

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

Konrad Wroński¹, Jarosław Cywiński², Roman Bocian¹, Jerzy Okraszewski¹

Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów jest obowiązkiem każdego lekarza. Informacje i dane na temat chorego, znajdujące się w dokumentacji medycznej, są pod ochroną prawną i zabrania się ich przetwarzania. Udostępnianie dokumentacji medycznej odbywa się zgodnie z aktami prawnymi, zawartymi w różnych dokumentach. Lekarz wykonujący swój zawód powinien dokładnie wiedzieć, kiedy i komu może udostępnić dokumentację medyczną. Niniejszy artykuł przedstawia prawne aspekty związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej w Polsce.

Principles of rendering medical documentation accessible

It is every doctor's duty to maintain medical documentation for every patient treated. Patient information and data included in medical documentation are legally protected and their processing is forbidden. Access to medical documentation is regulated by legal acts. The doctor must have precise knowledge regarding when and to whom can he or she provide access to medical documentation. This paper presents the legal aspects of providing the access to medical documentation in Poland.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, informacja, prawo, udostępnianie

Key words: medical documentation, information, law, providing access

Wstęp

Zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń pacjentom jest zobowiązany przez ustawodawcę do prowadzenia dokumentacji medycznej chorych. Zapisy dotyczące tego obowiązku znajdują się w artykule 18 ustęp 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej: „1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu”.

Lekarz wykonujący swój zawód ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z artykułem 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „1. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania”. Podobne zapisy dotyczą pielęgniarek, które także mają obowiązek, w myśl artykułu 20 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, prowadzenia dokumentacji medycznej: „3. Pielęgniarka, położna ma

obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej określonej odrębnymi przepisami”.

Informacje zawarte w dokumentacji medycznej są informacjami poufnymi. Obowiązek zachowania danych pacjenta w tajemnicy wymuszają na świadczeniodawcach odpowiednie akty i rozporządzenia.

Dane dotyczące zasad udostępniania dokumentacji medycznej znajdują się w wielu aktach prawnych. Możemy je znaleźć między innymi w:

- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;
- ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej;
- ustawie o zakładach opieki zdrowotnej;
- ustawie o ochronie danych osobowych;
- ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
- ustawie o statystyce publicznej;
- ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ochrona danych zawartych w dokumentacji medycznej

Zapisy mówiące o ochronie danych zawartych między innymi w dokumentacji medycznej normują w Polsce liczne akty prawne. Jednym z najważniejszych aktów prawnych,

¹ Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa w Łodzi

² Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

zapewniających ochronę danych osobowych każdemu obywatelowi Polski, jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiednie artykuły, mówiące o ochronie prywatności każdego obywatela, znajdują się w:

artykule 47: „Każdy ma prawo do ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym” i

artykule 51:

- „1. Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawnienia informacji dotyczących jego osoby.
2. Władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym.
3. Każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Ograniczenie tego prawa może określić ustawa.
4. Każdy ma prawo do żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą.
5. Zasady i tryb gromadzenia oraz udostępniania informacji określa ustawa”.

Jedną z ważniejszych ustaw, chroniących dane osobowe i informacje zawarte w dokumentacji medycznej, jest ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. W artykule 1 i 27 ustęp 1 niniejszej ustawy zapisano, iż:

„Art. 1. 1. Każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych.

2. Przetwarzanie danych osobowych może mieć miejsce ze względu na dobro publiczne, dobro osoby, której dane dotyczą, lub dobro osób trzecich w zakresie i trybie określonym ustawą.

Art. 27. 1. Zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”.

Do ochrony informacji zawartych w dokumentacji medycznej zobowiązany jest zakład opieki zdrowotnej. Przepisy nakładające taki obowiązek znajdują się w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej w artykule 18 ustęp 2: „Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1”.

Lekarza do ochrony danych zawartych zarówno w dokumentacji medycznej, jak i informacji zebranych podczas wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, zobowiązuje artykuł 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

„1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu...”

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody”.

Również pielęgniarki i położne mają obowiązek zachowania tajemnicy odnośnie danych zawartych w dokumentacji medycznej. Mówi o tym artykuł 21 ustęp 1 i 4 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej:

„1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu...”

4. Pielęgniarka, położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody”.

Należy pamiętać, iż informacje zebrane o chorym przez lekarza bądź też przez pielęgniarkę w trakcie wykonywania czynności służbowych są objęte tajemnicą również po jego śmierci.

Udostępnianie danych zawartych w dokumentacji medycznej

Ustawa o ochronie danych osobowych nie tylko zabrania przetwarzania danych zawartych między innymi w dokumentacji medycznej, ale także mówi, kiedy jest możliwe przetwarzanie tych danych. Szczegółowe zapisy dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w ustępie 2 artykułu 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych:

„2. Przetwarzanie danych, o których mowa w ust. 1, jest jednak dopuszczalne, jeżeli:

- 1) osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych,
- 2) przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony,
- 3) przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora,
- 4) jest to niezbędne do wykonania statutowych zadań kościołów i innych związków wyznaniowych, stowarzyszeń, fundacji lub innych niezarobkowych organizacji lub instytucji o celach politycznych, naukowych, religijnych, filozoficznych lub związkowych, pod warunkiem, że przetwarzanie danych dotyczy wyłącznie członków tych organizacji lub instytucji albo osób utrzymujących z nimi stałe kontakty w związku z ich działalnością i zapewnione są pełne gwarancje ochrony przetwarzanych danych,
- 5) przetwarzanie dotyczy danych, które są niezbędne do dochodzenia praw przed sądem,
- 6) przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadań administratora danych odnoszących się do zatrudnienia pracowników i innych osób, a zakres przetwarzanych danych jest określony w ustawie,
- 7) przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo

leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych,

- 8) przetwarzanie dotyczy danych, które zostały podane do wiadomości publicznej przez osobę, której dane dotyczą,
- 9) jest to niezbędne do prowadzenia badań naukowych, w tym do przygotowania rozprawy wymaganej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego; publikowanie wyników badań naukowych nie może następować w sposób umożliwiający identyfikację osób, których dane zostały przetworzone,
- 10) przetwarzanie danych jest prowadzone przez stronę w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z orzeczenia wydanego w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”.

Jednym z podstawowych aktów prawnych określających zasady udostępniania dokumentacji medycznej przez zakłady opieki zdrowotnej jest rozporządzenie ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku. Z paragrafu 52 i 53 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej wynika, iż:

„§ 52. 1. Dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

§ 53. 1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna, a dokumentacja zbiorcza jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta, jest udostępniana w sposób określony w art. 18 ust. 4a ustawy, na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

2. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.
3. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w zakładzie należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. Przepis nie ma zastosowania w sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę”.

W artykule 18 ustęp 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej zapisano, kto ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej: „Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:

- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,
- 2) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- 3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru,

- 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wnioski,
- 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- 7) rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- 8) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej”.

Dokumentacja może być także udostępniana do celów naukowych, ale z zastrzeżeniem, że nie powinno dojść do ujawnienia danych umożliwiających identyfikację osoby, której ta dokumentacja medyczna dotyczy. Mówi o tym artykuł 18 ustęp 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej:

„4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy”.

W sytuacji, gdy lekarz podejrzewa lub ma rozpoznać zachorowanie na chorobą zakaźną, jest on zobowiązany do ujawnienia danych chorego wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce. Dokładne zapisy znajdują się w artykule 20 ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach:

- „3. W przypadku podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, określoną w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1, lub rozpoznania takiej choroby lekarz lub felczer ma obowiązek zgłoszenia tego faktu, w ciągu 24 godzin, właściwemu ze względu na miejsce zachorowania powiatowemu (portowemu) inspektorowi sanitarnemu, z zastrzeżeniem ust. 4 i 6.
4. Podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na gruźlicę lekarz lub felczer ma obowiązek zgłosić właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc.
5. Podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżączkowicę lekarz lub felczer ma obowiązek zgłosić bezpośrednio właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.
6. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej określonej w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1, lekarz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

7. W zgłoszeniach, o których mowa w ust. 3–6, z zastrzeżeniem ust. 8, zamieszcza się następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) datę urodzenia,
- 3) nr PESEL,
- 4) płeć,
- 5) adres zamieszkania (lub zameldowania),
- 6) rozpoznanie oraz kod jednostki chorobowej zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób,
- 7) inne informacje niezbędne do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz rozpoznania i oceny sytuacji epidemiologicznej.

8. W zgłoszeniu zachorowań na AIDS lekarz zamieszcza dane określone w ust. 7, a jeżeli pacjent je zastrzeże, to następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:

- 1) inicjały imienia i nazwiska lub hasło,
- 2) wiek,
- 3) płeć,
- 4) obywatelstwo,
- 5) województwo, na obszarze którego posiada stałe zameldowanie, a w przypadku niemożliwości ustalenia województwo, na obszarze którego przebywa osoba, której dotyczy zgłoszenie,
- 6) rozpoznanie.

9. W zgłoszeniach, o których mowa w ust. 3–6, należy zamieścić imię, nazwisko, adres i numer telefonu lekarza dokonującego zgłoszenia”.

Podobne zapisy dotyczące ujawnienia danych chorego w przypadku potwierdzenia choroby zakaźnej obowiązują kierownika laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne. Szczegółowe procedury obowiązujące kierownika laboratorium w przypadku wykrycia choroby zakaźnej zapisano w artykule 21 ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach:

„1. Kierownik laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne, serologiczne i molekularne ma obowiązek zgłaszania, w ciągu 24 godzin, dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określonych w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 2, do powiatowego (portowego) inspektora sanitarnego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Zgłoszenie zakażenia gruźlicą należy kierować bezpośrednio do wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc.

3. Zgłoszenie zakażenia HIV, kiłką, rzeżączką, nierzeżączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzeżączką należy kierować bezpośrednio do wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.

4. W zgłoszeniach, o których mowa w ust. 1–3, z zastrzeżeniem ust. 5, kierownik laboratorium umieszcza następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) datę urodzenia,
- 3) nr PESEL,

- 4) płeć,
- 5) adres zamieszkania (lub zameldowania),
- 6) wynik badania i datę pobrania próby,
- 7) inne informacje niezbędne do rozpoznania i oceny sytuacji epidemiologicznej oraz przeciwdziałania zakażeniom.

5. W zgłoszeniu zakażenia HIV kierownik laboratorium zamieszcza dane określone w ust. 4, a jeżeli pacjent je zastrzeże (badanie anonimowe), to następujące dane:

- 1) inicjały imienia i nazwiska lub hasło,
- 2) wiek,
- 3) płeć,
- 4) obywatelstwo,
- 5) miejsce stałego pobytu: województwo, typ miejscowości (miasto, wieś),
- 6) wynik badania i datę pobrania próby.

6. W zgłoszeniach, o których mowa w ust. 1–3, należy zamieścić imię, nazwisko, adres i numer telefonu kierownika laboratorium, dokonującego zgłoszenia oraz nazwę i adres placówki”.

Zgodnie z artykułem 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, jednym z organów państwowych, który jest uprawniony do wglądu do dokumentacji medycznej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W artykule 188 niniejszej ustawy zapisano, do jakich celów NFZ może przetwarzać dane osobowe ubezpieczonych:

„1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:

- 1) stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
- 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
- 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
- 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.

2. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;

- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
 - 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych:
 - 1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4–8;
 - 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3.
 4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1–3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona);
 - 2) nazwisko rodowe;
 - 3) data urodzenia;
 - 4) płeć;
 - 5) obywatelstwo;
 - 6) stan cywilny;
 - 7) numer PESEL;
 - 8) numer NIP – w przypadku osób, którym nadano ten numer;
 - 9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
 - 10) adres zamieszkania;
 - 11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
 - 12) numer ubezpieczenia;
 - 13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
 - 14) stopień niepełnosprawności – w przypadku członka rodziny;
 - 15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
 - 16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 13 ust. 1;
 - 17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 19) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne;
 - 20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera, o którym mowa w pkt 19;
 - 21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne.
5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2–9, wobec których z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.”

Do informacji i danych osobowych zawartych w dokumentacji mają także wgląd służby statystyki publicznej. Odpowiednie zapisy znajdują się w ustawie z dnia 29 czerwca 1995 roku o statystyce publicznej w artykule 35:

„1. Upoważnia się służby statystyki publicznej do zbierania do celów statystycznych i dla przygotowania prognoz demograficznych następujących danych o osobach fizycznych zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

 - 1) imiona i nazwisko,
 - 2) płeć,
 - 3) data i miejsce urodzenia,
 - 4) obywatelstwo,
 - 5) stan cywilny,
 - 6) data zawarcia i ustania małżeństwa,
 - 7) adres zamieszkania,
 - 8) data zgonu,
 - 9) identyfikator systemu ewidencji ludności.

2. Określone w ust. 1 dane mogą być zbierane w formie odpowiedzi udzielanej bezpośrednio służbom statystyki publicznej przez osobę, której dotyczą, lub dorosłego domownika albo pobierane z danych administracyjnych; zakres i formę zbierania danych osobowych niezbędnych do danego badania określa każdorazowo program badań statystycznych statystyki publicznej, a w przypadku spisów powszechnych – odrębna ustawa.

3. Inne niż określone w ust. 1 dane dające się zidentyfikować z konkretną osobą fizyczną mogą być zbierane przez służby statystyki publicznej wyłącznie wtedy, gdy w programie badań statystycznych wskazano jako źródło danych statystycznych dokument zawierający dane osobowe nie dające się w prosty sposób oddzielić przy ich przekazywaniu do celów statystycznych lub gdy identyfikacja jest niezbędna do opracowania wyników badania statystycznego.

4. Gromadzenie w jednym zbiorze lub w bazie danych wszystkich zebranych przez służby statystyki publicznej danych osobowych dotyczących konkretnej osoby fizycznej, pochodzących z różnych badań statystycznych, które w połączeniu mogą służyć do charakterystyki lub oceny osoby – jest zabronione.

5. Opracowywanie danych osobowych i wprowadzanie ich do baz danych systemów informatycznych służb statystyki publicznej, z wyjątkiem, o którym mowa w ust. 6,

następuje z pominięciem danych wymienionych w ust. 1 pkt 1 i 7.

6. Dane osobowe w zakresie podanym w ust. 1 pkt 1-3, 7 i 9 mogą być gromadzone i przechowywane przez służby statystyki publicznej w formie operatu do badań statystycznych oraz opracowań, zestawień i analiz statystycznych wykonywanych przez te służby.”

Do kontroli i do wglądu do dokumentacji medycznej zgodnie z prawem ma także Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych. Zgodnie z artykułem 59 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa:

- „1. Prawdliwość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli.
2. Kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
3. W celu kontroli lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może:
 - 1) przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego:
 - a) w wyznaczonym miejscu,
 - b) w miejscu jego pobytu;
 - 2) skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 3) zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie;
 - 4) zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie”.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

W artykule 18 ustęp 4a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, zapisano zasady udostępniania dokumentacji medycznej: „Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji”.

Jednostka udostępniająca dokumentację medyczną może pobierać opłaty. Zapisy mówiące o możliwości pobierania opłat przez placówki świadczące opiekę zdrowotną zapisane są w artykule 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

- „4b. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę, z zastrzeżeniem ust. 4c.
- 4c. Przepis ust. 4b nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.2)) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach

i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.3)).

- 4d. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej w regulaminie porządkowym, o którym mowa w art. 18a ust. 1.
- 4e. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w „Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1,
 - 3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.”

Czas przechowywania dokumentacji medycznej

W przepisach zawartych w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, określono dokładny czas przechowywania dokumentacji medycznej w placówkach medycznych. Mówi o tym artykuł 4f niniejszej ustawy: „Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia”.

Podsumowanie

Każdy lekarz powinien dokładnie orientować się, kiedy i komu może udostępnić dokumentację medyczną. Udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieuprawnionej wiąże się z sankcjami karnymi zapisanymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. Osoba udostępniająca informacje dotyczące pacjenta osobom nieupoważnionym w myśl artykułu 51, podlega następującym sankcjom:

„1. Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Lekarz lub inna osoba z personelu medycznego, która nie jest uprawniona do przetwarzania informacji zawartych w dokumentacji medycznej, może zostać pociągnięta do odpowiedzialności karnej w myśl artykułu 49 ustawy o ochronie danych osobowych:

„1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ustępie 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3”.

Należy także pamiętać, że między innymi na lekarzu spoczywa obowiązek takiego zabezpieczenia dokumentacji medycznej, aby nie uległa ona uszkodzeniu, a także aby nie została zabrana przez osobę nieuprawnioną. W przypadku naruszenia tego obowiązku osoba administrująca tymi danymi podlega sankcjom zawartym w artykule 52 ustawy o ochronie danych osobowych: „Kto administrując danymi narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Dr n. med., mgr zarz. Konrad Wroński
 Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa
 ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź
 e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Wykaz wykorzystanych aktów prawnych:

- I. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
- II. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej
- III. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry
- IV. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych
- V. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania
- VI. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.
- VII. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej
- VIII. Ustawa o statystyce publicznej
- IX. Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa
- X. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Otrzymano: 24 lutego 2008 r.

Przyjęto do druku: 27 maja 2008 r.