

OBJAŚNIENIA PRAWNE

z dnia 20 lutego 2019 r.

wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta

w oparciu o art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców

UDOSTĘPNIANIE, PROWADZENIE I PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ – ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE



Rzecznik Praw Pacjenta

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	5
I. OPŁATY ZWIĄZANE Z UDOSTĘPNIANIEM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ..	7
1. OPŁATA ZA UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONEJ „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”	7
2. POBIERANIE OPŁAT ZWIĄZANYCH Z PRZYGOTOWANIEM LUB WYSYŁKĄ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	8
3. WPROWADZENIE OBOWIĄZKU UISZCZENIA OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZED JEJ WYDANIEM.....	9
II. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.....	10
1. FORMY WNIOSKÓW O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	10
2. WYDAWANIE WYNIKÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH.....	10
3. UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ BEZ ZBĘDNEJ ZWŁOKI	12
4. UDOSTĘPNIANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.....	12
5. ZGODA KIERUJĄCEGO PODMIOTEM UDZIELAJĄCYM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	13
6. CEL UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	14
7. SKUTECZNOŚĆ UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZŁOŻONEGO W INNYM PODMIOCIE UDZIELAJĄCYM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	14
8. WYMÓG PRZEDSTAWIENIA UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ JEDYNIEM W FORMIE PISEMNEJ.....	15
9. WYMÓG PRZEDSTAWIENIA UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONEGO URZĘDOWO LUB NOTARIALNIE.....	16
10. OGRANICZENIE MOŻLIWOŚCI ZŁOŻENIA WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO OKREŚLONYCH GODZIN.....	16
III. PROWADZENIE I PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ....	17
1. OBOWIĄZEK NALEŻYTEGO PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: OCHRONA PRZED ZNISZCZENIEM I DOSTĘPEM OSÓB NIEUPRAWNIONYCH.....	17
2. OBOWIĄZEK NALEŻYTEGO PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: CZYTELNOŚĆ WPISÓW, SKREŚLENIA, CHRONOLOGIA	18
3. POSTĘPOWANIE Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ W PRZYPADKU LIKWIDACJI LUB ZMIANY MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY	19
IV. INNE ISTOTNE KWESTIE ZWIĄZANE Z UDOSTĘPNIANIEM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	20
1. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA	20

WSTĘP

Nieodłącznym elementem wykonywanej działalności leczniczej jest prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej. Te kwestie regulują przepisy dotyczące prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, zawarte w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dokumentacja medyczna powinna w sposób określony przepisami prawa obrazować proces leczenia pacjenta. Z uwagi na charakter danych, które zawiera, podlega ona szczególnej ochronie, w tym zabezpieczeniu przed dostępem podmiotów nieuprawnionych. Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej w formach przewidzianych ww. ustawą. Może do tego upoważnić także inne osoby.

Chociaż te zagadnienia są regulowane przepisami prawa, doświadczenia Rzecznika Praw Pacjenta wskazują na problemy placówek medycznych w ich interpretacji i stosowaniu w określonych obszarach.

Jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania naruszeniom praw pacjenta jest wdrażanie właściwych rozwiązań służących realizacji poszczególnych przepisów, w szczególności regulujących uprawnienia pacjentów. W tym zakresie niezwykle istotne jest wsparcie placówek medycznych. Podmioty te powinny posiadać kompleksową wiedzę dotyczącą prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, przede wszystkim przy wprowadzaniu określonych rozwiązań organizacyjnych, a także w kontekście konsekwencji płynących z naruszania zbiorowych praw pacjentów.

Dlatego Rzecznik Praw Pacjenta, kierując się art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców z urzędu wydał niniejsze objaśnienia prawne. Ich celem jest dążenie do zapewnienia jednolitego stosowania przepisów dotyczących praw pacjentów do dokumentacji medycznej. Praktyczne zastosowanie objaśnień prawnych ma za zadanie usunięcie wątpliwości interpretacyjnych lub innych trudności w stosowaniu przepisów a w konsekwencji poprawę przestrzegania prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Adresatami objaśnień prawnych, w rozumieniu przytoczonego przepisu, nie są wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie jednak przedstawiają one właściwe sposoby przestrzegania zbiorowych praw pacjentów, które powinny uwzględnić wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Objaśnienia prawne koncentrują się na zagadnieniach praktycznych związanych z prowadzeniem, przechowywaniem i udostępnieniem dokumentacji medycznej w placówkach

medycznych, w zakresie których Rzecznik Praw Pacjenta najczęściej identyfikował nieprawidłowości. Podstawą opracowania objaśnień prawnych jest przede wszystkim orzecznictwo sądów administracyjnych, zapadłe na tle prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Dokument będzie podlegał stosownym zmianom lub uzupełnieniom, w miarę dokonywanych nowelizacji przepisów prawa lub pojawiania się nowych orzeczeń sądowych.

OPLĄTY ZWIĄZANE Z UDOSTĘPNIANIEM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1.

Oplata za udostępnienie kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej „za zgodność z oryginałem”

Oplata za udostępnienie kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej „za zgodność z oryginałem” nie może przewyższać maksymalnej kwoty ustalonej na podstawie art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.).

Maksymalne kwoty, jakie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobrać za udostępnienie dokumentacji medycznej, w zależności od formy udostępnienia wybranej przez pacjenta, zostały określone w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i są one powiązane z wartością przeciętnego wynagrodzenia, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Zdarza się, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych pobierają dodatkowe opłaty za uwierzytelnienie kopii dokumentacji medycznej. Jest to działanie pozbawione podstawy prawnej. Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia¹: „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie reguluje kwestii poświadczenia za zgodność z oryginałem, które może dotyczyć zarówno kopii, jak i odpisu. W związku z powyższym, kopię dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem nadal należy traktować jako kopię”.

W tym temacie wypowiedział się także Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 31 stycznia 2018 r. (sygn. akt VII SA/Wa 2720/17): „Poświadczenie za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej, nie zmienia jej charakteru, bowiem w świetle zapisów ustawy, może być ona traktowana wyłącznie jako kopia. W ustawie nie przewidziano bowiem kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (...) w konsekwencji skarżący nie był uprawniony do pobierania opłat wyższych niż maksymalna kwota określona w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy”.

¹ znak MZ-OZZ-024-31825-1/AWI/13 z dnia 17 maja 2013 r.

2.

Pobieranie opłat związanych z przygotowaniem lub wysyłką dokumentacji medycznej

Niedopuszczalne jest pobieranie dodatkowych opłat² za przygotowanie dokumentacji medycznej do udostępnienia, w tym do jej wysyłki.

Jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych pobiera opłatę za wysyłkę dokumentacji medycznej powinien tą opłatę odpowiednio obliczyć.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może do opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, ustalanych na podstawie ustawy, doliczać dodatkowych kosztów związanych na przykład z przygotowaniem dokumentacji do wysyłki lub za „czynności administracyjne”. Również w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej osobom upoważnionym przez pacjenta, w tym ubezpieczycielom, stawka maksymalna musi pozostać zachowana – bez doliczania dodatkowych kosztów.

Jeśli zaś chodzi o koszty wysyłki dokumentacji należy przytoczyć wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego (z dnia 4 grudnia 2018 r., sygn. akt. II OSK 3024/18): „Opłaty publiczne pobierane są zawsze w związku z określonym, konkretnym działaniem organów państwa (samorządu terytorialnego). Jeżeli opłata pobierana jest w wysokości usługi – może zawierać pewne cechy ceny, jeżeli zaś jest świadczeniem pobieranym w wysokości znacznie wyższej niż wartość faktycznie świadczonej usługi – nabywa cechy podatku (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 17 stycznia 2006 r. U6/04, DTK – A 2006/1/3). Wymaga to zachowania formy ustawowej regulacji. Ustalenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej może uwzględniać tylko wysokość kosztów poniesionych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Nie może zatem naruszać zasady ekwiwalentności. Pobieranie opłaty za przesyłkę dokumentacji medycznej pocztą nie może przekraczać poniesionej opłaty ustalonej przez operatora pocztowego. Pobieranie wyższej opłaty jest działaniem bezprawnym”.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mogą zatem pobierać opłaty za wysłanie dokumentacji medycznej, lecz naliczona kwota musi być zindywidualizowana oraz ekwiwalentna do poniesionych kosztów.

² tzw. „manipulacyjnych” lub za „czynności administracyjne”.

3.

Wprowadzenie obowiązku uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przed jej wydaniem

Wprowadzenie obowiązku uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przed jej wydaniem nie jest sprzeczne z prawami pacjenta.

Podmioty lecznicze mają prawo do udostępnienia dokumentacji dopiero po uzyskaniu płatności za tę czynność. W kwestii uzależnienia wydania dokumentacji medycznej od dokonania zapłaty wypowiedział się Naczelny Sąd Administracyjny (wyrok z dnia 10 kwietnia 2018 r., sygn. akt II OSK 3194/17). Zgodnie z orzeczeniem: „Wprowadzenie regulacji uzależniającej udostępnienie dokumentacji medycznej od uiszczenia opłaty przed wykonaniem czynności udostępnienia dokumentacji medycznej jest związana z ceną usługi, nie stanowi naruszenia praw pacjenta. Jest to związane z przyjęciem dopuszczalności obciążenia pacjentów kosztami tego rodzaju usługi (art. 28 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)”.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1.

Formy wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien umożliwić składanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej w każdej formie, nie tylko pisemnej, w tym również w formie ustnej bądź za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Niewątpliwie udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na żądanie osoby uprawnionej. Przepis ten nie wskazuje jednak, w jaki sposób pacjent, jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona mogą zwrócić się o udostępnienie tej dokumentacji. Może być to zatem jakakolwiek forma, w szczególności: pisemna, ustna bądź elektroniczna. Jak wskazał Naczelny Sąd Administracji w wyroku z dnia 4 grudnia 2018 r. (sygn. akt II OSK 3024/18): „wprowadzenie regulacji formy złożenia żądania udostępnienia dokumentacji medycznej stanowi naruszenie zbiorowych praw pacjenta. Wybór formy żądania, w tym podstawowej – formy ustnej – należy do pacjenta”.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może w swoich regulacjach wewnętrznych nakładać dodatkowych obowiązków na pacjenta niż te, które wynikają z przepisów prawa powszechnie obowiązującego; może natomiast wprowadzić np. pomocny pacjentom formularz o udostępnienie dokumentacji medycznej, jako ułatwienie wnioskowania o udostępnienie tej dokumentacji (jednak wypełnienie wniosku na wzorze przygotowanym przez podmiot nie może być obligatoryjne).

2.

Wydawanie wyników badań diagnostycznych

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może uzależniać udostępnienia pacjentowi wyników badań diagnostycznych, w tym wykonanych w ramach środków publicznych, od wcześniejszej wizyty u lekarza, który zlecił wykonanie tych badań.

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych może zaistnieć konieczność wykonania określonych badań diagnostycznych. Badanie może przeprowadzić np. podwykonawca,

z którym świadczeniodawca zawarł stosowną umowę w tym zakresie. W takim przypadku zastosowanie znajdzie § 9 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³, zgodnie z którym podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.

Wyniki badań stają się częścią dokumentacji medycznej i podlegają ogólnym zasadom jej udostępniania.

Rzecznik Praw Pacjenta spotkał się z praktykami polegającymi na tym, że pacjentowi odmawia się dostępu do wyników badań – mimo że są już w posiadaniu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – przed wizytą u lekarza, który zlecił ich wykonanie. Jakkolwiek słuszne jest przeanalizowanie wyników przez lekarza celem prawidłowej ich oceny i ustalenia ewentualnego dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego, to jednak pacjent ma prawo uzyskać dostęp do tej dokumentacji niezależnie od wizyty lekarskiej.

W omawianym zakresie wypowiedziała się również Dyrektor Departamentu Spraw Świadczeniobiorców Narodowego Funduszu Zdrowia⁴: „Z dyspozycji § 9 ust. 3⁵ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (...) wynika wprost, że podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji. Przywołany przepis zobowiązuje zatem podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który wykonuje badania, do przekazania wyników bezpośrednio podmiotowi zlecającemu. W świetle obowiązujących przepisów obieg wyników badań kończy się zatem na podmiocie, który zlecił wykonanie określonych badań”.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 14 września 2017 r. (sygn. akt: VII SA/Wa 1295/17), także wyjaśnił: „(...) osoba upoważniona przez pacjenta domagała się wydania jej wyników badań pacjentki w formie papierowej, czyli w jednej z form przewidzianych w art. 27 (...). Prawo o którym mowa w tym przepisie nie jest warunkowane żadnymi dodatkowymi przesłankami. Tymczasem z okoliczności faktycznych sprawy wynika, że skorzystanie z możliwości uzyskania odpisów albo kopii wyników badań zostało uzależnione od odbycia wizyty lekarskiej”.

³ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069

⁴ Pismo z dnia z dnia 12 lutego 2014 r., znak: NFZ/CF/DSS/2014/073/0010/W/04355/MAN

⁵ Poprzednio obowiązujące rozporządzenie – analizowana regulacja znajdowała się w § 9 ust. 3.

3.

Udostępnienie dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki.

Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, a więc możliwie jak najszybciej.

Powyższa kwestia została uregulowana w § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Postanowienia regulaminu wewnętrznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych określające termin udostępnienia dokumentacji medycznej np. „w terminie do 7 dni”, nie znajdują uzasadnienia w przepisach prawa, w tym w ustawie⁶ (tak: wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 1 września 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1189/14). Realizacja prawa do dostępu do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób pacjentom ograniczana, czy utrudniana przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Prawo to służy bowiem nie tylko ochronie zdrowia, ale nie rzadko decyduje o ochronie życia – nagła operacja, konieczność kontynuowania ściśle określonego leczenia, opisanego w dokumentacji medycznej (tak: wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 4 grudnia 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1666/15).

Również Naczelny Sąd Administracyjny (wyrok z dnia 4 grudnia 2018 r., sygn. akt. II OSK 3024/18) podkreślił, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązane są tak zorganizować praktykę, aby pacjent mógł otrzymać dokumentację medyczną bez zbędnej zwłoki. W przypadkach szczególnych, związanych z ochroną życia pacjenta, podmioty te powinny stworzyć możliwość udostępnienia dokumentacji bez ograniczenia czasowego. Pozbawienie takiej możliwości narusza prawa pacjenta.

4.

Udostępnianie oryginału dokumentacji medycznej

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do udostępnienia oryginału dokumentacji medycznej na żądanie uprawnionych do tego podmiotów. Pacjent, co do zasady, nie jest takim podmiotem. Obecnie, zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dokumentacja medyczna jest

⁶ Dopuszczalny zapis w regulaminie to np. „Dokumentacja medyczna jest udostępniana niezwłocznie (bez zbędnej zwłoki).

udostępniana 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. Zmiana przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obowiązująca od 11 maja 2017 r. wprowadziła ograniczenie w dostępie do oryginałów dokumentacji medycznej dla pozostałych podmiotów, niż wyżej wymienione, w tym dla pacjentów (możliwe jest to w sytuacji gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).

W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej uprawnionemu podmiotowi w formie oryginału, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych musi dokonać kserokopii lub odpisu dokumentacji medycznej (przed wydaniem oryginału), o czym stanowi § 78 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

5.

Zgoda kierującego podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych na udostępnienie dokumentacji medycznej

Udostępnienia dokumentacji medycznej nie można uzależniać od zgody kierującego podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych.

Zdarzają się przypadki, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych udostępnienie dokumentacji medycznej uzależniają od zgody kierującego tym podmiotem lub konkretnego lekarza. W tym kontekście należy podnieść, że udostępnienie dokumentacji medycznej nie może być uzależnione od decyzji osoby np. zarządzającej, gdyż uprawnienie do dostępu do dokumentacji medycznej płynie z mocy samego prawa. Z przepisów regulaminów wewnętrznych niektórych podmiotów wynika, że pracownicy muszą uzyskać zgodę na dokonanie czynności, która jest obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i prawem pacjenta. Zatem takie sformułowanie budzi wątpliwości w kontekście ograniczenia praw pacjenta do dokumentacji medycznej. Nie zawsze bowiem kierujący podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych może być dostępny na miejscu. Wpływa to na obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki. Oczywiście należy odmówić udostępnienia dokumentacji medycznej, jeśli ubiega się o to osoba nieuprawniona, jednak nie można uzależniać z góry wydania dokumentacji medycznej od zgody kierującego danym podmiotem.

6.

Cel udostępniania dokumentacji medycznej

Podmioty udostępniające dokumentację medyczną nie mogą żądać wskazania celu jej udostępnienia. Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie zobowiązują pacjenta do podania celu, dla którego ubiega się on o dostęp do dokumentacji medycznej. Nieprawidłową praktyką jest uzależnianie wydania dokumentacji od tego, czy pacjent wskaże, jaki jest cel jego wniosku – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany wydać dokumentację na mocy przepisów ww. ustawy i nie może regulować wskazanej kwestii w regulaminie organizacyjnym.

We wzorach wniosków o udostępnianie dokumentacji medycznej redagowanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (formularze „pomocnicze”, które pacjenci mogą wypełnić ubiegając się o dostęp do dokumentacji) nie może znajdować się rubryka dotycząca celu wnioskowania o dostęp do dokumentacji, nawet jeśli rubryka ta nie ma znaczenia dla samego udostępnienia dokumentacji.

7.

Skuteczność upoważnienia do dokumentacji medycznej złożonego w innym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązane udostępnić dokumentację medyczną osobie posiadającej upoważnienie od pacjenta złożone w innym podmiocie (jeżeli upoważnienie nie obejmuje jedynie konkretnego podmiotu, w którym zostało złożone).

Upoważnienie o charakterze ogólnym złożone przez pacjenta w jednym podmiocie upoważnia do dostępu do dokumentacji medycznej przechowywanej również w innym i powinno być respektowane. Taki pogląd został wyrażony również w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r. (sygn. akt II OSK 1539/13): „Ustawodawca w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta użył co prawda terminu <prawo wglądu w dokumentację medyczną>, w przypadku osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta, jednak zakładając racjonalność ustawodawcy nie sposób uznać, jak wywodzi Szpital, że jego celem było zawężenie uprawnień do udostępnienia dokumentacji jedynie do sytuacji śmierci pacjenta w tej konkretnej placówce medycznej, w której złożył stosowne oświadczenie. Takie ograniczenie uprawnień nie wynika bowiem wprost z żadnych przepisów prawa regulujących prawo dostępu do dokumentacji medycznej”.

Na marginesie należy wskazać, że przepisy prawa nie określają limitu osób, które pacjent może upoważnić do dostępu do jego dokumentacji medycznej.

8.

Wymóg przedstawienia upoważnienia do dokumentacji medycznej jedynie w formie pisemnej

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie mogą wymagać od pacjentów złożenia upoważnienia do dokumentacji medycznej dla innej osoby jedynie w formie pisemnej.

Stosownie do § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w dokumentacji medycznej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Prawodawca nie ograniczył możliwości przyjmowania upoważnień do dostępu dokumentacji medycznej jedynie w formie pisemnej. Jeżeli pacjent pisemnie upoważnił inne osoby do dostępu do jego dokumentacji medycznej takie oświadczenie należy dołączyć do jego dokumentacji. Pacjent może jednak złożyć ww. oświadczenie również ustnie – wtedy pracownik przyjmujący upoważnienie odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej.

Powyższe zauważył również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 1 września 2015 r. (sygn. alt VII SA/Wa 1189/14): „ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie uzależnia ważności lub skuteczności upoważnienia do dokumentacji medycznej od wymogu innej formy szczególnej, a nawet wymogu formy pisemnej. Oznacza to, że przedmiotowe upoważnienie może być udzielone nawet ustnie np. w obecności lekarza. Negowanie ważności pisemnego upoważnienia do dokumentacji medycznej i stawianie wymogu formy aktu notarialnego wbrew brzmieniu ustawy jest bezzasadne i niedopuszczalne”.

9.

Wymóg przedstawienia upoważnienia do dokumentacji medycznej potwierdzonego urzędowo lub notarialnie

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może żądać od osób upoważnionych przez pacjenta do dokumentacji medycznej, aby upoważnienie zostało potwierdzone urzędowo lub notarialnie.

Przepisy prawa nie określają szczególnych form upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej, zatem nie można żądać od osoby upoważnionej przedłożenia upoważnienia poświadczonego notarialnie lub urzędowo. Odnośnie wymogu notarialnego poświadczania podpisu wypowiedział się Wojewódzki Sąd Administracyjny w cytowanym wyżej (pkt 8) wyroku z dnia 1 września 2015 r., sygn. alt VII SA/Wa 1189/14.

10.

Ograniczenie możliwości złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej do określonych godzin

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie mogą ograniczać możliwości złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej do określonych godzin.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien umożliwić składanie wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej w każdym czasie swojego funkcjonowania, bez ograniczeń czasowych. Jeżeli podmiot prowadzi szpital i udziela świadczeń zdrowotnych całodobowo jest zobowiązany zorganizować pracę w ten sposób, aby umożliwić pacjentom składanie wniosków w każdym czasie. Naczelny Sąd Administracyjny (powoływany już wyrok z dnia 4 grudnia 2018 r., sygn. akt. II OSK 3024/18) wskazał, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązane są tak zorganizować praktykę, aby pacjent mógł otrzymać dokumentację medyczną bez zbędnej zwłoki. W przypadkach szczególnych, związanych z ochroną życia pacjenta, podmioty te powinny stworzyć możliwość udostępnienia dokumentacji bez ograniczenia czasowego. Pozbawienie takiej możliwości narusza prawa pacjenta.

Niezwłoczne udostępnianie dokumentacji medycznej dotyczy również pacjentów hospitalizowanych.

PROWADZENIE I PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1.

Obowiązek należytego przechowywania dokumentacji medycznej: ochrona przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek należyście prowadzić i przechowywać dokumentację medyczną. Istotne jest zatem prawidłowe zabezpieczenie dokumentacji medycznej przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych.

Rzecznik Praw Pacjenta zaobserwował bardzo niepokojące zdarzenia, tj.: przechowywanie dokumentacji medycznej w piwnicy, dostęp do dokumentacji osób nieuprawnionych (poprzez nieodpowiednie zabezpieczenie), zalanie dokumentacji wskutek nieprawidłowego przechowywania, zniszczenia dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami prawa. Obowiązek prawidłowego zabezpieczenia dokumentacji medycznej wynika również z § 74 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Na powyższą kwestię uwagę zwrócił Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 maja 2017 r. (sygn. akt VII SA/Wa 361/17): „Przechowywanie dokumentacji medycznej w pomieszczeniu z dojściem do maszynowni windy, do obsługi urządzeń wentylacyjnych i do skrzynki alarmowej (...) nie stanowi o zapewnieniu odpowiednich warunków zabezpieczających dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Konieczność konserwacji ww. urządzeń może spowodować, że dostęp do tej dokumentacji medycznej będą miały osoby wykonujące ww. czynności, a więc osoby nieupoważnione. W dodatku dokumentacja ta nadal jest narażona na zniszczenie, utratę lub uszkodzenie”.

Jak podniósł Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 kwietnia 2018 r. (sygn. akt II OSK 69/18): „Wykonanie tego obowiązku [z cytowanego wcześniej art. 24 ustawy –

przyp. RzPP] obciążającego podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych wymaga podjęcia działań zapewniających ochronę dokumentacji medycznej, przy czym przy jego wykonaniu obowiązany jest do dołożenia szczególnej staranności w tym i wystąpienia okoliczności utraty kontroli nad dokumentacją medyczną. Zaniechania działania, które obarczone jest cechą szczególnej staranności stanowi praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta. Od takiej oceny zaniechania naruszającego zbiorowe prawa pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może się uwolnić, gdy utrata dokumentacji medycznej następuje w wyniku zdarzeń, które rozsądnie przewidująca jednostka nie mogła przewidzieć (np. zdarzenie siły wyższej, kradzież). W razie gdy okoliczności utraty przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej można było przewidzieć, wynikały bowiem z okoliczności faktycznej w jakiej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ją wykonywał, nie można przyjąć, że nie było to bezprawne zaniechanie. (...) Brak zatem przez zaniechanie zabezpieczenia dokumentacji medycznej wypełnia przesłankę bezprawnego zaniechania naruszającego zbiorowe prawa pacjenta”.

2.

Obowiązek należytego prowadzenia dokumentacji medycznej: czytelność wpisów, skreślenia, chronologia

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych i osoby dokonujące wpisów w dokumentacji medycznej mają obowiązek prowadzić dokumentację medyczną czytelnie, w porządku chronologicznym i w sposób prawidłowy dokonywać ewentualnych skreśleń.

W zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej należy wskazać, że – zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, tj. należy oznaczyć osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych poprzez:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,

- d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,
- e) podpis;

Nie można usuwać treści zawartych w dokumentacji medycznej, a wszystkie skreślenia powinny być prawidłowo oznaczone.

Dokumentacja medyczna powinna zawierać wszystkie elementy, które określone zostały w ww. rozporządzeniu (w zależności od rodzaju wykonywanej działalności leczniczej).

3.

Postępowanie z dokumentacją medyczną w przypadku likwidacji lub zmiany miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do prawidłowego zabezpieczenia dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji lub zmiany miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych – np. wskutek wypowiedzenia umowy najmu przez wynajmującego.

W przypadku zmiany miejsca przechowywania dokumentacji medycznej podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych muszą należycie ją zabezpieczyć, tak samo, jak w przypadku likwidacji podmiotu (wtedy należy wskazać miejsce przechowywania dokumentacji i uchronić ją przed dostępem osób trzecich).

Kwestia zmiany miejsca przechowywania dokumentacji medycznej była również rozważana przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie (wyrok z dnia 10 maja 2017 r., sygn. akt VII SA/Wa 361/17): „Odbierając część historii choroby (...) zdawał sobie sprawę, że 3 kartony, które zabrał, nie zawierają całej dokumentacji medycznej jego pacjentów – prowadził przecież działalność leczniczą 7 lat (...) w dwóch lokalizacjach. Miał więc świadomość, że w lokalu znajdującym się w (...) pozostawia część dokumentacji medycznej swoich pacjentów. Dodatkowo miał świadomość, że jego działanie spowoduje brak możliwości dostępu do części dokumentacji medycznej pacjentów jego przychodni oraz że nie będzie miał możliwości jej zabezpieczenia a dostęp do niej będą mogły mieć osoby nieupoważnione. Brak odebrania całej dokumentacji, brak informacji, gdzie przedmiotowa dokumentacja się znajduje oraz w jaki sposób można uzyskać do niej dostęp, spowodował niemożność realizacji przez pacjentów ich prawa do dokumentacji medycznej”.

INNE ISTOTNE KWESTIE ZWIĄZANE Z UDOSTĘPNIANIEM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw⁷ wprowadzono istotne zmiany w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Dotąd taki dostęp przysługiwał wyłącznie osobie, która posiadała upoważnienie od tego pacjenta. Nowe rozwiązanie przyjmuje domniemanie zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej każdej osobie bliskiej zmarłego⁸.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może być udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także (po ww. zmianach) osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia (art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Sprzeciw pacjenta może być przełamany w dwóch sytuacjach, tzn.:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym decyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej). Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia.

Z kolei w razie sporu między osobami bliskimi (sprzeciw zgłoszony przez osobę bliską względem udostępnienia dokumentacji innej osobie bliskiej) wniosek do sądu (który również orzeka w postępowaniu nieprocesowym), może złożyć osoba bliska lub osoba wykonująca zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

⁷ Wejście w życie w dniu 9 lutego 2019 r.

⁸ Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).