

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Realizacja tego prawa wiąże się – zarówno po stronie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak i lekarzy – z obowiązkiem odpowiedniego prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji. W czerwcowym numerze „Biuletynu WIL” przyjrzymy się kilku kwestiom dotyczącym powyższej problematyki.

Zakres prawa do dostępu do dokumentacji medycznej

Prawo to odnosi się do każdego rodzaju dokumentacji medycznej. Stanowi ją zarówno dokumentacja indywidualna (odnosząca się do poszczególnych pacjentów), jak i zbiorcza (odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych ich grup). Z kolei dokumentacja indywidualna dzieli się na wewnętrzną (przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń) oraz zewnętrzną (przeznaczoną na potrzeby pacjenta). Nieprawidłowe jest zatem twierdzenie, z którym zetknąłem się w praktyce, że pacjent ma prawo do dostępu jedynie do dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

Treść wpisów do dokumentacji medycznej

Szczegółowe wymogi dotyczące treści dokumentacji medycznej uzależnione są od typu podmiotu udzielającego świadczeń, typu pacjenta czy rodzaju udzielanych świadczeń – kwestie te reguluje dokładnie przywołane poniżej rozporządzenie. Jednakże każda indywidualna dokumentacja medyczna musi zawierać co najmniej:

1. Oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko i imię lub imiona, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego

Prawo w pigułce

PAWELCZYK
KANCELARIA RADCY PRAWNEGO

Bartosz Pawelczyk
radca prawny

e-mail: b.pawelczyk@kancelaria-pawelczyk.pl



Prowadzenie dokumentacji medycznej

tożsamość; w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię lub imiona przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania).

2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

- a) nazwę podmiotu (jestem zdania, że w przypadku prowadzenia działalności leczniczej przez osoby fizyczne w dokumentacji medycznej powinny zostać ujęte zarówno imiona i nazwiska tych osób, jak i nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego),

- b) adres podmiotu wraz z numerem telefonu,

- c) kod identyfikacyjny, zwany dalej kodem resortowym, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego) – należy tu podkreślić, że w dokumentacji medycznej powinny zostać wskazane wszystkie kody resortowe, o których mowa w punktach c, d oraz e,

- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego),

- e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej (obecnie już podmiotu leczniczego),

- f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską – w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej.

3. Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie (nazwi-

sko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

4. Informacje dotyczące stanu zdrowia oraz choroby i procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

5. Datę dokonania wpisu.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej

Poniżej przedstawiam wybrane regulacje prawne dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, moim zdaniem szczególnie warte podkreślenia z uwagi na spotykane w praktyce niedoskonałości w ich realizowaniu:

- Wpisów w dokumentacji medycznej należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

- Każdy wpis w dokumentacji należy opatrzyć oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

- Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

- Strony (a nie kartki!) w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

- Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta (zatem nie ma wymogu, aby na każdej stronie dokumentacji wpisywać PESEL pacjenta czy jego datę urodzenia).

- Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawione przez pacjenta dokumentacji lub od-

notowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

■ Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest udostępniać dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (na życzenie tych podmiotów). Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Poza zakresem niniejszego artykułu pozostawiam obowiązek udostępniania dokumentacji innym podmiotom niż wskazane powyżej (np. organom władzy publicznej) – w tym zakresie odsyłam do przywołanych poniżej aktów prawnych.

Dokumentacja medyczna winna być udostępniona bez zbędnej zwłoki. Udostępnienie powinno nastąpić – wedle treści żądania uprawnionej osoby:

- 1) do wglądu, w tym co do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii (za udostępnienie dokumentacji w ten sposób podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę),
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji (wówczas należy pozostawić w podmiocie kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji).

Dokumentacja medyczna powinna stanowić wierne odzwierciedlenie, wszystkich udzielonych pacjentom świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie jednak trzeba mieć świadomość, że wszystkie wpisy w dokumentacji medycznej mogą stanowić dowód w ewentualnych postępowaniach sądowych w przedmiocie odpowiedzialności prawnej.

Podstawa prawna:

■ art. 23–30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.);

■ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.).