

Prawo w pigułce

PAWELCZYK
KOZIKKANCELARIA
RADCÓW
PRAWNYCHKrzysztof Kozik
radca prawny

e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl

dr n. praw. Bartosz Pawelczyk
radca prawny

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



Ochrona informacji o pacjencie w gabinecie

Nowy rok wita nas istotnymi zmianami prawnymi związanymi z wejściem w życie tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego. Dokonuje się to za sprawą zmian w ustawach:

- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- o zawodach pielęgniarki i położnej,
- o konsultantach w ochronie zdrowia.

Gdy piszemy ten artykuł w drugiej połowie listopada, wciąż jeszcze jest bardzo dużo niewiadomych dotyczących konkretów, z jakimi te zmiany prawne będą się wiązać. Nie ma wciąż wszystkich przepisów wykonawczych, nie są w pełni przystosowane potrzebne systemy informatyczne, a na szkoleniach usłyszeć można zwykle informacje, że „prawdopodobnie” będzie tak a tak, ale czy „na pewno”, jeszcze nie wiadomo.

Mamy nadzieję, że w kolejnych numerach „Biuletynu Informacyjnego WIL” będziemy mogli przedstawić państwu szczegóły nowych regulacji i pomóc w ich wdrożeniu. Dziś pewne jest jednak to, że wprowadzane zmiany w istotny sposób wpłyną między innymi na terminy i sposoby raportowania do NFZ kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. W świetle nowych przepisów listy pacjentów oczekujących mają być prowadzone w postaci elektronicznej. Trzeba więc będzie w pewnym zakresie uwzględnić te zmiany również w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej. Wydaje się, że jest to dobra okazja do przypomnienia kilku kwestii związanych z prowadzeniem, przechowywaniem oraz udostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentowi i innym osobom. Tym bardziej że potrzeba zapewnienia ochrony informacji dotyczących pacjentów jest słusznie coraz silniej podkreślana.

Zasadnicze regulacje prawne w tym względzie zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 23 ust. 1 tej ustawy, pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu zaś realizacji tego prawa 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 (art. 24 ust. 1 ustawy).

Ochronę danych zawartych w dokumentacji rozpatrywać można na kilku płaszczyznach.

Po pierwsze, dokumentacja musi być przechowywana w miejscu gwarantującym jej bezpieczeństwo zarówno przed zniszczeniem, jak i przed dostępem osób niepowołanych. Jeśli jest prowadzona w wersji papierowej – powinna przede wszystkim znajdować się w pomieszczeniu zamykanym na klucz, do którego nie mają swobodnego dostępu pacjenci czy inne osoby odwiedzające gabinet. To jednak zwykle okazuje się niewystarczające do pełnej ochrony. Jeśli bowiem dokumentacja przechowywana byłaby na przykład w zamykanym gabinecie lub pomieszczeniu socjalnym, ale na wierzchu lub w otwieranych bez klucza szafach, wówczas dostęp do niej mogłyby mieć np. osoby sprząające, niebędące personelem medycznym, które absolutnie takiego dostępu mieć nie mogą. Zaleca się więc, aby dokumentacja była przechowywana w szafach czy kartotekach zamykanych na klucz, a więc w miejscach dostępnych wyłącznie dla upoważnionego personelu medycznego.

Po drugie, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest uprawniony do

udostępniania dokumentacji medycznej wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 przywołanej ustawy) i wyłącznie w formach i sposobach określonych w przepisach prawa. Mianowicie, jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Bardzo dużą nieprawidłowość stanowi zarówno odmowa wydania pacjentowi (lub innej upoważnionej osobie) dokumentacji medycznej, gdy ta ma do tego prawo, jak i wydanie dokumentacji osobie nieuprawnionej. Choć lekarze co do zasady znają wymienione regulacje prawne, to z doświadczenia wiemy, że w sytuacjach stresowych, gdy rozszczeniowy pacjent żąda niezwłocznego wydania dokumentacji, a bywa nawet, iż się awanturuje, straszy policją czy sądami, zdarzają się w tej sferze poważne błędy.

Poniżej podajemy przykłady oraz praktyczne wskazówki:

a) pacjent zażądał od ortopedy natychmiastowego wydania kopii dokumentacji medycznej. Na polecenie lekarza rejestratorka poszła zrobić ksero dokumentacji do publicznego punktu ksero. Okazało się później, że urządzenie do kserowania było wyposażone w funkcję skanera i zapamiętywania obrazów. Pracownik punktu usługowego wykorzystał i upublicznił treść kserowanej dokumentacji. Zdecydowanie za-



tem odradzamy wykonywanie kopii dokumentacji medycznej w publicznych punktach obsługi. Powinna być ona kopiowana we własnym zakresie, aby wyeliminować ryzyko zaistnienia podobnych sytuacji;

b) absolutnie niedopuszczalne jest, aby dokumentacja papierowa była pozostawiana „na chwilę” w ogólnodostępnym miejscu, np. w gabinecie, w recepcji. W tym czasie może bowiem zostać obejrzana lub nawet zabrana przez osobę nieuprawnioną. Zatem zawsze musi znajdować się ona pod nadzorem personelu medycznego i to w taki sposób, by była ona niedostępna dla osób trzecich;

c) wymaganym przez przepisy prawa elementem dokumentacji medycznej jest pisemne oświadczenie pacjenta, że upoważnia inną osobę (ze wskazaniem jej danych) lub też nie upoważnia nikogo do udostępniania swojej dokumentacji medycznej. Dokumentacja może zostać okazana do wglądu lub wydana wyłącznie osobie upoważnionej. Wydanie kopii, odpisu, wyciągu, a tym bardziej oryginału dokumentacji powinno być odnotowane na piśmie, najlepiej z podpisami zarówno osoby ją wydającej, jak i odbierającej;

d) duże ułatwienie pod względem organizacyjnym stanowi stworzenie wewnętrznej polityki ochrony informacji, w tym procedur postępowania w zakresie przechowywania i udostępniania dokumentacji. Polityka taka powinna przybrać postać formalnego dokumentu zatwierdzonego przez właściciela i przekazanego do stosowania całemu personelowi medycznemu. Pozwoli to zautomatyzować działania w tym obszarze w sytuacjach stresowych (np. w razie pojawienia się roszczeniowego pacjenta) i zminimalizować ryzyka błędów, a w konsekwencji odpowiedzialności prawnej;

e) warto, aby w gabinecie sporządzony został formularz wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, obejmujący wszystkie wymagane od strony prawnej elementy (m.in. dane pacjenta, formę udostępnienia, sposób udostępnienia, odpłatność, dane osoby wydającej, dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji). Stosowanie takiego formularza niewątpliwie również przyczynia się do zminimalizowania ryzyka

udostępnienia dokumentacji niewłaściwej osobie lub w niewłaściwy sposób).

Ochrona informacji dotyczących pacjenta obejmuje nie tylko odpowiednie przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej, lecz także należyte jej prowadzenie. Co prawda obowiązek prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej został przesunięty na 1 sierpnia 2017 r. (stanowi o tym art. 56 ust. 1 ustawy o informacji w ochronie zdrowia), ale niejako „tylnymi drzwiami” wprowadzana jest powoli konieczność, a co najmniej zasadność wcześniejszego prowadzenia dokumentacji w tej postaci. Bez tego będzie bowiem coraz trudniej spełniać wszystkie nakładane stopniowo obowiązki w zakresie dokumentowania i raportowania udzielanych świadczeń zdrowotnych. Na przykład w związku z wchodzącym w życie, a przywołanym już wyżej, obowiązkiem prowadzenia list pacjentów oczekujących w postaci elektronicznej.

Uporządkowanie ochrony informacji dotyczących pacjentów, zwłaszcza w wypadku dokumentacji medycznej może się stać dobrą okazją do przemyślenia kompleksowych zmian organizacyjnych w gabinecie. Zwłaszcza warte przemyślenia jest dostosowanie formy prawnej, w jakiej prowadzona jest działalność – jednoosobowo, w formie spółki cywilnej, jawnej, komandytowej czy na przykład z ograniczoną odpowiedzialnością – do bieżących potrzeb. Coraz więcej gabinetów (firm medycznych) rozważa także przygotowanie przekazania swej działalności następcom (tzw. sukcesję). Do problematyki tej wrócimy w kolejnym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL”.

Podstawy prawne:

- ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2012.159, ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. 2014.177, ze zm.);
- ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (t.j. Dz.U. 2008.164.1027, ze zm.);
- ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2011.113.657, ze zm.).