

DIANA SZWEJSER

Uniwersytet Wrocławski
e-mail: diana_sz@gazeta.pl

Problematyka dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej na gruncie obecnie obowiązujących przepisów administracyjnoprawnych

Uwagi wstępne

Już w Babilonie panował zwyczaj wystawiania chorych na ulicę. Praktykowano to, aby każdy mógł ich zobaczyć i w miarę możliwości udzielić porady¹. Tych kilka słów Władysława Szumowskiego wyraźnie pokazuje, że ludzie nieprzerwanie chorują i że od zawsze korzystano z pomocy innych w celu poradzenia sobie z jednostką chorobową. Często odbywało się to domowymi środkami. Tam jednak, gdy to nie wystarczało, należało skorzystać ze specjalistycznej wiedzy lekarzy czy innych osób posiadających przygotowanie medyczne. Długo pojęcie „dokumentacji medycznej” nie występowało w medycynie i prawie medycznym w ogóle. Lekarz bowiem udzielał porad ustnie. W formie pisemnej, która pojawiała się bardzo rzadko, lekarze wystawiali tylko zalecenia dotyczące leków, czyli dzisiejsze recepty. Termin „dokumentacja medyczna” wprowadzono później.

Dokonanie eksploracji pojęcia „prawo do dokumentacji medycznej” wymaga określenia jej fundamentów. Zdecydowanie należy ich poszukiwać na gruncie praw człowieka, które mają charakter praw uniwersalnych. Oznacza to, że należą się wszystkim ludziom żyjącym w społeczeństwie. Ich istota polega zaś na tym, że przysługują od momentu urodzenia i są niezbywalne. Nie są to jednak prawa absolutne. Można je bowiem ograniczać, lecz tylko w z góry przewidzianych (ustawowo) sytuacjach.

¹ W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2008.

Prawo do ochrony zdrowia i jego pochodna — prawa pacjenta — zaliczane są do praw człowieka. W wielu aktach szczególną uwagę przykładają się właśnie do jednostki, jaką jest pacjent. Osoba chora dalej bowiem pozostaje człowiekiem i nie traci swoich wolności. W dodatku przez to, że jest dotknięta jednostką chorobową, wymaga specjalnej ochrony prawnej. Dorota Karkowska definiuje pacjenta jako człowieka, który wszedł w relacje z przedstawicielami opieki zdrowotnej poprzez poddanie się interwencji medycznej. To właśnie fakt pozwolenia na wykonanie takiej interwencji nadaje bowiem człowiekowi status pacjenta².

Podkreślając znaczenie praw pacjenta, należy wspomnieć o Konwencji o ochronie jednostek w kontekście automatycznego przetwarzania danych o charakterze osobistym z dnia 28 stycznia 1981 r.³, która gwarantuje wszystkim ludziom ochronę ich podstawowych praw i wolności, w szczególności prawa do prywatności. Kolejnym wartym wyszczególnienia aktem prawnym jest Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 r.⁴ (nazywana także europejską konwencją bioetyczną lub EKB⁵). Jest to akt chroniący godność ludzką przed niebezpieczeństwami związanymi z badaniami medycznymi. Na gruncie polskiego ustawodawstwa warto zaś wspomnieć o uregulowaniach konstytucyjnych. Artykuł 68 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r.⁶ stanowi podstawową zasadę wyrażającą prawo do ochrony zdrowia i to przysługujące „każdemu”, a więc dotyczące nie tylko obywateli RP, ale wszystkich jednostek znajdujących się na terytorium obowiązywania Konstytucji.

Z punktu widzenia przetwarzania dokumentacji medycznej istotny jest również art. 51 Konstytucji, wprowadzający prawo dostępu do informacji. Dla ochrony zdrowia szczególnie istotne znaczenie ma ust. 3 tego artykułu, stanowiący, że każdemu powinno się udostępnić dokumenty urzędowe i zbiory danych go dotyczących, a wszelkie odstępstwa są dopuszczalne jedynie na podstawie ustawy. Do takich dokumentów należy zaliczyć dokumentację medyczną.

Samego pojęcia „danych osobowych” zaczęto używać w polskim piśmiennictwie na początku lat osiemdziesiątych, jednak dopiero dekadę później pojawiły się pierwsze unormowania w tym zakresie. Wzorowano się przy tym na standardach zachodniego orzecznictwa oraz dyskusji doktryny. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷ była pierwszym aktem prawnym zawierającym pojęcie ochrony danych osobowych. Obecnie na gruncie polskiego ustawodawstwa

² D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 43.

³ Dz.U. z 2003 r. Nr 3, poz. 25.

⁴ http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf (dostęp: 25.06.17).

⁵ Polska nie jest jeszcze stroną tej Konwencji, podpisała ją w 1999 r., ale do tej pory nie ratyfikowała.

⁶ Dz.U. Nr 33, poz. 232 ze zm.

⁷ Tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 1047.

kwestię tę regulują przepisy Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁸. W rozumieniu tej ustawy „dane osobowe” to wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Należą więc do nich także dane medyczne.

Definicja dokumentacji medycznej

Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów nie stworzono legalnej definicji „dokumentacji medycznej”. Tym niemniej zagadnienie to regulowane jest przez wiele aktów prawnych, jak choćby Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹. Termin ten był natomiast zdefiniowany w nieobowiązującej już Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁰. Artykuł 18d ust. 1 pkt 5 komentowanej ustawy stanowił, że „dokumentacja medyczna” to dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych.

Na sformułowanie aktualnie obowiązującej definicji dokumentacji medycznej wpływ ma z pewnością ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w art. 23 ust. 1 oznajmia, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Przepisy tej ustawy są wspólne dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Uprawnieniu temu odpowiada, wynikający z art. 41 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty¹¹, obowiązek lekarza do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Można więc za Rafałem Kubiakiem stwierdzić, że dokumentacja medyczna jest zbiorem danych, bez względu na to, czy jest on sporządzony w formie pisemnej, w postaci zapisu komputerowego czy cyfrowego, opisującym stan zdrowia pacjenta oraz zakres udzielanych mu świadczeń¹². Definicja ta, aczkolwiek bardzo ogólna, pozwala wysnuć, jakie dane obejmuje dokumentacja, a co za tym idzie — jaki jest zakres prawa pacjenta do informacji w niej zawartych. Szczegółowe określenie informacji, jakie ona obejmuje, jest natomiast uzależnione od rodzaju tej dokumentacji. Obecnie, za Tomaszem Banasiem, Tomaszem Filarskim i Piotrem Pochopniem, zgodzić się trzeba, że stanowiąc prawnie dopuszczalne źródło informacji dla takich podmiotów, jak m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia czy Główny Urząd Statystyczny, dokumen-

⁸ Tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 922; dalej: u.o.d.o.

⁹ Tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 186; dalej: u.p.p.

¹⁰ Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408.

¹¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 125; dalej: u.z.l.l.d.

¹² R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 180.

tacja medyczna jest przede wszystkim narzędziem odgrywającym ogromną rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, będąc ważnym źródłem informacji medycznych, niezbędnych w przebiegu diagnozowania i leczenia pacjenta¹³.

Ustawy oraz rozporządzenia w sposób wyczerpujący określają, co może wchodzić w skład dokumentacji medycznej. Niedopuszczalne jest więc zamieszczanie w niej tzw. danych sensytywnych, np. o wyznawanej religii czy orientacji seksualnej. Uznaje się jednak, że takie zapiski są dopuszczalne, jeśli stanowią prywatne notatki lekarza i służą wyłącznie lepszemu kontaktowi z pacjentem, np. pomijaniu w rozmowie tematów dla niego drażliwych¹⁴. Wykorzystywanie lub ujawnianie takich informacji jest natomiast objęte zakazem wynikającym z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych.

Przetwarzanie danych osobowych warto w tym miejscu przeanalizować. Rozważając przepisy u.o.d.o., można zauważyć, że przetwarzanie danych osobowych przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych podlega regulacjom ustawy. Są oni, w myśl tego dokumentu prawnego, administratorami danych osobowych. Według Marcina Mikosa świadczeniodawcy przetwarzają dane osobowe pacjentów m.in. przez prowadzenie (czyli sporządzanie i przechowywanie), udostępnianie oraz niszczenie dokumentacji medycznej¹⁵. Ustawa nie posługuje się jednakże zwrotem „dokumentacja medyczna”, a „zbiór danych”. Wymienia natomiast trzy podstawowe warunki, które dokumentacja spełnia; w związku z czym może być zakwalifikowana jako zbiór danych. Do przesłanek tych należy: występowanie struktury, zawieranie danych o charakterze osobowym oraz kwalifikowanie informacji według określonych kryteriów (np. dane o stanie zdrowia).

M. Mikos twierdzi, że świadczeniodawcom przypada wyjątkowa rola właśnie z racji tego, że przetwarzają oni głównie dane o stanie zdrowia (tzw. dane wrażliwe), co jest, zasadniczo, czynnością zabronioną. W przepisach dotyczących dokumentacji medycznej znamienne używane jest określenie „przetwarzanie dokumentacji medycznej”. Brak legalnej definicji takiego pojęcia skłania do wniosku, że „przetwarzanie dokumentacji” należy odczytać jako przetworzenie danych osobowych (zawartych w dokumentacji medycznej jako zbiorze danych) w rozumieniu przepisów u.o.d.o.¹⁶ Na świadczeniodawcę, jako administratora danych, nałożony jest ciężar dołożenia szczególnej staranności ochrony interesów osób, których te dane dotyczą. Obowiązki te sprowadzają się do: przetwarzania informacji zgodnie z prawdą, zbierania ich tylko zgodnie z celami określonymi przepisami prawa, a także przetrzymywania ich przez okres wyznaczony normami prawnymi oraz w sposób zapobiegający rozpoznaniu osób, których te fakty dotyczą. Systemy informatyczne, w których umieszcza się dane

¹³ *Dokumentacja medyczna*, red. P. Pochopień, Warszawa 2012, s. 19–20.

¹⁴ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 361.

¹⁵ *Dokumentacja medyczna*, s. 82.

¹⁶ *Ibidem*, s. 84.

wrażliwe, powinny być odpowiednio zabezpieczone. Obowiązek taki spoczywa na administratorze danych.

Polskie sądy stoją na stanowisku, że przetwarzanie danych w ramach legalnie wyznaczonego i społecznie akceptowalnego celu nie stanowi naruszenia prawa pacjenta do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej. Jak bowiem stwierdził WSA w Warszawie w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r., osoba, której dane dotyczą, nie jest wyłącznym dysponentem informacji o swoim stanie zdrowia. Prawo do ochrony tych danych nie jest absolutne; zarówno przepisy omawianej ustawy, jak i ustaw szczególnych wyznaczają bowiem prawne ramy dla legalnego przetwarzania takich danych¹⁷.

Wymogi prowadzenia dokumentacji medycznej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁸ w § 4 pkt 1 nakłada obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób czytelny. Słusznie stwierdza Anna Augustynowicz, że kolejne wpisy sporządza się w układzie chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu oraz opatrząc czytelnym podpisem osoby sporządzającej, z podaniem danych identyfikujących. Wpis dokonany nie może być z dokumentacji usunięty. Jeśli jest błędny, można go skreślić, opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem oraz podpisem osoby, która owego skreślenia dokonała¹⁹. Wątpliwości nasuwają się przy stwierdzeniu, że wpis w dokumentacji medycznej wprowadza się „niezwłocznie” (§ 4 ust. 1 r.r.z.d.m.). Termin „niezwłocznie” oznacza w tym przypadku tyle, co „w najkrótszym możliwym terminie, bez zbędnej i nieusprawiedliwionej szczególnymi okolicznościami zwłoki”²⁰. Można więc zauważyć, że dopuszczalne jest racjonalne zharmonizowanie czasu wpisu z okresem dokonania usługi, obwarowując ewentualną zwłokę jej uzasadnieniem.

¹⁷ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 kwietnia 2006 r., sygn. II SA/Wa 183/06, LEX nr 220919; zob. też wyrok NSA z dnia 29 czerwca 2007 r., sygn. I OSK 1098/06, Legalis nr 115935.

¹⁸ Dz.U. z 2015 poz. 2069; dalej: r.r.z.d.m.

¹⁹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 68.

²⁰ J. Wiszniewska, *Piśmiennictwo. Praktyczne wyjaśnienia oraz wzory umów i pism*, Warszawa 2001–2014.

Elektroniczna dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna może zostać prowadzona na dwa sposoby: w formie papierowej lub elektronicznej. Pierwotnie ustawodawca chciał, by z dniem 1 sierpnia 2014 r. wszyscy świadczeniodawcy prowadzili dokumentację medyczną wyłącznie w postaci elektronicznej. Ze względu jednak na niski stan informatyzacji placówek medycznych (publicznych i niepublicznych) obowiązek ten ostatecznie przesunięto na dzień 1 stycznia 2018 r.

Definicję „elektronicznej dokumentacji medycznej” ustawodawca zawarł w Ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dalej: u.s.i.o.z.²¹. Zgodnie z art. 2 pkt 6 u.s.i.o.z. przez „elektroniczną dokumentację medyczną” rozumie się dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym, a także dokumentację medyczną indywidualną, z wyłączeniem skierowań, utworzoną w postaci elektronicznej. Jeżeli taka dokumentacja będzie drukowana, wówczas każda jej strona musi zostać ponumerowana.

Rozdział 9 r.r.z.d.m. został poświęcony wymogom elektronicznej dokumentacji. W § 80 rozporządzenie stanowi, że dokumentacja może mieć postać elektroniczną pod warunkiem jej prowadzenia w systemie teleinformatycznym, który zapewnia: zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą; zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji; stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych.

Należy zgodzić się z D. Karkowską, która podkreśla, że prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej stwarza dla pacjenta szanse na szybsze zapoznanie się z informacjami dotyczącymi stanu jego zdrowia i udzielonymi mu świadczeniami zdrowotnymi. Jeżeli do tego dołączymy postulat, aby do prowadzenia dokumentacji medycznej wykorzystywać oprogramowanie, które zachowuje każdą operację, jak modyfikacja czy usunięcie jakiegoś elementu, może być to bardzo dobra forma kontroli przebiegu procesu udzielania świadczenia zdrowotnego²³.

²¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 1535.

²² Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.

²³ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 342.

Udostępnianie i przechowywanie dokumentacji medycznej

Autonomia informacyjna pacjenta przejawia się w szczególności w prawie do informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych, utrwalonych w dokumentacji medycznej, połączonym z prawem ochrony zawartych tam danych²⁴. Prawo to nie ogranicza się tylko do fizycznego wglądu, ale urzeczywistnia się przede wszystkim w możliwości dogłębnego zaznajomienia się z treścią dokumentacji medycznej; treścią, która ma być dla świadczeniobiorcy zrozumiała.

Prawnie uprzystępnianie danych leczniczych reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Co ciekawe, kwestie te normowane były już nieobowiązującą Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, z tym że obecna regulacja ujednolica zasady dostępu do nośnika informacji, jakim jest dokumentacja medyczna, w stosunku do wszystkich świadczeniodawców do tego zobowiązanych.

Jasne wydaje się, że udostępnianiu podlega indywidualna dokumentacja. Jeśli chodzi zaś o dokumentację zbiorczą, dostęp do niej może dotyczyć się jedynie wpisów dotyczących pacjenta. Pogląd ten wyraził NSA w wyroku z dnia 19 maja 2003 r.²⁵ Zgodnie z wyrażonym tam stanowiskiem uprawnieniem świadczeniobiorcy jest możliwość dostępu do dokumentacji zbiorczej w zakresie dotyczącym jego osoby, a w razie odmowy uznania tego uprawnienia pacjentowi przysługuje skarga do sądu administracyjnego, zgodnie z odpowiednimi przepisami Ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. — Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi²⁶.

Podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej wymienione są w art. 26 u.p.p. Nie wchodząc w szczegóły dotyczące tych podmiotów, warto zwrócić uwagę na kilka regulacji. Po pierwsze, pacjent jest główną osobą, której takie prawo służy. Kwestia wieku pacjenta nie została jednak wprost uregulowana. Uznaje się, że osoba pełnoletnia i nieubezważniona będzie w pełni posiadać prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Co zaś tyczy się pacjenta powyżej 16. roku życia, przyjmuje się, że skoro ma on prawo do wyrażania kumulatywnej zgody na podjęcie interwencji lekarskiej, to w takim zakresie przysługuje mu też możliwość zapoznania się z informacjami go dotyczącymi. Natomiast, biorąc pod uwagę art. 31 ust. 7 u.z.l.l.d. oraz art. 9 ust. 7 u.p.p, które stanowią, by

²⁴ M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i prawa pacjenta do samo decydowania*, Warszawa 2012, s. 408.

²⁵ Wyrok NSA z dnia 19 maja 2003 r., sygn. OSA 1/03, ONSA 2003, nr 4, poz. 114, Legalis nr 58703.

²⁶ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 1369.

pacjent poniżej 16. roku życia był informowany w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego, powinno się przyznać mu ograniczone prawo dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia. Jak bowiem wskazuje Mirosława Malczewska, takie rozwiązanie jest podyktowane, z jednej strony, upodmiotowieniem takiej osoby i jej świadomym udziałem w procesie terapeutycznym, z drugiej zaś — względami praktycznymi²⁷.

Ustawa przyznaje prawo dostępu do dokumentacji medycznej przedstawicielom małoletnich, którymi są — zgodnie z art. 98 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego²⁸ — ich rodzice, o ile posiadają władzę rodzicielską. Ustawodawca pominął w kręgu osób uprawnionych opiekuna faktycznego (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p.) oraz osobę bliską (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.). Jak przyjmuje R. Kubiak, w wypadku tego pierwszego podmiotu może być to uzasadnione niewielkimi i doraźnymi kompetencjami decyzyjnymi opiekuna faktycznego. Więcej wątpliwości budzi pominięcie w wykazie podmiotów uprawnionych osoby bliskiej. Być może ustawodawca założył, że lukę tę wypełni możliwość udzielenia przez pacjenta upoważnienia do dostępu do dokumentacji określonej osobie. Wydaje się jednak, że takie uzasadnienie byłoby nie do końca słuszne. Pomija bowiem przypadki, w których pacjent znalazł się w stanie wykluczającym możliwość złożenia takiej deklaracji i nie zdołał nikogo upoważnić do takiego dostępu²⁹.

Innym uprawnionym podmiotem jest osoba upoważniona przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, udzielając upoważnienia, nie pozbawia się swojego bezpośredniego prawa dostępu do informacji zawartej w dokumentacji medycznej. Przepisy prawa nie określają *expressis verbis* formy upoważnienia. Co prawda § 8 r.r.z.d.m. wskazuje, że do dokumentacji załącza się upoważnienia, co sugerowałoby formę pisemną, jednakże jest to, według D. Karkowskiej, wyłącznie przepis porządkowy, mający na celu odnotowanie woli pacjenta³⁰. Trzeba natomiast podkreślić, że upoważnienie musi być dokonane w sposób wyraźny, a sam fakt, że jakaś osoba chorego odwiedza, i to nawet bardzo często, nie może rodzić jeszcze przypuszczenia, że pacjent taką osobę upoważnił do udzielania informacji w jej obecności lub podczas nieobecności osoby hospitalizowanej. Również ustanowienie pełnomocnika zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego nie tworzy *ipso iure* uprawnienia do podejmowania czynnych zachowań, a jedynie nadaje kompetencję domagania się wglądu do informacji medycznej.

Bardzo ważną kwestią jest ponadto prawo dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Artykuł 26 ust. 2 u.p.p. stanowi, że po śmierci pacjenta prawo do dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za ży-

²⁷ M. Malczewska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 581.

²⁸ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 682.

²⁹ R. Kubiak, *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015, s. 209.

³⁰ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 354.

cia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Problem istnieje, gdy brakuje upoważnienia, które wyraźnie zastrzega, że obowiązuje również po śmierci. Zgodnie z aktualnym orzecznictwem NSA³¹ upoważnienie udzielone za życia pozostaje w mocy także po śmierci świadczeniobiorcy. Jednocześnie na kanwie problemu, którym zajął się NSA w tym orzeczeniu, warto dodać, że znaczenia dla mocy prawnej upoważnienia nie ma fakt, że do zgonu pacjenta doszło u świadczeniodawcy niebędącego placówką, w której założono historię choroby. Nie ma bowiem racjonalnego powodu, by ograniczać oświadczenie chorego tylko do konkretnej placówki medycznej.

Do 2016 r. przepisy dotyczące obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej nie budziły wątpliwości. Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta³² wprowadzono wyłom od ogólnej zasady zachowania tajemnicy w wypadku, gdy zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Należy podkreślić, że zwolnienie to dotyczy wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, choć pierwotnie ustawodawca stanowił o zwolnieniu tylko w stosunku do lekarzy. Ponadto zwolnienia nie będzie się stosowało, jeżeli inna osoba bliska wyrazi sprzeciw.

Przepisy te budzą wiele kontrowersji. Po pierwsze, prawo do informacji po śmierci pacjenta uzyskały wszystkie osoby bliskie w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., czyli małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Oznacza to, że prawo do informacji o stanie zdrowia przysługuje np. byłej teściowej zmarłego, a nie rodzeństwu (gdyż są krewnymi w linii bocznej). Wydaje się, że nie taki był zamysł ustawodawcy, gdy ustalał aktualne brzmienie artykułu 14 ust. 3–4 u.p.p.

Brakuje również przepisów wykonawczych regulujących, w jaki sposób lekarz będzie weryfikował osoby bliskie oraz jak powinien postąpić, jeżeli nabierze wątpliwości, czy osoba żądająca informacji objętych tajemnicą lekarską faktycznie jest osobą bliską zmarłego. Sprzeciw którejkolwiek z osób bliskich skutkuje brakiem możliwości udzielenia informacji po śmierci pacjenta. Należy uznać za zasadne, że sprzeciw taki może być złożony przed zgodą osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy albo już po jej wyrażeniu. W obecnym brzmieniu nie wymaga się jednak, by lekarz odnotowywał — np. właśnie w dokumentacji medycznej — wniesienia żądania ujawnienia informacji objętych tajemnicą lekarską albo złożenia sprzeciwu ani nawet by realizacja którejkolwiek z tych uprawnień odbywała się w formie pisemnej. Postulat *de lege ferenda* stanowi więc zaczerpnięcie koncepcji przewidzianej przez Ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu,

³¹ Wyrok NSA z dnia 17 września 2013 r., sygn. II OSK 1539/13, LEX nr 1396095.

³² Dz.U. z 2016 r. poz. 1070.

przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów³³, a wyrażonej w art. 6 tej ustawy. Artykuł 6 ust. 1 pkt 2 stanowi bowiem, że sprzeciw wyraża się w formie oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis.

Ponadto aktualnie sformułowany art. 14 ust. 3–4 u.p.p. narusza istotę tajemnicy lekarskiej i prawa pacjenta do decydowania o tym, kto i w jakim zakresie uzyska informacje o nim. Nie przyznano choremu bowiem możliwości odmówienia zgody czy zakazania ujawniania informacji objętych tajemnicą lekarską, co powoduje, że po śmierci chorego osoby bliskie będą mogły otrzymać wszystkie informacje zawarte w dokumentacji. Rodzi się pytanie, czy nie spowoduje to sytuacji, w której pacjent celowo będzie zatajał pewne dane, właśnie ze względu na brzmienie art. 14 ust. 3 u.p.p.

Jednocześnie nowelizując komentowane przepisy, nie dokonano zmian w zakresie dokumentacji medycznej. Oznacza to, że osoby bliskie nieupoważnione za życia do wglądu w dokumentację medyczną będą mogły uzyskać od lekarza informacje objęte tajemnicą, ale już nie będą mogły np. skserować takiej dokumentacji. Bliscy, aby mieć wgląd w dokumentację medyczną, będą za to musieli wystąpić na drogę sądową z powództwem o ustalenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej z uwagi na interes prawny. Drugim rozwiązaniem jest wystąpienie z roszczeniem odszkodowawczym do komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i w toku postępowania przed tą komisją złożenie wniosku o wgląd do informacji medycznych.

Podsumowanie

Reasumując, dane zawarte w dokumentacji medycznej stanowią doskonały środek dowodowy. Nie bez powodu dokumentacja medyczna nazywana jest „nie-mym” świadkiem, ponieważ jej prowadzenie zgodnie z zasadami rzetelności, czytelności i chronologii wpisów pozwala bez problemów na ustalenie stanu faktycznego. Jak podkreśla P. Pochopień, dokumentacja medyczna zawiera treść, która niesie za sobą znaczenie prawne, związane np. z dowodem udzielania świadczeń zdrowotnych do celów realizacji umowy z NFZ, możliwością wykazania przed sądem udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie ze sztuką lekarską czy też administracyjnoprawnym nadzorem ministra zdrowia lub wojewody³⁴. Charakter zagadnienia dokumentowania przebiegu leczenia pacjenta jest więc interdyscyplinarny, a obecny stan przepisów daje możliwości do formułowania postulatów *de lege ferenda*.

³³ Tekst jedn. Dz.U z 2015 r. poz. 793.

³⁴ *Dokumentacja medyczna*, s. 199.

Issues of the access to the medical documentation based on current regulations

Summary

This article is about the medical documentation. For a long time medical care was rid of written form. Doctors treated their patient, but all doctor's orders were verbally interacted. Medical documentation appeared later. For the present there isn't legal definition of medical documentation. Analysis of this turn of phrase lead to ascertainment that medical documentation include all of medical information about treatment, medicaments, referrals. Medical documentation needs to be readable, contain accurate information, all entries should be in chronological order. It should have not only written form, but also an electronic form. Under the law, from the 1st of January, 2018 only an electronic form will be permissible. There are many people and public entities who are eligible to insight into medical documentation. The most important is patient. He can also entitle somebody to have insight into it. Empowerment is valid even if the patient dies.

Keywords: medical documentation, medical information, patient's rights, medical law, administrative law.