2014
s./p. (445-592)

DWUMIESIĘCZNIK
BIMONTHLY

Cena: 26,00 zł
(w tym 8% VAT)



Dlaczego trzeba mieć zgodę na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta

Aktualnie w obowiązujących przepisach brakuje jednoznacznej definicji legalnej dokumentacji medycznej. Pośrednio jej treść możemy wyinterpretować z obowiązujących norm prawnych.

Pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej, mieści się ono w prawie do informacji o jego stanie zdrowia¹. Zgodnie z treścią art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta², pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, zaś dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych. Jest ono nierozdzielnie związane z prawem pacjenta do informacji wynikającym z art. 9³ cytowanej ustawy.

Generalnie obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczy trzech grup podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych: podmiotów leczniczych, praktyk lekarzy i lekarzy dentyistów, a także praktyk pielęgniarek i położnych⁴. W przypadku podmiotów leczniczych brakuje odpowiedniej regulacji w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. W tej sytuacji obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wywieść można z ogólnej regulacji zawartej w art. 24⁶ ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷.

Zgodnie z treścią art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty⁸ i art. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁹, lekarz, pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, a sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Niezależnie od istnienia podstawy szczegółowej wszystkie podmioty zobowiązane są prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną zgodnie z regułami określonymi w rozdziale 7 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dodatkowo w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁰, dokumentację medyczną podzielono — ze względu na podmioty, których dotyczy — na dokumentację indywidualną i zbiorczą. W zależności od celu jej wykorzystania dokumentację indywidualną podzielono na wewnętrzną i zewnętrzną. Podmioty lecznicze zobowiązane są do prowadzenia dokumentacji zbiorczej oraz indywidualnej, natomiast lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne udzielające świadczeń w ramach indywidualnej praktyki prowadzą jedynie indywidualną dokumentację medyczną¹¹.

Artykuł 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie zawiera żadnych ograniczeń co do

zakresu udostępniania dokumentacji medycznej. Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹², określa jedynie sposób jej udostępniania. Pacjent ma prawo do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (w szczególności: historia zdrowia i choroby) i zewnętrznej (skierowania do szpitala, na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego), która go dotyczy. Ma także prawo do udostępnienia mu dokumentacji medycznej zbiorczej (ksiąg przyjęć i wypisów, raportów lekarskich, raportów pielęgniarskich, zabiegów, pracowni diagnostycznej, bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej itp., rejestrów, formularzy, kartotek), prowadzonej przez zakłady w zakresie dotyczącym jego osoby, a w razie odmowy uznania tego uprawnienia przez zakład, pacjent może zaskarżyć czynność zakładu do sądu administracyjnego¹³.

Mimo iż dokumentacja indywidualna dotyczy konkretnego pacjenta, jej właścicielem i zarazem autorem jest podmiot udzielający świadczeń. Wobec powyższego pacjent nie ma podstawy do żądania wydania mu oryginałów dokumentacji medycznej w sytuacji zaprzestania korzystania przez pacjenta z usług danego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych¹⁴. Należy wyraźnie podkreślić, że uprawnienie zakładu do przetwarzania danych osobowych byłych pacjentów wynika wprost z art. 18 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, natomiast odwołanie się do przepisów rozporządzenia jest zasadne tylko o tyle, że potwierdzają one zastosowaną przez organ wykładnię przepisów tej ustawy¹⁵.

Aktualnie dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie pisemnej bądź w formie elektronicznej. Obowiązek jej prowadzenia w formie elektronicznej będzie najprawdopodobniej obowiązywał od 1 sierpnia 2017 r. Zmiana ta wynika z art. 1 ustawy z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, która po podpisaniu przez Prezydenta, wejdzie w życie w dniu 31 lipca 2014 r. W treści aktualnie funkcjonujących w obrocie prawnym przepisów obowiązek jej prowadzenia w formie elektronicznej będzie obowiązywał od 1 sierpnia 2014 r. Zmiana ta wynika z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁶, który w tym terminie wejdzie w życie.

Podstawowe zasady określające sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w formie pisemnej zawarte zostały w § 4-8 rozporządzenia. Wpisy w dokumentacji winny być dokonywane chronologicznie, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego wraz z oznaczeniem osoby, która go dokonuje. Termin „niezwłocznie” oznacza w tym przypadku tyle, co w najkrótszym możliwym terminie, bez zbędnej i nieusprawiedliwionej szczególnymi okolicznościami zwłoki¹⁷.

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu powinno zawierać dane wskazane w § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia, samo podpisanie wpisu jest zatem niewystarczające. Dokumentacja powinna być prowadzona w sposób czytelny i zrozumiały. Zgodnie z treścią § 7 ust. 1 rozporządzenia nazwa oraz numer statystyczny choroby, problemu zdrowotnego lub urazu należy wpisać zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Raz dokonanego wpisu nie wolno usunąć z dokumentacji medycznej. Zgodnie z treścią § 4 ust. 3 rozporządzenia w sytuacji stwierdzenia błędu w zapisie, należy umieścić w dokumentacji odpowiednią adnotację wyjaśniającą przyczynę błędu wraz z podaniem daty oraz oznaczenia osoby dokonującej adnotacji.

Zgodnie z treścią zawartą w art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Osoba upoważniona przez pacjenta zachowuje prawo do wglądu do dokumentacji również po śmierci pacjenta na podstawie zgody udzielonej za życia pacjenta. Opiekunowi faktycznemu pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego uprawnienie do dostępu do dokumentacji nie przysługuje, o ile osoba taka nie została prawidłowo upoważniona przez uprawnioną osobę — przedstawiciela ustawowego¹⁸. Ustawodawca nie przewiduje formy upoważnienia, co oznacza, że może ono być zarówno pisemne, jak i ustne, np. z adnotacją w dokumentacji medycznej czy w innym piśmie, jest to więc tylko kwestia dowodowa.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami udostępnienie dokumentacji medycznej następuje poprzez: 1) umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych; 2) sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii; 3) wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Wybór sposobu, w jaki dokumentacja ma być udostępniona, należy do pacjenta i powinno się udostępnić mu ją bez zbędnej zwłoki.

Natomiast warto zaznaczyć, iż na podstawie § 8 pkt 2 w zw. z § 2 ust. 3 rozporządzenia, upoważnienie przez pacjenta osoby trzeciej do wglądu do dokumentacji medycznej, nie pozbawia jego samego możliwości osobistego korzystania z uprawnienia dostępu do dokumentacji. Upoważnienie zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej — w historii choroby lub historii zdrowia i choroby¹⁹.

Osobą upoważnioną może, ale nie musi być, osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nieuprawnione jest zatem domniemanie, iż prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje jakiejś konkretnej grupie osób, np. rodzinie.

W art. 23 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wymieniono enumeratywnie katalog innych podmiotów, którym przysługuje ustawowe prawo dostępu do dokumentacji medycznej. W art. 27 ustawy o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewidziano trzy sposoby, za pomocą których podmioty uprawnione mogą uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej. Formę udostępnienia dokumentacji pacjent lub osoba upoważniona mogą wybrać dowolnie. Podobnie ustawodawca nie przewidział żadnych ograniczeń co do ilości dokumentów, których pacjent może żądać, w szczególności może on domagać się całej historii choroby. Art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nadaje podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych i prowadzącemu dokumentację uprawnienie do pobierania opłaty za sporządzenie wyciągów odpisów lub kopii dokumentacji. Maksymalna wysokość takiej opłaty została określona w art. 28 ust. 4 pkt. 1-3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Na kanwie obecnie obowiązujących regulacji prawnych wyróżnia się zatem dwa rodzaje upoważnień, które stanowią realizację dwóch odrębnych praw z zakresu praw pacjenta.:

1. Upoważnienie do dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta.

2. Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta udzielone osobie trzeciej jest nadal skuteczne po śmierci pacjenta. Osoba upoważniona za życia będzie nadal legitymować się prawem dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Należy zwrócić uwagę, iż upoważnienie udzielone w danym zakładzie opieki zdrowotnej nie ma zastosowania u innego świadczeniodawcy.

W razie pobrania przez pacjenta oryginału dokumentacji medycznej na podstawie art. 27 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przejmuje on na siebie całkowitą odpowiedzialność za jej przechowanie i zwrot. W miejsce dokumentów wydanych pacjentowi pozostawiana jest wówczas czasowo ich kopia lub pełen odpis (§ 78 ust. 2 rozporządzenia).

Zgodnie z treścią § 75 rozporządzenia wyjątkiem jest sytuacja, gdy dokumentacja indywidualna wewnętrzna pacjenta przewidziana została do zniszczenia wskutek upływu terminu jej przechowywania. Wówczas, na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela lub osoby upoważnionej, oryginał dokumentacji może zostać wydany za pokwitowaniem bez obowiązku zwrotu.

W świetle orzecznictwa udostępnienie dokumentacji medycznej jest czynnością materialno-techniczną, do której nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Regulacja zawarta w § 78 ust. 1 rozporządzenia nakłada na podmiot prowadzący dokumentację medyczną obowiązek udostępnienia jej uprawnionym bez zbędnej zwłoki, czyli w najkrótszym możliwym terminie. W przypadku braku reakcji obowiązującego do udostępnienia dokumentacji, pacjent lub osoba przez niego upoważniona, mogą wnieść do sądu administracyjnego skargę na bezczynność²⁰.

W § 79 rozporządzenia uregulowano sytuację, w której udostępnienie dokumentacji medycznej jest niemożliwe. Podmiot obowiązany do jej udostępnienia powinien wówczas wydać pisemną odmowę wraz ze wskazaniem

przyczyny takiego stanu rzeczy. W takim wypadku skarga na bezczynność nie przysługuje.

Czasami się jednak zdarza, że zakłady lecznicze utrudniają lub odmawiają pacjentowi wglądu do dotyczącej go dokumentacji medycznej bądź dokonania z niej odpisów. Jest to wówczas naruszenie ustawy, która nakłada na zakłady obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej, a także zawartego w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej prawa dostępu obywatela do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych, chyba że ograniczenia wprowadziła ustawa (art. 51 § 1.)²¹. Jest to także sprzeczne z Europejską Konwencją Bioetyczną, która stanowi, że każdy ma prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia (art. 10). Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu w sprawie *McGinley and Egan v. United Kingdom* z 9 VI 1998 r., 27 EHRR 1 stwierdził, że władze publiczne są zobowiązane do utrzymywania stosownej procedury, w ramach której pacjent mógłby uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej, a w orzeczeniu w sprawie *Gaskin v. United Kingdom* z 7 VII 1989 r., 12 EHRR 36 powiedział, że odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta prowadzi do naruszenia prawa do życia prywatnego i rodzinnego (art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności)²². Odmowa narusza też prawo do sądu (art. 6 Konwencji), jeżeli brak dokumentacji to uniemożliwia lub utrudnia (orzecz. w sprawie *K.H. and Others v. Slovakia*, no. 32881/04 z 28 IV 2009 r.)²³.

Ze strony pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby upoważnionej, celem dostępu do dokumentacji medycznej jest zapoznanie się z informacjami o stanie zdrowia oraz udzielonymi pacjentowi świadczeniami zdrowotnymi, a także kontrola nad gromadzonymi danymi. Dokumentacja ma jednak także kluczowe znaczenie przy ewentualnych sporach pomiędzy pacjentem (osobą upoważnioną, osobami najbliższymi) a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych musi mieć całkowitą pewność, że dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej, a jako podmiot zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta nie może utrudniać w jakikolwiek sposób realizacji tych praw.

Okresy przechowywania dokumentacji medycznej są wspólne dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Archiwalna dokumentacja zakładu jest przechowywana przez 20 lat licząc od końca roku kalen-

darzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna pacjenta, w razie jego zgonu na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, jest przechowywana przez 30 lat, a zdjęcia rentgenowskie, skierowania na badania lub zlecania lekarza – przez 10 lat. Po upływie tych okresów jest ona niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Przedtem jednak powinien zostać o tym poinformowany pacjent lub osoby upoważnione przez niego do dostępu do dokumentacji.

PRZYPISY

1. Por. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, wyd. 2, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 378.
2. Tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 159.
3. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
4. J. Wiszniewska, *Piśmiennictwo: Praktyczne wyjaśnienia oraz wzory umów i pism*, LexisNexis, Warszawa 2001-2014.
5. Tekst jednolity Dz. U. 2013 r. poz. 217.
6. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
7. Tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 159.
8. Tekst jednolity Dz. U. 2011 r. nr 277 poz. 1634.
9. Dz. U. 2011 r. nr 174 poz. 1039.
10. Tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 177.
11. J. Wiszniewska, dz. cyt.
12. Dz. U. nr 252, poz. 1697.
13. Por. M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, [w:] „Prawo i Medycyna”, 2012, nr 46, s. 9.
14. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 kwietnia 2006 r., II SA/Wa 183/2006, LexPolonica nr 404840.
15. Tamże.
16. Dz. U. 2011 r. nr 113 poz. 657.
17. J. Wiszniewska, dz. cyt.
18. Tamże.
19. Tamże.
20. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10 <http://orzeczenia.nsa.gov.pl> [dostęp 06.07.2014]
21. Por. M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 9.
22. Por. M. Śliwka, *Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, TNOiK, Toruń 2011, s. 264-265; I. Kennedy, A. Grubb, *Medical Law*, Butterworths, Londyn 2000, s. 1019-1020.
23. Por. M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 9.

adw. Katarzyna Goluśńska – specjalista z zakresu praw człowieka oraz prowadzenia sporów sądowych. Dziedziny prawa, którymi przede wszystkim się zajmuje, to szeroko pojęte prawo gospodarcze, prawo cywilne ze szczególnym uwzględnieniem prawa rodzinnego, a także prawo pracy, prawo medyczne oraz prawo obrotu nieruchomościami i prawo spółdzielcze. Mediator przy Naczelnej Radzie Adwokackiej. Asystent w Wyższej Szkole Logistyki w Poznaniu. Współwłaściciel kancelarii Degórski Goluśńska i Partnerzy.



www.dgip.pl
www.centrummediacji.nra.pl



fot. archiwum prywatne

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta

PESELnr i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania

.....

Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie w oraz na wykonywanie towarzyszących leczeniu świadczeń medycznych, m.in. badań lekarskich, diagnostycznych, badań histopatologicznych, czynności zapobiegawczych, oraz które zostaną uznane za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia.

.....

(podpis pacjenta)

.....

(podpis lekarza)

Ja niżej podpisany/a:

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych następujące osoby: (imię, nazwisko, dane umożliwiające kontakt)

.....

.....

Brak wskazania upoważnionej osoby poczytuje się za zakaz udzielania informacji komukolwiek, nawet członkom najbliższej rodziny.

Upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej następujące osoby: (imię, nazwisko, dane umożliwiające kontakt)

.....

.....

Brak wskazania upoważnionej osoby poczytuje się za zakaz udostępniania dokumentacji medycznej komukolwiek, nawet członkom najbliższej rodziny.

Na podstawie art. 24 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku z p. zm., informujemy, że: Administratorem Danych Osobowych jest

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane przetwarzane są z zachowaniem tajemnicy lekarskiej w zbiorze danych medycznych pacjentów w celu

.....

..... oraz udostępniane są organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

.....

(podpis pacjenta)

UWAGA!

Dodatkowej zgody pacjenta między innymi wymaga:

znieczulenie pacjenta, transfuzja krwi i środków krwiopochodnych, badanie nad dziedziczną predyspozycją do chorób nowotworowych, badanie diagnostyczne z podaniem środka cieniującego, eksperymentalna metoda leczenia lub diagnostyki dla celów naukowych.

Pacjent ma prawo: dostępu do swoich danych, prawo ich poprawienia oraz kontroli przetwarzanych danych osobowych (art. 32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych).