



**FUNDACJA
TOGATUS**
PRO BONO

INFORMATOR

PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



Zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej, finansowane ze środków otrzymanych od Powiatu Wałęckiego.



MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



**FUNDACJA
TOGATUS**
PRO BONO



Dokumentacja medyczna zawiera wiele informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz informacji o świadczeniach zdrowotnych udzielanych w placówkach medycznych, niekiedy zawiera także informację o członkach rodziny, o stanie majątkowym, pracy pacjenta. Każdy pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej własnego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych. Jednakże wiele osób zadaje sobie pytanie: kto jeszcze może mieć dostęp do tych informacji, czy także mamy prawo do dokumentacji współmałżonka, rodziców, rodzeństwa czy dziecka, a jeśli tak, to w jaki sposób można uzyskać takie informacje.

Dokumentacja medyczna zawiera informacje, które pozwolą na zidentyfikowanie tożsamości pacjenta, takie jak:

1. imię i nazwisko osoby, której dotyczy,
2. datę urodzenia,
3. 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,
4. oznaczenie płci,
5. adres zamieszkania,
6. w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres miejsca zamieszkania.

Niezbędne w dokumentacji medycznej jest również **oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia dokumentacji medycznej.**

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma w obowiązku prowadzenie takiej dokumentacji, przechowywania oraz udostępniania osobom uprawnionym. Wszystkie czynności związane z dokumentacją medyczną muszą być wykonywane z zapewnieniem ochrony zawartych w niej danych za co odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

W podmiotach leczniczych dokumentacja medyczna dzieli się na:


- dokumentację indywidualną, która jest prowadzona jest odrębnie dla każdego pacjenta i dzieli się na:
 - dokumentację zewnętrzną, która obejmuje wszystkie dokumenty dedykowane pacjentowi, m.in.: skierowania, zaświadczenia, orzeczenia, opinie, karty przebiegu np. ciąży, książeczki szczepień itd.,
 - dokumentację wewnętrzną, która jest przeznaczona w szczególności dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, m.in.: historia zdrowia i choroby oraz historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa itd.
- dokumentację zbiorczą, która prowadzona jest ogólnie dla pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych danej placówki lub określonych grup pacjentów. Do dokumentacji zbiorczej wewnętrznej podmiotu leczniczego należą m.in.: księga główna przyjęć i wypisów, księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych w izbie przyjęć itd.

Dokumentacja medyczna nie musi być prowadzona wyłącznie w formie pisemnej, ale również w formie elektronicznej po spełnieniu warunków takich jak:

- dokumentacja medyczna musi być zabezpieczona przed uszkodzeniem lub utratą,
- musi zostać zachowana integralność i wiarygodność dokumentacji,
- musi być zabezpieczona przed wprowadzeniem zmian wpisanych już danych,
- musi być zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych,
- musi być zapewniony stały dostęp do dokumentacji medycznej dla osób uprawnionych do korzystania z niej,
- zapewnienie możliwość identyfikacji osoby która dokona wpisu w elektronicznej dokumentacji,
- możliwość przesyłania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną,
- zapewnienie funkcjonalności wydruku.

Przepisy prawa nakazują, aby dokumentacja medyczna była prowadzona czytelnie. Przy każdym wpisie do dokumentacji powinna znajdować się data oraz podpis osoby, która sporządzała dany wpis, natomiast kolejne wpisy wpisywane w porządku chronologicznym, odznaczone na końcu każdej adnotacji podpisem osoby, która tego dokonała. Nie wolno usuwać wpisów, które są w dokumentacji, jednakże błędne wpisy należy wykreślić, opatrzyć datą wykreślenia oraz wpisać przyczynę błędu. Dokumentacja w postaci papierowej jest numerowana i powinna stanowić chronologiczną całość. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie, zabezpieczanie oraz archiwizację dokumentacji medycznej jest osoba, która kieruje daną komórką organizacyjną podmiotu leczniczego.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



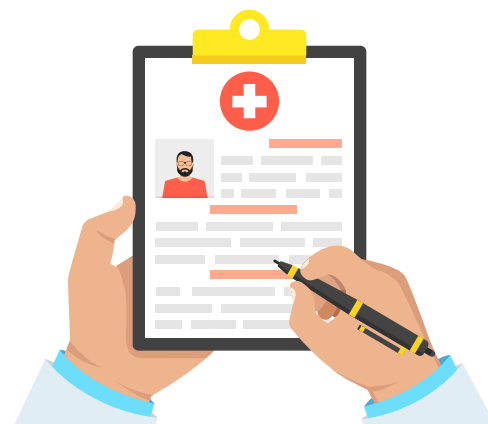
Dokumentację medyczną należy przechowywać przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, natomiast w przypadku śmierci na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia dokumentację medyczną przechowuje się przez 30 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon. Zdjęcia rentgenowskie poza dokumentacją medyczną przechowywane powinny być przez 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie. Skierowania i zlecenia lekarza przechowywane są przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Dokumentacja medyczna dotycząca dzieci poniżej 2 roku życia przechowywana jest przez 22 lata. Po upływie tego czasu dokumentacja medyczna podlega archiwizowaniu.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Osoby i podmioty, którym można udostępnić dokumentację medyczną, zostały wskazane w art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Powyższy przepis informuję, że Podmiot medyczny może udostępnić dokumentację medyczną:

- pacjentowi,
- przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (np. rodzicowi, opiekunowi osoby nieletniej, prawnemu opiekunowi osoby ubezwłasnowolnionej),
- osobie upoważnionej przez pacjenta.



Poza ww. osobami w art. 26 ust 3 ustawy zostały wskazane inne podmioty, którym zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną, Są to:

- podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organy władzy publicznej, w tym Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci w ochronie zdrowia, a także Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- podmioty, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
- upoważnione przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osoby wykonujące zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.);
- Agencja Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 451 oraz z 2023 r. poz. 605);
- minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowe komisje lekarskie oraz komisje lekarskie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległe Szefom właściwych Agencji;
- osoby wykonujące 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;



Poza ww. osobami w art. 26 ust 3 ustawy zostały wskazane inne podmioty, którym zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną. Są to:

- wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
- spadkobiercy w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
- osoby wykonujące czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

Art. 26 ust. 3a

„Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), 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. 4

„Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.”

DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ PARTNERÓW POZOSTAJĄCYCH W ZWIĄZKACH PARTNERSKICH NIEFORMALNYCH ORAZ PARTNERSKICH FORMALNYCH (REJESTROWANYCH)

Pacjent może upoważnić jakąkolwiek osobę do wglądu oraz do informacji zawartej w dokumentacji medycznej. Dotyczy to również osoby będącej w związku partnerskim nieformalnym jak i w formalnym z Pacjentem i wyłącznie przez udzielenia upoważnienia będzie ona mogła mieć dostęp do dokumentacji. Związki partnerskie formalne różnią to od związków nieformalnych tym, że nie tylko upoważnienie Pacjenta jest podstawą do udostępnienia dokumentacji medycznej. Związki partnerskie formalne powinny opierać się na umowie, która musi zostać zawarta w formie aktu notarialnego, aby miała jakąkolwiek moc. Wyłącznie poświadczenie podpisu bądź sama forma aktu notarialnego pozwalają na bezpieczne przyjęcie, że osobą, która je podpisała to jest dany Pacjent. Ubiegając się o dostęp do informacji osoba upoważniona musi dysponować odpisem tego aktu.



DOKUMENTACJA MEDYCZNA OSOBY ZMARŁEJ

Dokumentacja medyczna osoby zmarłej jest udostępniana osobie upoważnionej za życia przez zmarłego, osobie, która za życia pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym lub osobie bliskiej, jeżeli nie sprzeciwiła się temu inna osoba bliska lub sam pacjent za życia.



DARMOWA POMOC PRAWNA - PORADNICTWO OBYWATELSKIE

Na terenie całej Polski funkcjonuje ponad 1500 punktów darmowej pomocy prawnej i poradnictwa. Jest to rezultat wejścia w życie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnym poradnictwie obywatelskim oraz edukacji prawnej.

Z darmowych porad może skorzystać każda osoba, której nie stać na uzyskanie odpłatnej porady i która złoży stosowne oświadczenie.

Prawnicy Fundacji Togatus Pro Bono udzielają bezpłatnych porad prawnych w punktach nieodpłatnej pomocy prawnej na terenie powiatów, z którymi Fundacja zawarła umowy.

Zapraszamy do zapoznania się z zasadami udzielania bezpłatnej pomocy prawnej.

Sprawdź, jak i gdzie uzyskać darmową poradę



www.fundacja.togatus.pl

