

Agnieszka Kowalska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ORCID 0000-0001-5174-4913

agnieszka_kowalska@uwm.edu.pl

Udostępnianie dokumentacji medycznej w aspekcie obowiązku podmiotu leczniczego

Wstęp

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej zostało przewidziane w art. 23 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹. W myśl powołanego przepisu pacjent ma prawo do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Podkreślenia wymaga, że tak jak z każdym prawem pacjenta skorelowany jest obowiązek drugiej strony – w tym wypadku podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, który w celu realizacji prawa do dokumentacji medycznej jest obowiązany, zgodnie z art. 24 u.p.p. do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.

Z reguły prawo do dokumentacji medycznej omawiane jest z perspektywy uprawnień pacjenta. Warto jednak rozważyć, jakie obowiązki i ewentualne problemy natury praktycznej prawo to kreuje po stronie podmiotów leczniczych.

Poniższe rozważania poświęcone zostaną wybranym zagadnieniom dotyczącym przedmiotowej kwestii, m.in. definicji dokumentacji medycznej, podmiotom, którym podmiot leczniczy ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną, udostępnianiu dokumentacji po śmierci pacjenta i odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Zgodnie z powołanym wyżej art.23 u.p.p., pacjent ma prawo do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń

¹ Ustawa z 5 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849), zwana dalej u.p.p.

zdrowotnych. Prawo do dokumentacji medycznej należy postrzegać jako kontynuację oraz uzupełnienie i sprecyzowanie prawa do informacji².

Ustawodawca nie wprowadził ustawowej definicji dokumentacji medycznej. W art. 25 u.p.p. wskazał jedynie elementy, które musi zawierać dokumentacja medyczna. Jest to minimalny katalog wymogów, które muszą zostać łącznie spełnione. Należą do nich:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) 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 tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) datę sporządzenia.

W doktrynie wskazuje się, że dokumentacja medyczna to określony chronologicznie uporządkowany zbiór dokumentów dotyczących stanu zdrowia i choroby pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych³. Podkreśla się również, że dokumentacja medyczna powinna być sporządzona zgodnie z obowiązującymi przepisami, w odpowiednim czasie i przez osoby do tego uprawnione. Ponadto powinna zawierać dane, które są użyteczne dla zainteresowanych stron⁴.

Podmiotem uprawnionym do dokumentacji medycznej jest przede wszystkim sam pacjent. W kręgu podmiotów uprawnionych – obok pacjenta – ustawodawca wskazuje również w art. 26 ust. 1 u.p.p. przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz osobę upoważnioną przez pacjenta. Przedstawicielem ustawowym jest osoba umocowana do działania w imieniu i na rzecz pacjenta na podstawie przepisów ustawy. W przypadku dziecka jego przedstawicielami ustawowymi są rodzice, a w przypadku ich braku bądź ograniczenia lub pozbawienia ich praw opiekuna wskazuje sąd opiekuńczy. Natomiast w przypadku osoby ubez-

² Zob. M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, s. 264.

³ M. Śliwka, M. Urbaniak, *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, Warszawa 2018, s. 102.

⁴ V. Cymbała, *Wybrane aspekty jakości dokumentacji medycznej – studium przypadku*, <http://www.jakosc.biz/wybrane-aspekty-jakosci-dokumentacji-medycznej-studium-przypadku/>.

własnowolnionej całkowicie, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, opiekun jest wyznaczony przez sąd opiekuńczy (art. 14 § 2 k.c.). Przedstawicielem pełnoletniej osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator (art. 16 § 2 k.c.)⁵. Podkreślenia wymaga, iż każde z rodziców posiadających pełną władzę rodzicielską ma pełne prawo do dokumentacji medycznej dziecka. Podobnie jest jeśli chodzi o zakres upoważniania innych osób do dokumentacji medycznej. Istotne jest, że jeden z rodziców nie może ograniczyć prawa drugiego rodzica w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej dziecka, jeżeli posiadają pełną władzę rodzicielską⁶. W praktyce podmiotów leczniczych w tym zakresie dochodzi jednak do wielu błędów. Często np. przy przyjęciu dziecka do szpitala, w czasie odbierania stosownych oświadczeń rodzic jest informowany, że może upoważnić do dokumentacji medycznej dziecka drugiego rodzica. Czasami wręcz personel medyczny nakłania do wpisania drugiego rodzica. Biorąc pod uwagę powyższe jest to oczywiście niewłaściwe. Każdemu rodzicowi przysługuje w takim samym zakresie prawo do dokumentacji dziecka. Upoważniając do dokumentacji medycznej, można natomiast wskazać dowolną, inną osobę.

Kolejna kwestia w zakresie podmiotów uprawnionych do dokumentacji medycznej dotyczy osób upoważnionych przez pacjenta. Na wstępie należy zwrócić uwagę, iż osoba upoważniona jest traktowana na równi z pacjentem lub przedstawicielem ustawowym. Ponadto podkreślenia wymaga, że przedstawiciele ustawowi małoletniego lub ubezwłasnowolnionego pacjenta mają prawo upoważnić do dokumentacji medycznej inne, wskazane przez siebie osoby. Upoważnienie do dokumentacji medycznej jest prawem a nie obowiązkiem pacjenta lub analogicznie przedstawiciela ustawowego. Nie można zatem nikogo zmusić do upoważnienia kogokolwiek do dokumentacji medycznej⁷. Ustawodawca w żaden sposób nie ogranicza liczby osób upoważnionych ani też nie wskazuje kręgu podmiotów, które mogą zostać upoważnione. Osobą upoważnioną może być zatem nie tylko członek rodziny, ale każda dowolna osoba⁸. „W sytuacji, gdy pacjent upoważnił w zakresie dostępu do dokumentacji kilka osób (...), każda z upoważnionych osób ma identyczne prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Oznacza to, że każda z upoważnionych osób ma prawo wglądu, pobrania kopii, odpisu i wyciągu z dokumentacji medycznej, a realizacja prawa przez jedną z upoważnionych osób nie wyklucza możliwości jego realizacji przez pozostałe osoby upoważnione”⁹.

Oświadczenie pacjenta (odpowiednio przedstawiciela ustawowego) o upoważnieniu do dokumentacji, zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie

⁵ J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne*, Warszawa 2019, s. 391.

⁶ *Ibidem*, s. 406.

⁷ *Ibidem*, s. 398.

⁸ Zob. M. Śliwka, M. Urbaniak, *op. cit.*, s. 117.

⁹ J. Zajdel-Całkowska, *op. cit.*, s. 405.

rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁰, złożone w inny sposób niż za pośrednictwem internetowego konta pacjenta zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Powyższe wskazuje, że pacjent może złożyć oświadczenie pisemne lub ustne¹¹. W pierwszym przypadku jest ono dołączane do dokumentacji, w drugim natomiast jest w niej odnotowywane. W orzecznictwie znajduje potwierdzenie, iż upoważnienie może być złożone w dowolnej formie¹². Wskazuje się, że „wyraźny charakter normy *iuris cogentis* wynikającej z art. 26 u.p.p. (jeśli nie semiimperatywnej – na korzyść pacjenta), przemawia również za dowolnością formy dla omawianej czynności prawnej”¹³. Ponadto przyjmuje się, że upoważnienie złożone w jednym podmiocie zachowuje moc w innym podmiocie, chyba że coś innego wynika z treści upoważnienia¹⁴. Powyższe stanowisko wyrażone zostało m.in. w wyroku WSA w Krakowie z 29 października 2014 r., gdzie stwierdzono, że oświadczenie pacjenta złożone w innej placówce i w żaden sposób nieodwołane, zachowuje moc również w innych placówkach ochrony zdrowia¹⁵. Podkreślić należy, że ustawodawca wymaga odrębnych upoważnień do uzyskiwania informacji i do pozyskiwania dokumentacji medycznej¹⁶. Ma to istotne znaczenie w kwestii praktycznej. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, kiedy osoba upoważniona zgłosi się do podmiotu leczniczego z kopią upoważnienia złożonego w innym podmiocie. Należy przyjąć, że takie upoważnienie powinno zostać uwzględnione.

Z punktu widzenia podmiotu leczniczego często zdarza się, że udzielenie upoważnienia może być powodem wielu problemów i wątpliwości. O ile pacjent podpisze stosowne upoważnienie w chwili przyjęcia do szpitala lub w innych okolicznościach w obecności pracownika podmiotu leczniczego, to kwestia upoważnienia nie budzi większych wątpliwości. Problem pojawia się w przypadkach, kiedy osoba upoważniona zgłasza się z wnioskiem o udostępnienie i jednoczesnym upoważnieniem do dokumentacji, które zostało podpisane poza podmiotem leczniczym. Przedstawiciele zawodów medycznych lub osoby odpowiedzial-

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r., poz. 666), zwane dalej rozp. d.m.

¹¹ Zob. M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 5

¹² Wyrok NSA, sygn. akt II OSK 1134/16.

¹³ G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 24.

¹⁴ Pkt 4.8.5. Kodeksu postępowania dla sektora ochrony zdrowia wydanego zgodnie z art. 40 RODO dotyczący podmiotów wykonujących działalność leczniczą i podmiotów przetwarzających, projekt złożony 13 listopada 2018 r., zwany dalej Kodeks postępowania, <http://www.rodowzdrowiu.pl/wp-content/uploads/2018/11/2018-11-06-kodeks-branzowy-wniosek.pdf>.

¹⁵ Wyrok WSA w Krakowie z 29 października 2014 r., sygn. akt III SAB/Kr 42/14, Lex nr 1602627.

¹⁶ Szerzej D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 539.

ne za udostępnianie dokumentacji medycznej w takich przypadkach często zadają pytanie, czy mogą honorować upoważnienie, przy podpisaniu którego nie byli obecni. Generalnie nie ma podstaw do podważania tego typu upoważnień. Nie ma bowiem żadnego przepisu, który nakładałby obowiązek złożenia upoważnienia np. na terenie podmiotu leczniczego czy w obecności przedstawicieli tego podmiotu. W każdym jednak przypadku, aby nie dopuścić do wydania dokumentacji osobie nieupoważnionej, należy wykazać się szczególną czujnością. Przykładem może być sytuacja, kiedy ktoś zgłasza się po dokumentację pacjenta i po uzyskaniu informacji o konieczności posiadania stosownego upoważnienia podpisanego przez pacjenta, wraca po kilku minutach z wymaganym upoważnieniem. Tego typu zdarzenie wyraźnie wskazuje, że należy zweryfikować, czy okazane oświadczenie zostało rzeczywiście podpisane przez pacjenta. Pomocny może okazać się np. kontakt telefoniczny z pacjentem celem potwierdzenia powyższego faktu.

Podmioty lecznicze z reguły mają opracowane własne wzory wszelkiego rodzaju oświadczeń i upoważnień, w tym upoważnienia do dokumentacji medycznej. Nie można jednak wymagać od pacjenta, aby stosowne upoważnienie zostało złożone na wewnętrznym druku podmiotu leczniczego. Należy przyjąć, że w każdym przypadku trzeba zwrócić uwagę, czy upoważnienie pacjenta zawiera istotne cechy, tj. dane pacjenta, dane osoby upoważnionej do uzyskania informacji, datę i miejsce sporządzenia, oświadczenie woli wystawcy oraz podpis¹⁷. Podkreślenia wymaga, że to „świadczonodawca powinien być stroną aktywną w pozyskaniu takiego oświadczenia. Zagadnienie to jest tym istotniejsze, że w przypadku sporu sądowego to na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych może spoczywać ciężar dowodu, iż upoważnienie takie istniało oraz jaki miało zakres”¹⁸. Podobne stanowisko wyrażone zostało w wyroku Sądu Najwyższego, który stwierdził, że „ewentualne niedające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta”¹⁹.

Udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta przez wiele lat stanowiło duży problem natury praktycznej. Często bowiem zdarzało się, że pacjent z różnych powodów nie składał stosownego upoważnienia we wszystkich podmiotach leczniczych, w których udzielano mu świadczeń zdrowotnych. Po śmierci pacjenta, rodzina miała problem z uzyskaniem dokumentacji

¹⁷ M. Śliwka, M. Urbaniak, op. cit., s. 109.

¹⁸ Ibidem, s. 109.

¹⁹ Wyrok SN z 15 października 1997 r., sygn. akt III CKN 226/97, OSNC 1998/1, poz. 6.

medycznej²⁰. Analizując doświadczenia państw europejskich, szeroko dyskutowano nad tą kwestią, szukając rozwiązania ustawowego. W niniejszym opracowaniu, z uwagi na podjęty temat, przedstawione zostaną aktualnie obowiązujące przepisy w omawianym zakresie. Ustawa z 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw²¹ wprowadziła nowe zasady dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Zgodnie z art. 26 ust. 2 u.p.p., po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Jednocześnie powołana ustawa zmieniła definicję osoby bliskiej, którą obecnie, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu oraz osoba wskazana przez pacjenta.

Przyjęte rozwiązanie wychodzi naprzeciw oczekiwaniom pacjentów i ich rodzin. Często bowiem zdarzało się, że pacjent z powodu różnych okoliczności nikogo nie upoważnił do dokumentacji medycznej i po jego śmierci rodzina nie miała do niej dostępu lub miała dostęp znacznie ograniczony. Obecnie problem ten zdezaktualizował się. Ustawodawca jednoznacznie wskazał, że osoby znajdujące się w kręgu osób bliskich są uprawnione do dokumentacji medycznej nawet, gdyby nie były upoważnione przez pacjenta. Oczywiście pacjent może za życia złożyć wyraźną dyspozycję, iż sprzeciwia się udostępnieniu dokumentacji medycznej po swojej śmierci osobom bliskim. Co do zasady powyższy sprzeciw, wyrażający wolę pacjenta, powinien być uszanowany. Sprzeciw w kwestii udostępnienia dokumentacji medycznej osobie bliskiej może również wyrazić inna osoba bliska. Powyższy zapis wprowadza szereg wątpliwości po stronie podmiotów leczniczych. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, kiedy sprzeciw innej osoby bliskiej w momencie udostępniania dokumentacji nie będzie jeszcze ujawniony i zostanie zgłoszony po udostępnieniu. Z uwagi na brak rozwiązań systemowych, obecnie podmioty lecznicze starają się rozwiązać ten problem we własnym zakresie. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest odbieranie od osoby bliskiej, wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej, stosownego oświadczenia, z którego treści wynika, iż inna osoba bliska nie sprzeciwia się udostępnieniu dokumentacji medycznej. Powyższe

²⁰ Zob. A. Kowalska, *Glosa do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2013 r., sygn. akt VII SAB/Wa 201/12*, „Studia Prawnoustrojowe” 2014, nr 24, s. 311–319; T. Zimna, *Glosa do wyroku WSA z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz29/10*, „Przegląd Orzecznictwa” 2011, t. 4, s. 59–70.

²¹ Ustawa z 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r., poz. 150).

zdejmuje odpowiedzialność z podmiotu leczniczego na wypadek ujawnienia, już po udostępnieniu dokumentacji medycznej, sprzeciwu innej osoby bliskiej.

Rozważając kwestię udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta osobie bliskiej, należy wskazać, że nie wyklucza tego fakt, iż do dokumentacji za życia pacjenta została upoważniona inna osoba. Trzeba zatem przyjąć, że w sytuacji, kiedy pacjent za życia upoważnił kogoś do dokumentacji medycznej, nie można wykluczyć, że po jego śmierci dokumentacja (na mocy omawianego przepisu) zostanie udostępniona innej osobie bliskiej, która nie została wskazana przez pacjenta.

Ustawodawca, przewidując możliwość wystąpienia sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, wskazał, że w takim przypadku zgodę na udostępnienie wyraża sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu zmarłego pacjenta, a jeżeli miejsca zwykłego pobytu nie da się ustalić – sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część. W braku powyższych podstaw sądem właściwym jest sąd rejonowy dla m. st. Warszawy. Zgoda wyrażana jest w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej 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 (art. 26 ust. 2a u.p.p.). Przyjęcie rozwiązania, że z wnioskiem do sądu może wystąpić osoba bliska, jest jak najbardziej wskazane. To w interesie osoby bliskiej jest bowiem uzyskanie dokumentacji medycznej i rozstrzygnięcie ewentualnego sporu w tej kwestii między osobami bliskimi. Trudno jednak znaleźć wytłumaczenie dla wskazania osoby wykonującej zawód medyczny jako właściwej do wystąpienia ze stosownym wnioskiem do sądu. Analogicznie w przypadku wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji medycznej lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską. Uważam, że w miejsce osoby wykonującej zawód medyczny powinno wskazać się kierownika podmiotu leczniczego. Biorąc pod uwagę przepisy wewnętrzne i obowiązki nakładane na podmioty lecznicze w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej, żadna z osób wykonujących zawód medyczny nie podejmuje samodzielnie decyzji w powyższym zakresie. Wszystko wskazuje na to, że będzie to martwy przepis.

Ustawodawca przewidział również sytuację, kiedy pacjent za życia sprzeciwi się udostępnieniu dokumentacji medycznej po jego śmierci osobie bliskiej. W takim przypadku, zgodnie z art. 26 ust. 2b u.p.p., na wniosek osoby bliskiej sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta bądź dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

W opisanych powyżej sytuacjach, w przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, sąd bada:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu (art. 26 ust. 2c u.p.p.).

Udostępnianie dokumentacji medycznej innym podmiotom i instytucjom

Zgodnie z art. 26 ust 3 u.p.p. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

3) wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom organizacyjnym podległym ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, organom samorządów zawodów medycznych, medycznemu towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytucjom badawczym, specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

4) upoważnionym przez podmiot tworzący osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;

5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań;

6) Agencji Badań Medycznych;

7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agen-

cji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym szefom właściwych Agencji;

13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;

15) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;

16) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia do przeprowadzenia jednorazowej kontroli pod względem legalności, celowości i rzetelności prowadzenia baz danych w zakresie ochrony zdrowia oraz przekazywania danych w nich zawartych do systemu informacji;

17) członkom zespołów zakażeń szpitalnych w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

Podmioty uprawnione do dokumentacji medycznej zostały wymienione w powołanym przepisie w sposób enumeratywny. Interpretacja wskazanego katalogu nie budzi większych wątpliwości. Z uwagi na charakter opracowania nie sposób odnieść się do wszystkich podmiotów²². Warto jednak podnieść pewne kwestie, które w praktyce prowadzą do sytuacji konfliktowych i rodzą problemy.

W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę na możliwość udostępniania dokumentacji medycznej innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli ta dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych²³. Nie obejmuje to jednak sytuacji, kiedy np. pacjent chce zmienić lekarza i planuje „przenieść” swoją dokumentację medyczną. Należy przyjąć, że jest to sytuacja zupełnie inna niż ta, która została przewidziana w art. 36 ust. 3 pkt 1 u.p.p. Zgodnie bowiem z ugruntowanym poglądem doktryny, w takiej sytuacji pacjent nie ma prawa żądać wydania oryginału dokumentacji, którą następnie przekaże do innego świadczeniodawcy. Powyższe wynika przede wszystkim z obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez podmioty lecznicze przez okres wskazany w ustawie²⁴. Wspomnieć należy,

²² Zob. <https://www.prawo.pl/zdrowie/udostepnianie-dokumentacji-medycznej-podmiotom-niewymienionym-w-ustawie-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta,262145.html>.

²³ Podkreślenia wymaga, że w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej innemu podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych nie jest wymagana umowa powierzenia. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, kiedy zachodzi potrzeba zachowania ciągłości leczenia, w tym w ramach podwykonawstwa udzielania świadczeń np. wykonywania badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz badań histopatologicznych, zob. pkt 4.6.2. Projektu Kodeksu postępowania.

²⁴ Co do zasady, zgodnie z art. 29 ust. 1 u.p.p. dokumentację medyczną przechowuje się przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

o czym będzie mowa dalej, że w każdym przypadku wydania oryginału dokumentacji, w podmiocie leczniczym musi pozostać jej kopia.

Kwestią problematyczną jest udostępnianie dokumentacji medycznej oraz związane z tym udzielanie informacji Policji. Podkreślenia wymaga, iż we wskazanym wyżej katalogu podmiotów uprawnionych do dokumentacji medycznej ustawodawca nie przewidział Policji. Zgodnie z art. 1 ustawy o Policji²⁵ Policja jest umundurowaną i uzbrojoną formacją służącą społeczeństwu i przeznaczoną do ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz do utrzymywania bezpieczeństwa i porządku publicznego. Żaden przepis nie przyznaje Policji przymiotu organu władzy publicznej, tym samym Policji nie dotyczy art. 26 ust. 3 pkt 2 u.p.p. Z kolei w ust. 3 pkt 3 powołanego przepisu wprost wskazano sądy i prokuraturę. Przyjęte rozwiązanie oznacza zatem, że skoro przepisy u.p.p. nie wskazują Policji jako podmiotu uprawnionego do dostępu do dokumentacji medycznej, to należy uznać, że co do zasady nie ma ona dostępu do dokumentacji. Od tej generalnej zasady należy wskazać wyjątek wynikający z art. 217 k.p.k.²⁶, zgodnie z którym rzeczy mogące stanowić dowód w sprawie należy wydać na żądanie sądu lub prokuratora, a w przypadkach niecierpiących zwłoki – także na żądanie Policji lub innego uprawnionego organu. Powołany przepis wskazuje zatem, że w sytuacjach niecierpiących zwłoki, np. jeżeli istnieje uzasadniona obawa, że dokumentacja może ulec celowemu zniszczeniu, istnieje obowiązek wydania Policji żądanej dokumentacji.

Analizując problematykę udostępniania dokumentacji innym podmiotom, należy zwrócić uwagę na rozwiązania zawarte w art. 26 ust. 3 i 4 u.p.p. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych (art. 26 ust. 3 u.p.p.). Powyższy zapis dotyczy m.in. studentów odbywających praktyki wakacyjne czy zajęcia praktyczne przewidziane w programie nauczania. Zauważyć należy, że odnosi się to jedynie realizacji celów dydaktycznych. Powołany przepis nie uzasadnia natomiast udostępnienia studentowi dokumentacji medycznej pacjentów w celu napisania np. pracy licencjackiej czy magisterskiej. Podyktowane jest to przede wszystkim celem udostępnienia. W tym przypadku chodzi bowiem nie o cel dydaktyczny a naukowy.

Tym samym pojawia się kolejny problem dotyczący udostępniania dokumentacji medycznej w celach naukowych. Art. 26 ust. 4 u.p.p. przewiduje udostępnienie dokumentacji medycznej w celach naukowych jedynie szkole wyższej lub instytutowi badawczemu. Podkreślenia wymaga, iż w takim przypadku

²⁵ Ustawa z 6 kwietnia 1990 r. o Policji (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 360).

²⁶ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 30 z późn. zm.).

nie można ujawnić nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy. Brzmienie przepisu wprost wskazuje podmioty upoważnione do dokumentacji medycznej udostępnianej w celach naukowych. Tym samym należy jednoznacznie stwierdzić, że w żadnym przypadku o udostępnienie dokumentacji nie może wystąpić np. student piszący pracę magisterską czy licencjacką²⁷. Każdorazowo winno się to odbywać za pośrednictwem szkoły wyższej, co w praktyce oznacza, że wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej powinien być złożony przez upoważnionego przedstawiciela uczelni, np. dziekana. Oczywiście taki wniosek powinien zawierać wskazanie celu naukowego, realizacji którego ma służyć dokumentacja medyczna. Należy zwrócić uwagę, że udostępnianie dokumentacji medycznej w celach naukowych może dotyczyć nie tylko studentów, ale także pracowników naukowych. Również w tym przypadku sytuacja jest identyczna, tzn. dokumentacja medyczna jest udostępniana szkole wyższej lub instytutowi badawczemu. Konkretyzując można wskazać, że chodzi o udostępnienie dokumentacji konkretnemu badaczowi, ale musi się to formalnie odbyć za pośrednictwem szkoły wyższej lub instytutu badawczego, w ramach których jest realizowany cel naukowy. Trzeba jednak w tym miejscu zwrócić uwagę, że nie zawsze badania naukowe są realizowane w szkołach wyższych czy instytutach badawczych. Nie można bowiem wykluczyć sytuacji, w której np. lekarz niezwiązany z żadną uczelnią czy instytutem badawczym realizuje badania w celach naukowych. W takiej sytuacji nie ma możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej w oparciu o powołany wcześniej art. 26 ust. 4 u.p.p. Uważam, że w takim wypadku należy rozważyć dwie sytuacje. Pierwsza dotyczy pracowników danego podmiotu leczniczego, którzy realizują badania w celach naukowych w ramach tego podmiotu. Natomiast drugi przypadek odnosi się do sytuacji, kiedy np. lekarz realizuje badania naukowe poza danym podmiotem leczniczym np. w celach komercyjnych. W powołanych przykładach udostępnianie dokumentacji medycznej będzie wyglądało zupełnie inaczej. W pierwszej sytuacji, kiedy chodzi o pracownika podmiotu leczniczego i badania realizowane są w celach naukowych w ramach tego podmiotu i jednocześnie afiliowane przez ten podmiot, należy przyjąć, że możliwe będzie udostępnienie dokumentacji medycznej w ramach wewnętrznie opracowanej procedury. Podkreślenia wymaga jednak, że zgodnie z art. 24 ust. 2 u.p.p. do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej są uprawnione m.in. osoby wykonujące zawód medyczny. Przetwarzanie danych w takim wypadku może odbywać się jedynie w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu. Powołany przepis nie przewiduje natomiast przetwarzania danych

²⁷ Zob. <https://www.prawo.pl/zdrowie/student-nie-jest-uprawniony-do-uzyskania-dostepu-do-dokumentacji-medycznej,247168.html>.

w celach naukowych. Tym samym będzie to możliwe tylko po uprzednio uzyskanej zgodzie od pacjenta. Należy podkreślić, że co do zasady przetwarzanie danych pacjenta przez podmiot leczniczy ma miejsce bez zgody pacjenta. Przetwarzanie na podstawie zgody jest rzadkością i ma miejsce tylko w określonych sytuacjach, w przypadku braku podstaw prawnych do przetwarzania danych. Taką sytuację, w celu realizacji badań naukowych, przewiduje pkt 4.5.1.3. Kodeksu postępowania. Tym samym należy przyjąć, że zgoda pacjenta odbierana np. przy przyjęciu do szpitala na przetwarzanie jego danych w celach naukowych będzie wystarczająca do tego, aby personel medyczny, realizujący badania naukowe w ramach tego podmiotu, mógł mieć udostępnioną dokumentację pacjenta w oparciu o opracowane procedury wewnętrzne. Jeśli natomiast pracownik medyczny (np. lekarz) realizuje cele naukowe poza danym podmiotem leczniczym, np. wykonuje badania komercyjne, bez afiliacji podmiotu leczniczego, należy przyjąć, że w takim przypadku konieczne będzie uzyskanie indywidualnej zgody od danego pacjenta. W takiej sytuacji lekarza będziemy traktować jako osobę upoważnioną przez pacjenta. Analogiczna sytuacja będzie miała miejsce w przypadku np. lekarza, który występuje o udostępnienie dokumentacji medycznej od podmiotu leczniczego, z którym nie jest w żaden sposób formalnie związany. Również w tym wypadku wymagane jest upoważnienie od pacjenta.

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 27 ust. 1 u.p.p. dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku²⁸;
- 3) 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;
- 4) za pośrednictwem komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

²⁸ Zgodnie z art. 3 ust.1 u.p.p. wyciąg to skrótowny dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej, odpis to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem, kopia to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

Ponadto zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (art. 27 ust.2 u.p.p.)

Zauważyć należy, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 3 u.p.p.).

Podkreślić należy, że decyzja co do wyboru sposobu udostępnienia dokumentacji medycznej generalnie należy do pacjenta lub osoby uprawnionej²⁹. Sposoby udostępnienia wskazane w ustawie raczej nie budzą wątpliwości. W praktyce w każdym podmiocie leczniczym wskazane są komórki organizacyjne odpowiedzialne za udostępnianie dokumentacji medycznej. W szpitalach najczęściej jest to archiwum. Z uwagi jednak na możliwość wglądu w dokumentację medyczną w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie można wykluczyć sytuacji, kiedy np. pacjent w trakcie hospitalizacji, przebywając na oddziale zażąda wglądu w dokumentację. Zazwyczaj rozwiązania takiej sytuacji przewidują procedury wewnętrzne obowiązujące w podmiocie leczniczym. Nie ma wątpliwości co do tego, że takiego wglądu w dokumentację nie można odmówić, co więcej należy zapewnić pacjentowi również możliwość zrobienia notatek czy fotokopii. Pamiętać jednak należy, że żądanie pacjenta nie musi być realizowane natychmiast. Dokumentacja medyczna, o czym będzie mowa w dalszej części, powinna być udostępniana bez zbędnej zwłoki. Należy zatem zwrócić uwagę, że na pierwszym miejscu zawsze musi pozostać realizacja świadczeń zdrowotnych i wgląd w dokumentację nie może zdezorganizować ani opóźniać pracy personelu i mieć wpływu na funkcjonowanie oddziału.

Analizując sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, należy zwrócić uwagę fakt wydania oryginału dokumentacji medycznej. O ile wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych nie budzi wątpliwości, to należy przeanalizować możliwość wydania oryginału w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Należy przyjąć, że pacjent co do zasady nie jest podmiotem uprawnionym do uzyskania oryginału dokumentacji medycznej. Jest możliwe tylko w sytuacji wyjątkowej tj. w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia wskutek zwłoki w wydaniu dokumentacji medycznej³⁰. Zgod-

²⁹ <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/305279990-Udostepnianie-dokumentacji-medycznej.html>.

³⁰ Objasnienia prawne z 20 lutego 2019 r. wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta w oparciu o art. 33 ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Udostępnianie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne, s. 12–13, w dalszej części Objasnienia

nie z § 70 ust. 1 rozp.d.m. w przypadku wydania oryginału dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji³¹. W związku z powołanym przepisem w praktyce nie może mieć miejsca sytuacja, w której w podmiocie leczniczym nie będzie danej dokumentacji medycznej (oryginału, kopii lub pełnego odpisu). Tym samym można uznać, że art. 27 ust. 1 pkt 3 u.p.p. w zakresie udostępniania oryginału pacjentowi jest „martwym przepisem”. Każdorazowo bowiem podmiot leczniczy musi wykonać kopię lub odpis takiej dokumentacji, a więc nie ma żadnych przeszkód, aby właśnie kopię lub odpis wydać pacjentowi. Nawiązując do powyższej kwestii, trzeba zwrócić uwagę, że nie ma podstaw do przeniesienia oryginału dokumentacji np. w przypadku zmiany lekarza. Wówczas pacjent nie ma prawa zażądać wydania oryginału dokumentacji medycznej i może wystąpić jedynie o sporządzenie kopii³².

Odnosząc się do kwestii udostępniania dokumentacji medycznej i sposobów tego udostępniania, należy zwrócić uwagę na problem, z którym bardzo często borykają się podmioty lecznicze, a mianowicie wydawanie wyników badań pacjentom. Niestety, wśród pacjentów powszechne jest przekonanie, że wynik jest własnością pacjenta, co powoduje wiele sytuacji konfliktowych na linii pacjent – podmiot leczniczy³³. Powyższą kwestię w sposób jednoznaczny rozstrzyga § 9 ust. 4 rozp. d.m., zgodnie z którym podmiot przeprowadzający badanie, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki takich badań lub konsultacji. W związku z brzmieniem powołanego przepisu, należy jednoznacznie podkreślić, że w każdym przypadku, kiedy badanie jest przeprowadzane na podstawie skierowania, jego wynik musi obligatoryjnie być przekazany do podmiotu, który to skierowanie wydał, niezależnie od tego jakie jest źródło finansowania tego badania. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w stanowisku dyrektora Departamentu Spraw Świadczeniobiorców Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym „w świetle obowiązujących przepisów obieg wyników badań kończy się na podmiocie, który zlecił wykonanie badania”³⁴.

Przyjęte rozwiązanie wynika przede wszystkim z tego, że to lekarz kierujący na badanie odpowiada za leczenie³⁵. Nie można bowiem wykluczyć

prawne, https://medycynapracyportal.pl/wp-content/uploads/aktualnosci/2019/02/25/objasnienia_prawne-dokumentacja_medyczna.pdf.

³¹ Zob. M. Śliwka, M. Urbaniak, op. cit., s. 115.

³² Powyższe wynika przede wszystkim z obowiązku archiwizowania dokumentacji medycznej, nałożonego na każdy podmiot leczniczy, który wytworzył daną dokumentację medyczną

³³ <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Aby-odebrac-wyniki-badania-trzeba-umowic-sie-na-druga-wizyte-n77829.html>.

³⁴ Pismo z 12 lutego 2014 r., znak: NFZ/CF/DSS/2014/073/0010/W/04355/MAN. Należy zwrócić uwagę, że przepis wskazujący na obowiązek przekazywania wyników jest powielany w kolejnych rozporządzeniach dotyczących dokumentacji medycznej.

³⁵ <https://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Tajne-wyniki-badan-pacjenci-nie-moga-ich-odebrac,144116,2.html>.

sytuacji, w której jeżeli możliwy byłby odbiór wyniku przez pacjenta, bez obowiązku przesłania do lekarza kierującego, leczenie mogłoby zostać przerwane. Często bowiem pacjenci sami interpretują wyniki i bagatelizują sprawę. Możliwe jest zatem, że nawet gdyby dalsze leczenie było konieczne i obligatoryjne, mogłoby w ogóle nie zostać podjęte, co z kolei mogłoby skutkować pogorszeniem stanu zdrowia lub nawet śmiercią pacjenta. Z drugiej strony trzeba zrozumieć sytuację pacjenta, który zazwyczaj z niecierpliwością i często z lękiem oczekuje wyników badań. Niestety, wobec takiego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, gdzie czas oczekiwania np. na wizytę u specjalisty jest bardzo długi, niepokój pacjentów i chęć osobistego odbioru wyników są uzasadnione. Podkreślenia wymaga, że w sytuacji np. biopsji tarczycy, która jest wykonywana na początku roku, a wizyta jest zaplanowana za kilka miesięcy, w momencie kiedy do lekarza kierującego wpłynie niepomyślny wynik wskazujący na konieczność podjęcia leczenia, istnieje bezwzględny obowiązek powiadomienia o powyższym pacjenta. W praktyce oznacza to zazwyczaj kontakt telefoniczny z pacjentem i wyznaczenie wcześniejszej wizyty. Nawet jeśli pacjent nie dostaje żadnego powiadomienia, co wskazuje, że wynik jest „dobry”, i tak ma możliwość uzyskać dostęp do takiego wyniku niezależnie od wizyty lekarskiej³⁶. Pacjent ma zatem możliwość wystąpienia o udostępnienie dokumentacji medycznej zarówno do podmiotu leczniczego, w którym zostało wydane skierowanie i przesłany został wynik badania, jak również do podmiotu, w którym wykonane zostało badanie. Przy czym podkreślić trzeba, że w takim wypadku nie będzie to wydanie oryginału wyniku, tylko np. jego kopii w ramach udostępnienia dokumentacji medycznej.

W sytuacji kiedy pacjent ma wgląd do wyników poprzez różne platformy, oryginał wyniku i tak każdorazowo jest przesyłany do lekarza kierującego.

Oplaty za udostępnienie dokumentacji medycznej i udostępnianie bez zbędnej zwłoki

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągu, odpisu, kopii, na informatycznym nośniku danych oraz w przypadku skanu dokumentacji papierowej, zgodnie z art. 28 ust. 1 u.p.p., podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Z brzmienia powołanego przepisu jednoznacznie wynika, że udostępnianie w inny sposób (np. przez wgląd lub wydanie oryginału) jest bezpłatne. Ustawodawca wskazuje, że opłatę ustala podmiot leczniczy, ale nie pozostawia całkowitej swobody, co do wysokości pobieranych opłat. Art. 28 ust. 4 u.p.p. przewiduje bowiem maksymalne wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej tj. wysokość opłaty za:

³⁶ *Objaśnienia prawne...*, s. 12–13.

1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,

2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,

3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Podkreślenia wymaga, że maksymalna stawka za udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy zarówno samego pacjenta jak i osób upoważnionych, w tym ubezpieczycieli. Tym samym niedopuszczalne jest doliczanie opłaty dodatkowej (manipulacyjnej) za przygotowanie dokumentacji do udostępnienia i wysyłki³⁷.

Jeśli chodzi natomiast o koszt wysyłki, należy uznać, że jest to opłata za dodatkową usługę i może być ona pobierana. Trzeba zwrócić uwagę, że nie jest ona obligatoryjna, tylko zależy od woli podmiotu, któremu jest udostępniana dokumentacja medyczna. Wysyłanie dokumentacji nie jest obowiązkowe, zawsze osoba zainteresowana ma możliwość osobistego odbioru, co nie generuje dodatkowych kosztów. W przypadku gdy mamy do czynienia z wysłaniem dokumentacji, ważne jest, aby kwota naliczona za usługę każdorazowo była zindywidualizowana i ekwiwalentna do rzeczywiście poniesionych kosztów. Powyższe stanowisko zostało wyrażone w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 4 grudnia 2018 r.³⁸: „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 dnia 17 stycznia 2006 r. U6/04, DTK – A 2006/1/3). Wymaga to zachowania formy ustawowej regulacji. Ustalenie wysokości opłaty za udostępnianie 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”.

W praktyce podmioty lecznicze często pobierają opłatę jeszcze przed udostępnieniem dokumentacji medycznej, co jest uznane za zgodne z prawem. Kwestia uzależnienia wydania dokumentacji medycznej od dokonania opłaty została poruszona w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 10 kwiet-

³⁷ Ibidem, s. 8

³⁸ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 4 grudnia 2018 r., sygn. akt II OSK 3024/18.

nia 2018 r.³⁹, w którym stwierdzono, że „wprowadzenie regulacji uzależniającej udostępnienie dokumentacji medycznej od uiszczenia opłaty przed wykonaniem czynności udostępnienia dokumentacji medycznej jest związane z ceną usługi, nie stanowi naruszenia praw pacjenta. Jest to związane z przyjęciem dopuszczalności obciążenia pacjentów kosztami tego rodzaju usługi”.

Analizując kwestię odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej, należy zwrócić uwagę, że od czasu wejścia w życie RODO⁴⁰ podmiot będący administratorem danych ma obowiązek, zgodnie z art. 15 RODO, udostępnić nieodpłatnie dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej. Do czasu wejścia w życie ustawy z 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)⁴¹, mieliśmy do czynienia ze swoistym dualizmem w zakresie ponoszenia kosztów za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Najogólniej: jeżeli pacjent, żądając dokumentacji medycznej, powołał się na u.p.p., to ponosił koszty zgodnie z wyżej opisanymi zasadami. Jeżeli natomiast wystąpił o dokumentację na podstawie RODO, otrzymywał jej pierwszą kopię nieodpłatnie. Należy bowiem zauważyć, że „prawo dostępu do danych osobowych, określone w treści art. 15 RODO, jest prawem niezależnym od prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia wyartykułowanym w art. 9 u.p.p. i prawa dostępu do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 u.p.p.”⁴² Ustawa zmieniająca w sposób jednoznaczny ujednoliciła kwestie odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej. Zgodnie bowiem z art. 96 pkt 3 u. zmieniającej dokonano nowelizacji w u.p.p., wskazując, że opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie oraz w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 28 ust. 2a u.p.p.).

³⁹ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 10 kwietnia 2018 r., sygn. akt II OSK 3194/17.

⁴⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1–88).

⁴¹ Ustawa z 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. z 2019 r., poz. 730), zwana dalej u. zmieniająca lub ustawa zmieniająca.

⁴² J. Zajdel-Całkowska, op. cit., s. 418.

Analizując kwestię braku opłaty za pierwszą kopię, zauważyć należy, że do bezpłatnej pierwszej kopii jest uprawniony jedynie pacjent i przedstawiciel ustawowy, a w przypadku postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych należy jeszcze dodać spadkobiercę. Z brzmienia powołanego przepisu wynika jednoznacznie, że w sytuacji, kiedy o udostępnienie dokumentacji wystąpi osoba upoważniona przez pacjenta, będzie zobligowana do wniesienia opłaty, zgodnie z obowiązującym cennikiem.

Podkreślenia wymaga fakt, że nieodpłatna jest tylko pierwsza kopia dokumentacji medycznej. Należy to rozumieć w taki sposób, że udostępnianie dokumentacji kumuluje się w czasie, tzn. że jeżeli pacjent wystąpi o udostępnienie po raz pierwszy dokumentacji np. za pierwszy kwartał 2020 r., to otrzyma ją nieodpłatnie. Jeśli natomiast pod koniec roku ponownie wystąpi o udostępnienie całej dokumentacji z 2020 r., to za tą wcześniej udostępnioną z pierwszego kwartału będzie musiał zapłacić, a pozostałą, jako pierwszą kopię, otrzyma nieodpłatnie.

Z uwagi na konieczność weryfikacji, która kopia jest wydawana oraz biorąc pod uwagę konieczność bieżącego kontrolowania udostępniania dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzenia wykazu zawierającego następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej (art. 27 ust. 4 u.p.p.)

Zgodnie z § 70 ust. 1 rozp. d.m. dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki. Należy przyjąć zatem, że dokumentacja medyczna ma być udostępniana najszybciej jak to możliwe. Przy czym pamiętać trzeba, że priorytetem podmiotów leczniczych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – procedura udostępniania dokumentacji medycznej nie może zakłócać procesu terapeutycznego (o czym była mowa wcześniej przy wglądzie w dokumentację medyczną). Poza tym warto podkreślić, że do podmiotów leczniczych wpływa stosunkowo dużo wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej i są one generalnie realizowane w kolejności wpływu (przy jednoczesnym uwzględnieniu, że w niektórych przypadkach, np. w sytuacji zaplanowanej pilnej wizyty

pacjent nie może czekać w kolejce, co zazwyczaj jest respektowane przez podmioty lecznicze⁴³).

Rzecznik Praw Pacjenta, odnosząc się do obowiązku niezwłocznego udostępnienia dokumentacji medycznej, podkreśla, że przepisy wewnętrzne w podmiocie leczniczym wskazujące np. że dokumentacja medyczna jest udostępniana „w terminie do 7 dni”, nie znajdują uzasadnienia w przepisach⁴⁴.

Podsumowanie

Prawo do dokumentacji medycznej jest jednym z kluczowych praw pacjenta. Jest ono pewnego rodzaju przedłużeniem prawa do informacji, które z kolei nierozzerwalnie wiąże się z prawem do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W dokumentacji medycznej odzwierciedlona zostaje wcześniej udzielona pacjentowi informacja oraz rzeczywisty przebieg procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Z prawem pacjenta w sposób nierozzerwalny wiążą się obowiązki zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i podmiotów leczniczych. Istnieje szereg obwarowań dotyczących samego prowadzenia dokumentacji, co z uwagi na tematykę opracowania zostało pominięte. Jak wskazują podjęte rozważania, udostępnianie dokumentacji medycznej w odpowiedzi na realizowane przez pacjenta lub inny podmiot uprawniony prawo dostępu do dokumentacji medycznej często nastęrcza wiele problemów natury prawnej i organizacyjnej. Ustawodawca wielokrotnie nowelizował przepisy dotyczące omawianego zagadnienia, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom podmiotów leczniczych i grup reprezentujących pacjentów. Nie wszystkie jednak rozwiązania spotykają się z aprobatą i wpływają na uproszczenie procedur związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej. To znajduje odzwierciedlenie w liczbie zgłaszanych naruszeń w odniesieniu do udostępnianej dokumentacji medycznej. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej znajduje się, obok prawa do świadczeń zdrowotnych, wśród praw nieprzestrzeganych w stopniu wysokim. W roku 2018 Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził 151 naruszeń prawa do dokumentacji medycznej, co stanowiło 33% wszystkich stwierdzonych naruszeń praw pacjenta. W latach 2014–2018 odsetek naruszeń omawianego prawa kształtował się na poziomie 28–35%⁴⁵. Zatem od lat prawo do

⁴³ Por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 4 grudnia 2018 r., sygn. akt II OSK 3024/18.

⁴⁴ Objaśnienia prawne..., s. 12; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 1 września 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1189/14 oraz wyrok Sądu Administracyjnego w Warszawie z 4 grudnia 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1666/15.

⁴⁵ Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2018-rok>.

dokumentacji medycznej jest wciąż na drugim miejscu wśród naruszeń wszystkich praw pacjenta. Wyżej plasuje się tylko najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta prawo do świadczeń zdrowotnych. Tak częste naruszenia omawianego prawa wiążą się w dużej mierze z poruszonymi zagadnieniami, leżącymi po stronie podmiotów leczniczych, które dotyczą często samej procedury wewnętrznej opracowywanej przez podmioty lecznicze.

Podjęte rozważania wskazują jednoznacznie, że nie ma żadnych podstaw do ograniczania dostępu do dokumentacji medycznej w oparciu o powołane procedury, w których ograniczenia często wynikają ze względów organizacyjnych i wygody personelu odpowiedzialnego za udostępnianie dokumentacji⁴⁶. Z drugiej strony podkreślenia wymaga, że dostosowanie tych procedur do obowiązujących przepisów i zmiana wieloletnich nawyków powielanych w podmiotach leczniczych może pozytywnie wpłynąć na realizację prawa pacjenta do dokumentacji medycznej i ograniczenie liczby naruszeń w tym zakresie.

Wykaz literatury

- Cymbała V., *Wybrane aspekty jakości dokumentacji medycznej – studium przypadku*, <http://www.jakosc.biz/wybrane-aspekty-jakosci-dokumentacji-medycznej-studium-przypadku/>.
- Jackowski M., *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, C.H. Beck, Warszawa 2018.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Kowalska A., *Glosa do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2013 r., sygn. akt VII SAB/Wa 201/12*, „Studia Prawnoustrojowe” 2014, nr 24.
- Ladrowska G., *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Nesterowicz M., *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Śliwka M., Urbaniak M., *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Zajdel-Całkowska J., *Prawo medyczne*, PZWL, Warszawa 2019.
- Zimna T., *Glosa do wyroku WSA z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz29/10*, „Przegląd Orzecznictwa” 2011, t. 4.
- <https://www.prawo.pl/zdrowie/udostepnianie-dokumentacji-medycznej-podmiotom-niewymienionym-w-ustawie-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta,262145.html>.
- <https://www.prawo.pl/zdrowie/student-nie-jest-uprawniony-do-uzyskania-dostepu-do-dokumentacji-medycznej,247168.html>.

⁴⁶ Nie ma m.in. podstaw do pytania pacjenta o cel udostępnienia dokumentacji czy wyznaczenia godzin, w których pacjent może np. złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej. Zob. *Objaśnienia prawne...*, s. 14 i 16.

<https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielgniarcki/305279990-Udostępnianie-dokumentacji-medycznej.html>.

https://medycynapracyportal.pl/wp-content/uploads/aktualnosci/2019/02/25/objasnienia_prawne-dokumentacja_medyczna.pdf.

<https://zdrowie.trojmiasto.pl/Aby-odebrac-wyniki-badania-trzeba-umowic-sie-na-dru-ga-wizyte-n77829.html>.

<https://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Tajne-wyniki-badan-pacjenci-nie-moga-ich-odebrac,144116,2.html>.

<https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2018-rok>.

Summary

Sharing medical records in the aspect of the healthcare provider duties

Key words: patient, medical entity, medical record, copy, original.

Among the catalogue of patient rights, the right to medical records occupies an important place. At the same time, in recent years it is the right which is most often violated. As a rule with all patient rights, also the right to medical records corresponds to the healthcare provider duties. Large entities usually develop internal procedures for sharing medical records and appropriate forms to improve the sharing process. Unfortunately, it is not possible to foresee all the situations that are encountered in practice, which results in many problems at the stage of sharing medical records, which next causes that the patient's right to medical records is often violated. Provisions regarding this issue are regularly amended. Besides, the changes were also introduced by the GDPR, due to which the amendment to the applicable provisions regarding the free first copy of medical documentation entered into force. Unfortunately, despite the changes introduced, the topic requires in-depth analysis. The study aims to show the problems faced by medical entities in connection with the implementation of the patient's right to medical records.

