

7 pytań o dokumentację medyczną

Na każdym podmiocie medycznym ciąży ustawowy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej. Nie ma znaczenia, czy jest nim prywatna, czy państwowa placówka medyczna, duży szpital, czy mały gabinet.

Dokumentacja medyczna to szczególny rodzaj dokumentu, który zawiera dane i informacje na temat stanu zdrowia pacjenta, udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, zastosowanych leków, itd. Powinna być ona chroniona i zabezpieczona przed nieuprawnionym dostępem osób trzecich, ponieważ zawiera tzw. dane wrażliwe, a więc dane osobowe, które dotyczą sfery prywatnej osób fizycznych, a do takich danych zaliczane są m.in. te, które dotyczą stanu zdrowia.

Ustawodawca skategoryzował rodzaje dokumentacji medycznych, dzieląc je na dokumentację indywidualną dotyczącą poszczególnych pacjentów oraz na dokumentację zbiorczą, która z kolei dotyczy ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów. Dodatkowo dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby podmiotu oraz zewnętrzną przeznaczoną na potrzeby pacjenta.

Powyższe kwestie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

1. Jak prawidłowo prowadzić dokumentację medyczną?

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w sposób dokładny i skrupulatny, a dane w niej zawarte powinny być zgodne ze stanem faktycznym, jaki obowiązywał w chwili jej sporządzania. Wpisu w dokumentacji powinno dokonywać się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Co ważne, dokumentacja powinna zostać opatrzona podpisem, czy to kwalifikowanym podpisem elektronicznym, czy podpisem własnoręcznym w przypadku dokumentacji w formie papierowej. Wpisy i zmiany wpisów muszą być opatrzone oznaczeniem osoby, która ich dokonała, natomiast wpis w dokumentacji papierowej nie może zostać z niej usunięty. Jeśli został dokonany błędnie, wówczas skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Ponadto strony dokumentacji powinny być na bieżąco numerowane tak, aby stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość.

2. Dokumentacja a tajemnica lekarska - jak to ugryźć?

Dokumentacja medyczna jest dokumentem nierozzerwalnie związanym z prawem pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych. Jak wynika bowiem z ustawy z 6 listopada 2008 r. 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. W celu realizacji tego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności informacje związane z jego stanem zdrowia. Od tej zasady istnieją wyjątki, jak np. sytuacje, kiedy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, czy też sytuacja, kiedy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy. Związanie tajemnicą trwa również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na jej ujawnienie wyrazi osoba bliska zmarłego i pod warunkiem, że jej ujawnieniu nie sprzeciwi się inna osoba bliska lub nie sprzeciwił się temu pacjent za życia.

3. Co po śmierci pacjenta?

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie, którą pacjent upoważnił za życia lub osobie, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja jest również udostępniana osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub pacjent za życia. W sytuacji, kiedy między osobami bliskimi zmarłego pojawi się spór właśnie w przedmiocie ujawnienia tajemnicy, zgodę na jej ujawnienie wyraża sąd. Zgoda jest wyrażana w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że jeśli osoba wykonująca zawód medyczny poweźmie wątpliwość, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską, może również wystąpić do sądu o rozstrzygnięcie w tym zakresie. Jak wynika z ustawy, za osobę bliską uważa się 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. Z kolei w sytuacji, kiedy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, również orzeka sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej. Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeśli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. W takich przypadkach sąd bada interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

4. Komu można udostępnić dokumentację medyczną?

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest jego prawo do dokumentacji medycznej. W celu realizacji tego prawa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewniać ochronę danych w niej zawartych. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta precyzyjnie wskazuje, że dokumentację – co do zasady – udostępnia się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta. Dodatkowo podmiot udzielający świadczeń medycznych udostępnia dokumentację medyczną, m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeśli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych; organom władzy publicznej, np. Rzecznikowi Praw Pacjenta czy Narodowemu Funduszowi Zdrowia; organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem; zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta; itd.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych lub w siedzibie podmiotu udzielającego takich świadczeń,

- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po ich wykorzystaniu,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

Pacjentowi lub innemu uprawnionemu podmiotowi powinna zostać zapewniona możliwość sporządzenia notatek lub zdjęć podczas przeglądania dokumentacji medycznej.

Ustawodawca wskazuje, że podmiot medyczny może pobierać opłatę za udostępnienie dokumentacji z wyjątkiem, kiedy pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu udostępnia się dokumentację po raz pierwszy w żądanym zakresie, jak również w związku z postępowaniami w sprawie świadczeń kompensacyjnych. Co do zasady, wysokość opłaty ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, przy czym ustawodawca wskazuje maksymalną opłatę za jedną stronę dokumentacji.

6. Jak długo należy przechowywać dokumentację medyczną?

Na podmiocie medycznym ciąży obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Ustawa dopuszcza pewne wyjątki w tym zakresie, kiedy to okres przechowywania zostaje

wydłużony do 30 lat w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia oraz w przypadku dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników. Z kolei dokumentacja dotycząca dzieci do ukończenia 2 roku życia jest przechowywana przez 22 lata. Zdjęcia rentgenowskie są przechowywane przez 10 lat, natomiast skierowania na badania odpowiednio 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego oraz 2 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie.

Po upływie ww. okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być również wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

7. Zamykam gabinet - co mam zrobić z dokumentacją medyczną?

W sytuacji, kiedy podmiot medyczny zaprzestaje wykonywania działalności leczniczej, wówczas przekazuje dokumentację podmiotom wskazanym w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa wskazuje po kolei wszystkie podmioty odpowiedzialne za przejęcie dokumentacji. Tak więc w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej przez dany podmiot, dokumentację medyczną przejmuje podmiot, który przejął jego zadania. W sytuacji braku takiego podmiotu, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada odpowiednio podmiot tworzący albo sprawujący nadzór; podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej; właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych albo Krajowa Izba Fizjoterapeutów – w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarzki lub położnej, albo fizjoterapeuty. W przypadku, gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.

Anna Madajczyk-Pietrzak

Dział Prawny Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Odpowiedzi zostały opracowane na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r.

