

Mateusz Kamiński

Received: 11.06.2014

Accepted: 17.06.2014

Published: 30.06.2014

Obowiązek odbierania oświadczeń od pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą

A duty of receiving declarations from patients by subjects conducting medical activity

Kancelaria Radcy Prawnego Marka Wnuka w Łodzi, Polska

Correspondence to: Mateusz Kamiński, pl. 500-lecia 17, 95-030 Rzgów, Polska, e-mail: kaminski@prawokomputerowe.pl

Streszczenie

W artykule dokonano analizy § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, statuującego obowiązek odbierania oświadczeń od pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym lekarzy prowadzących praktyki lekarskie. Omówiono poszczególne rodzaje takich oświadczeń. Przeanalizowano dopuszczalność stosowania różnych metod ich rejestrowania i przechowywania. Szczególną uwagę poświęcono sposobom gromadzenia oświadczeń po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przedstawiono obowiązki podmiotu wykonującego działalność leczniczą związane z odbieraniem oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta. Poruszono także kwestię odbierania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Zwrócono uwagę na kwestię gromadzenia takich dokumentów składanych „na papierze” w formie pisemnej po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przeanalizowano również zagadnienie dopuszczalności odbierania oświadczeń podpisywanych odręcznie na ekranach czytników elektronicznych. Omówiono ponadto sposoby odbierania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które nie stwarzają podwyższonego ryzyka dla pacjenta. Zwrócono uwagę na praktyczny problem uciążliwości odbierania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie tej kategorii świadczeń zdrowotnych. Przeanalizowano metody ich rejestrowania zarówno w indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej, jak i w postaci elektronicznej.

Słowa kluczowe: oświadczenie woli w formie pisemnej, zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego, dokumentacja medyczna, lekarz, podmiot wykonujący działalność leczniczą

Abstract

A regulation § 8 of the Health Minister of 21 December 2010 on the kinds and scope of medical documentation and the way of processing it, enacting a duty of receiving declarations from patients by subjects conducting medical activity, including doctors conducting medical practice, has been analysed in the article. The particular kinds of such declarations have been discussed. The admissibility of applying different methods of registering and keeping declarations has been analysed. A particular attention has been paid to the ways of gathering declarations after beginning of maintaining medical documentation in an electronic version. Duties of a subject conducting medical activity connected with receiving a declaration on authorization of a close person to obtain information about a patient's health state and health services being provided to him/her and about a declaration on authorization of a close person to receive medical documentation of a patient have been discussed in detail. An issue of receiving declarations on approval of providing health services involving increased risk to a patient has been presented. The attention has been paid as well to an issue of gathering such declarations made “on paper” in written form after beginning of maintaining medical documentation in the electronic version. A matter of admissibility of receiving such declarations signed by hand on electronic scanners' screens has been analysed. The ways of receiving declarations on approval of providing health services which do not involve the increased risk to a patient have been discussed too. A problem of inconvenience of receiving declarations on approval of providing this category of health services has been pointed out. Methods of registering such declarations both in individual medical documentation being maintained on paper and in the electronic version.

Key words: declaration of will in written form, approval for providing health service, medical records, doctor, subject conducting medical activity

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. w: Dz. U. 2014, poz. 177, dalej rdokmed) w § 8 nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym osoby prowadzące praktyki lekarskie, obowiązek dokumentowania oświadczeń pacjenta o upoważnieniu do udzielania informacji o stanie zdrowia i do udostępniania dokumentacji medycznej oraz o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego⁽¹⁾. Realizacja tej powinności może być przedmiotem zainteresowania organów uprawnionych do kontroli prowadzenia dokumentacji medycznej. Niedopełnienie tego formalnego obowiązku może stać się również podstawą do zgłaszania roszczeń wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Warto rozważyć, jak w zgodzie z przepisami dokumentować oświadczenia pacjentów, w tym po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej⁽²⁾.

RODZAJE OŚWIADCZEŃ PACJENTA

We wspomnianym na wstępie § 8 rdokmed w następujący sposób określono zakres analizowanego obowiązku:

„W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej »ustawą«.

Przepis zawiera trzy punkty. Nie oznacza to jednak, że z perspektywy stosujących prawo obowiązek dotyczy dokumentowania tylko trzech rodzajów oświadczeń. Ze względów praktycznych na podstawie § 8 rdokmed należy wyróżnić cztery kategorie oświadczeń. Są to:

- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej⁽³⁾ do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych albo o braku takiego upoważnienia;
- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji albo o braku takiego upoważnienia;
- oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego, którego wykonanie stwarza podwyższone ryzyko dla pacjenta;

- oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego, którego wykonanie nie stwarza podwyższonego ryzyka dla pacjenta.

Dwie kategorie oświadczeń dotyczą szerzej rozumianej kwestii dostępu do informacji o stanie zdrowia i leczeniu pacjenta. Dwa rodzaje oświadczeń wskazanych na końcu odnoszą się do realizacji prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wyodrębnienie tych dwóch grup oświadczeń jest uzasadnione ze względu na tryb ich zbierania.

Ponadto w cytowanym przepisie wymieniono zezwolenie sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego, które zastępuje oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadkach szczególnych⁽⁴⁾.

OBOWIĄZEK ZAMIESZCZENIA LUB DOŁĄCZENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Obowiązek dokumentowania oświadczeń może być realizowany w różny sposób. Prawodawca dopuszcza zarówno zamieszczenie oświadczenia w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, jak i dołączenie takiego oświadczenia do tej dokumentacji. W podmiotach, które prowadziły dokumentację medyczną w postaci papierowej, najczęściej prosiło się pacjentów o wypełnienie uprzednio przygotowanych druków oświadczeń i podpisanie ich odręcznie. Stosując dotychczas to rozwiązanie zastanawiają się obecnie, jak realizować obowiązek dokumentowania oświadczeń po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przede wszystkim chcą się dowiedzieć, czy nadal będą mogli odbierać oświadczenia składane w formie pisemnej „na papierze”. Wątpliwości te sprowadzają się w istocie do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy art. 23 ust. 1a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 ze zm., dalej uopp), który ma wejść w życie 1 sierpnia 2014 r. i stanowi, że „dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej”, obejmuje także utrwalanie oświadczeń pacjentów w postaci elektronicznej⁽⁵⁾.

Obawy o niedopuszczalność dokumentowania oświadczeń pacjentów w formie pisemnej nie znajdują uzasadnienia w przepisach prawa. Po pierwsze dlatego, że oświadczenia nie są *sensu stricto* dokumentacją medyczną. Zgodnie bowiem z art. 25 pkt 3 uopp dokumentacja medyczna musi zawierać „opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych”. Omawiane oświadczenia pacjentów takiej informacji nie zawierają. Drugim argumentem, który przemawia za możliwością zbierania oświadczeń w formie pisemnej, jest wyraźne dopuszczenie przez prawodawcę, w § 8 rdokmed, możliwości „dołączenia” ich do dokumentacji medycznej.

W tym miejscu należy się zastanowić, jakie sposoby dokumentowania oświadczeń dopuszcza wymieniony wyżej przepis. W odniesieniu do oświadczeń utrwalonych

w podmiotach, które nadal prowadzą dokumentację medyczną w postaci papierowej, „dołączenie” może polegać na włożeniu oświadczenia do koperty, w której znajduje się historia zdrowia i choroby (historia choroby) pacjenta. Niestety, po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie będzie już można poprzestać na stosowaniu tej metody. Wtedy historie choroby przestaną być bowiem prowadzone w postaci papierowej, zniknie zatem możliwość włożenia oświadczenia do koperty z dokumentacją indywidualną pacjenta, ponieważ zamiast w kopercie dokumentacja ta będzie przechowywana w pamięci komputera. W nowych realiach trzeba będzie określić sposób gromadzenia oświadczeń. Niektórzy zapewne zdecydują się na gromadzenie ich w dokumentacji indywidualnej pacjentów powstałej jeszcze przed rozpoczęciem prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Rozwiązanie to może być jednak stosowane tylko wobec „starych” pacjentów. Oświadczeń złożonych „na papierze” przez „nowych” pacjentów nie uda się już włożyć do kopert z dokumentacją indywidualną, bo będzie ona zapisana wyłącznie w pamięci komputera. Z tej przyczyny należy poszukać innego rozwiązania w zakresie przechowywania papierowych oświadczeń. Mogą być one gromadzone w specjalnie do tego celu przeznaczonych kartotekach, uporządkowanych np. alfabetycznie. Przepisy nie regulują tej kwestii, zatem określenie sposobu przechowywania oświadczeń pozostaje w gestii podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przy czym samo zgromadzenie oświadczeń złożonych „na papierze” nie wystarczy. Podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien jeszcze wypełnić obowiązek „dołączenia” oświadczenia pacjenta do jego indywidualnej dokumentacji medycznej lub „zamieszczenia” go w tej dokumentacji. Prawodawca dopuścił dwie możliwości rejestrowania oświadczeń, podmiot leczniczy może więc wybrać jedną z nich. Należy w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z § 81 ust. 1 rdokmed przez „dołączenie” rozumie się wykonanie „odwzorowania cyfrowego” (np. skanu czy też zdjęcia cyfrowego) dokumentu i zapisanie go na informatycznym nośniku danych⁽⁶⁾. W efekcie takiej operacji w pamięci komputera znajdzie się plik zapisany w formacie graficznym (np. „.bmp”) lub graficzno-tekstowym (np. „.pdf”). Przetwarzanie informacji zapisanej w takim pliku jest bardzo utrudnione. Ponadto w celu przechowywania plików graficznych trzeba dysponować informatycznymi nośnikami danych o znacznej pojemności. Z powyższych względów lepszym rozwiązaniem niż „dołączanie” oświadczeń w postaci cyfrowej jest „zamieszczanie” ich w dokumentacji indywidualnej pacjenta prowadzonej w postaci elektronicznej. Prawodawca bliżej nie określił, jak należy realizować obowiązek „zamieszczenia” dokumentu w dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej. Można więc uznać, że to sam podmiot wykonujący działalność leczniczą wybiera, jak będzie to robił. W przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej za wystarczające rozwiązanie należy uznać zarejestrowanie treści oświadczenia pacjenta w systemie teleinformatycznym służącym do

prowadzenia dokumentacji medycznej. Należy zauważyć, że poprzez samo zamieszczenie treści oświadczenia pacjenta podmiot wykonujący działalność leczniczą może realizować większość obowiązków wynikających z § 8 rdokmed. Przepis ten nie nakazuje bowiem zbierania wszystkich wymienionych w nim oświadczeń „na papierze”. W formie pisemnej musi być odbierane tylko oświadczenie o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, którego wykonanie stwarza podwyższone ryzyko dla pacjenta. Pozostałe oświadczenia mogą być odbierane ustnie. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może poprzestać na rejestrowaniu ustnych oświadczeń pacjentów. W praktyce rzadko wybiera się jednak to rozwiązanie, szczególnie w odniesieniu do oświadczeń dotyczących udzielania informacji o stanie zdrowia oraz udostępniania dokumentacji medycznej. Takie oświadczenia są zazwyczaj zbierane „na papierze”, a ich treść jest odnotowywana w dokumentacji medycznej w systemie teleinformatycznym. Dodatkowo w pamięci komputera zapisuje się również informację pozwalającą na odszukanie oryginału dokumentu w prowadzonej przez podmiot wykonujący działalność leczniczą kartotece zawierającej stosowne oświadczenia pacjentów.

ODBIERANIE OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA ORAZ UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W praktyce obowiązek odbierania oświadczeń od pacjentów powinien być realizowany inaczej w odniesieniu do oświadczeń dotyczących udzielania informacji o stanie zdrowia oraz udostępniania dokumentacji medycznej, a inaczej w odniesieniu do zgód na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Oświadczenia dotyczące udzielania informacji o stanie zdrowia i udostępniania dokumentacji powinny być odbierane przed udzieleniem pacjentowi pierwszego świadczenia zdrowotnego. Oświadczenia te, co do zasady, są odbierane jednorazowo. Obowiązki podmiotu wykonującego działalność leczniczą polegają na:

- zapytaniu pacjenta o to, czy upoważnia inną osobę do udzielania informacji o swoim stanie zdrowia;
- jeżeli pacjent nie udzieli takiego upoważnienia – odebraniu oświadczenia o tym, że „nie upoważnia” (w przypadkach, gdy pacjent nie złoży takiego oświadczenia w formie pisemnej, a oświadcza ustnie, że nie chce nikogo upoważnić, należy odnotować w jego indywidualnej dokumentacji medycznej informację o tym, iż nikogo nie upoważnił do udzielania informacji o swoim stanie zdrowia);
- jeżeli pacjent chce udzielić komuś upoważnienia do udzielania informacji o swoim stanie zdrowia – odnotowaniu imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą (np. numer telefonu).

W podobny sposób należy odbierać oświadczenia dotyczące upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.

Obowiązki określone w § 8 pkt 1 i 2 rdkomed zostaną zrealizowane w odniesieniu do pacjenta, jeśli podmiot wykonujący działalność leczniczą uzyska dwa oddzielne oświadczenia:

- o upoważnieniu do udzielania informacji o stanie zdrowia albo o braku takiego upoważnienia;
- o upoważnieniu do udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta albo o braku takiego upoważnienia.

Przy czym, tak jak wspomniano powyżej, realizując obowiązek, można poprzestać na odnotowywaniu treści oświadczeń pacjentów w indywidualnej dokumentacji medycznej. Prawodawca nie zobowiązuje podmiotów wykonujących działalność leczniczą do zbierania oświadczeń „na papierze”.

ODBIERANIE OŚWIADCZEŃ O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH STWARZAJĄCYCH PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta muszą być, zgodnie z art. 18 ust. 1 uopp, wyrażane w formie pisemnej. Należy dodać, że zgodnie z art. 78 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tekst jedn. w: Dz. U. 2014, poz. 121): „Do zachowania pisemnej formy czynności prawnej wystarcza złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym treść oświadczenia woli”. Co za tym idzie – oświadczenia o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta muszą być podpisywane przez pacjentów. W celu spełnienia tego wymogu większość podmiotów wykonujących działalność leczniczą zdecyduje się na zbieranie oświadczeń „na papierze”.

Niektórzy spośród kierujących takimi podmiotami mogą także rozważać dopuszczalność odbierania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta na tablecie. Rozwiązanie takie jest niekiedy oferowane przez dostawców sprzętu komputerowego. Jest ono stosowane przez podmioty świadczące usługi kurierskie. Wykorzystywanie podobnych metod utrwalania oświadczeń w ochronie zdrowia może wzbudzać wątpliwości. Z perspektywy prawnika należy w tym miejscu udzielić odpowiedzi na pytanie, czy w świetle prawa polskiego dopuszczalne jest obecnie złożenie podpisu odręcznego na dokumencie elektronicznym. Złożenie podpisu pod wyświetlonym na ekranie tabletu oświadczeniem o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta jest w istocie podpisaniem dokumentu elektronicznego. Dopuszczalność zastosowania takiego rozwiązania wzbudza wątpliwości.

Należy zaznaczyć, że ekspertyzy grafologiczne podpisów odręcznych opierają się na badaniu oryginału kartki papieru, na której został złożony podpis. Biegły grafolog nie opiera się na kserokopii dokumentu z obrazem podpisu. Wydaje on bowiem opinię nie na podstawie samego kształtu

podpisu, ale bada również sposób nanoszenia liter na poszczególne części kartki. Dla grafologa ważne jest między innymi, z jaką siłą naciskał piszący, nanosząc na papier poszczególne fragmenty liter⁽⁷⁾. Odnosnie do podpisywania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego na tablecie być może należałoby zatem zapewnić, aby używany do tego celu tablet wraz ze stosownym oprogramowaniem rejestrował siłę nacisku, z jaką podpisujący nanosi poszczególne znaki. Ponadto zastosowane rozwiązanie powinno pozwalać na stwierdzenie, czy od czasu podpisania oświadczenia nikt nie ingerował w podpisany przez pacjenta dokument elektroniczny. W literaturze wyrażono pogląd, że „obecne oprogramowanie służące do składania podpisów na ekranach czytników elektronicznych nie wypełnia wszystkich [...] warunków pozwalających uznać tak złożony podpis za własnoręczny”⁽⁸⁾. To zaś wiązałoby się z koniecznością dobrania odpowiedniej technologii oraz poniesienia kosztów jej stosowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Tak jak już wspomniano, wprowadzenie takiego rozwiązania miałyby charakter pionierski. Co za tym idzie – nie wiadomo, jak złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta na tablecie zostałyby ocenione przez sąd. Z powyższych względów nie należy się spodziewać, aby rozwiązanie to szybko się upowszechniło.

Wypada jednak dodać, że ewentualne zastosowanie wspomnianej wyżej metody rejestrowania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta nie musi oznaczać, że lekarz, który wykona takie świadczenie, a będzie dysponował wyłącznie oświadczeniem podpisanym odręcznie w dokumencie elektronicznym, zostanie uznany za leczącego bez zgody pacjenta. Na podstawie zapadłych w przeszłości orzeczeń sądów cywilnych można przypuszczać, że nawet niedochowanie wymogu formy pisemnej oświadczenia o wyrażeniu takiej zgody nie zostanie prawdopodobnie uznane za naruszenie prawa pacjenta do wypowiedzenia się w tej kwestii⁽⁹⁾. W konsekwencji sąd cywilny może nie uznać za zasadne roszczenia o zadośćuczynienie, jeśli podstawą faktyczną żądania będzie niedochowanie wymogu formy pisemnej zgody w przypadku, gdy pacjent podpisze oświadczenie odręcznie na ekranie czytnika elektronicznego.

Niemniej trudno zakładać, że podobnie zostałyby ocenione przez sąd karny udzielenie świadczenia stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta za zgodą złożoną na tablecie. W art. 192 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88, poz. 553) przewidziano sankcję karną za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. W nauce prawa wyrażono bowiem zarówno pogląd, w myśl którego nieodebranie w odpowiedniej formie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zabieg wypełnia znamiona przestępstwa⁽¹⁰⁾, jak i poglądy, zgodnie z którymi niedopełnienie tego formalnego obowiązku nie powinno rodzić tak daleko idących skutków⁽¹¹⁾.

ODBIERANIE OŚWIADCZEŃ O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, KTÓRE NIE STWARZAJĄ PODWYŻSZONEGO RYZYKA DLA PACJENTA

Nie tylko świadczenia zdrowotne stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta, ale także te, które takiego ryzyka nie stwarzają, powinny być wykonywane za zgodą pacjenta. Co za tym idzie – obowiązek dokumentowania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych. Należy wyjaśnić, iż zgodnie z art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654 ze zm.) świadczeniem zdrowotnym są „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Definicja ta wprowadza bardzo szerokie rozumienie świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z nią świadczeniem takim jest samo badanie, polegające jedynie na obejrzeniu zmian skórnych na ciele pacjenta, osłuchaniu pacjenta czy też poproszeniu pacjenta o odczytanie liter z tablicy Snellena. W świetle obowiązujących przepisów nawet na udzielenie takich świadczeń trzeba uzyskać zgodę pacjenta.

Artykuł 16 uopp stanowi bowiem, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”. Warunkiem dopuszczalności udzielenia świadczenia zdrowotnego jest więc, co do zasady, zgoda pacjenta. Co więcej, wyrażenie zgody powinno zostać poprzedzone udzieleniem pacjentowi informacji zgodnie z art. 9 uopp. Artykuł ten w ust. 2 określa zakres takiej informacji. Obejmuje ona nie tylko stan zdrowia, ale także „proponowane oraz możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania”. Właśnie informacja dotycząca metod diagnostycznych i leczniczych oraz ewentualnych następstw ich zastosowania albo zaniechania powinna być udzielana pacjentowi przed wykonaniem każdego świadczenia zdrowotnego. W świetle obowiązujących obecnie przepisów zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest ważna, o ile została poprzedzona stosowną informacją. Dla ważności zgody nie wystarczy tylko, żeby pacjent był świadomy tego, na co się zgodził. Warunkiem wyrażenia skutecznej prawnie zgody jest również to, że lekarz udzielił pacjentowi informacji na temat świadczenia zdrowotnego. Przedstawiona wyżej regulacja nakłada na leczących formalny obowiązek informowania. Przy czym nie ma przepisu, który zwalniałby lekarza z tego obowiązku w przypadkach, kiedy pacjent dobrze wie, na czym polega metoda diagnostyczna, bo jest np. osobą dorosłą, która wielokrotnie była badana przez lekarza z pomocą szpatułki, gdy skarżyła się na ból gardła.

Należy wyjaśnić, że pacjent nie musi wyrazić zgody słowami. Możliwe jest wyrażenie zgody w różnej formie, np. poprzez rozebranie się do badania na prośbę lekarza. Z art. 32

ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997 nr 28, poz. 152 ze zm.) wynika wprost, że „zgoda [...] może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie [...] zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym”.

W praktyce dość często odbiera się od pacjentów leczonych w ambulatoriach ogólne zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Oświadczenia takie dla celów dowodowych odbierane są w formie pisemnej. Rozwiązanie to niestety nie jest prawidłowe. Trudno przyjąć, że pacjent godzący się na udzielenie wszelkich świadczeń w danej poradni udziela zgody poprzedzonej udzieleniem mu informacji na temat tych świadczeń. Taka zgoda jest zgodą nieważną. Wprawdzie dość często kontrolujący prowadzenie dokumentacji medycznej pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych uprawnionych do prowadzenia takiej kontroli organów nie zwracają uwagi na tę okoliczność, ale pacjenci mogą w przyszłości podnosić, że lekarz nie pytał ich o zgodę na udzielenie poszczególnych świadczeń. Wyrażając ogólną zgodę na udzielanie świadczeń w podmiocie, nie byli świadomi tego, jakie metody diagnostyczne i lecznicze będą wobec nich stosowane. Tego rodzaju zarzuty mogą być formułowane na gruncie obowiązujących przepisów.

Obowiązek gromadzenia oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego niestwarzającego podwyższonego ryzyka dla pacjenta dość trudno się realizuje, prowadząc dokumentację medyczną „na papierze”. Wprowadzanie przez lekarza adnotacji na ten temat w karcie zdrowia i choroby pacjenta wydłuża dokonanie wpisu. Wprawdzie w niektórych podmiotach leczniczych stosuje się w tym celu specjalne pieczątki z napisem „Pacjent wyraził zgodę na udzielanie świadczenia zdrowotnego”, jednak rozwiązanie to wiąże się z dodatkowymi kosztami. Jest to rozwiązanie przejściowe, gdyż z czasem zostanie wprowadzony obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Uciążliwy obowiązek dużo łatwiej jest zresztą spełniać w systemie teleinformatycznym. W tym celu trzeba jednak wybrać oprogramowanie do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zawierające w interfejsie graficznym odpowiedni checkbox, w którym lekarz będzie zaznaczał (np. wprowadzając literę „z”), czy pacjent wyraził zgodę na udzielanie świadczenia, czy też nie (np. wprowadzając literę „n”). W celu zapobiegania zapomnieniu o realizacji obowiązku program taki powinien „uniemożliwiać” zakończenie dokonywania wpisu bez uprzedniego uzupełnienia checkboxu. Zastosowanie takiego rozwiązania ułatwi dopełnienie obowiązku wynikającego z obecnie obowiązujących przepisów.

PODSUMOWANIE

Rozpoczęcie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie uniemożliwi odbierania oświadczeń

od pacjentów „w formie pisemnej”. Konieczne będzie jednak wprowadzenie innych, niż w przypadku dokumentacji w postaci papierowej, sposobów przechowywania takich dokumentów. Niezbędne będzie również odnotowywanie zawartych w nich informacji w systemie teleinformatycznym oraz informacji o miejscu przechowywania papierowych oryginałów oświadczeń. Z uwagi na to, że obowiązujące przepisy dopuszczają możliwość odnotowywania treści oświadczeń składanych ustnie, po rozpoczęciu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej łatwiej będzie realizować obowiązek rejestrowania zgód na udzielenie świadczenia niestwarzającego podwyższonego ryzyka dla pacjenta. Lekarz będzie mógł sam zarejestrować w systemie teleinformatycznym informację o wyrażeniu takiej zgody.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo/References

- Podobna regulacja znajduje się w § 8 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. 2011 nr 125, poz. 712). Obowiązki odbierania oświadczeń od pacjentów zostały również uregulowane w przepisach szczególnych Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2011 nr 39, poz. 203), a także Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2009 nr 222, poz. 1765).
- Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym terminem wejścia w życie art. 24 ust. 1a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 ze zm.) jest 1 sierpnia 2014. Prace w Ministerstwie Zdrowia nad odsunięciem w czasie terminu wprowadzenia obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, trwające do końca maja 2014 r., nie zakończyły się przedstawieniem projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w którym zaproponowano by nowelizację art. 50 pkt 1 i art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657 ze zm.). Dotychczas Ministerstwo przedstawiło dwa projekty założeń nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (por. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?ma=032781> – stan na 5 czerwca 2014 r., godz. 13:42, <http://legislacja.rcl.gov.pl/lista/1/projekt/199400/katalog/199402> – stan na 5 czerwca 2014 r., godz. 13:48). W obu projektach założeń potwierdzono potrzebę zmiany terminu wprowadzenia obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Jednak z uwagi na to, że do 1 sierpnia 2014 r. pozostało mniej niż 2 miesiące, można uznać, że Ministerstwo Zdrowia nie zdążyło złożyć projektu nowelizacji. Dnia 4 czerwca 2014 r. poseł Jarosław Kotulski złożył do Marszałek Sejmu poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (por. [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1013-2014/\\$file/7-020-1013-2014.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1013-2014/$file/7-020-1013-2014.pdf) – stan na 7 czerwca 2014 r., godz. 16:05). Projekt ten przewiduje zmianę art. 56 wspomnianej wyżej ustawy. Zgodnie z propozycją przepis ten miałby stanowić: „Art. 56. 1. Do dnia 31 lipca 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej. 2. Przepisy art. 11 niniejszej ustawy oraz art. 24 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 50, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do dokumentacji medycznej wytworzonej od dnia 1 sierpnia 2017 r.”.
- Użycie w przepisie sformułowania „osoba bliska” w praktyce nie ma istotnego znaczenia dla stosującego prawo. To sam pacjent wskazuje osobę, którą chce upoważnić. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie ma też podstaw do odmowy przyjęcia upoważnienia dla wskazanej przez pacjenta osoby ze względu na fakt, że nie jest ona osobą „bliską” pacjentowi.
- Por. art. 32, art. 34 i art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997 nr 28, poz. 152 ze zm.).
- Dzień wejścia w życie art. 23 ust. 1a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa art. 50 pkt 1 w związku z art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657 ze zm.).
- „Informatyczny nośnik danych” to „materiał lub urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej” (art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne – Dz. U. 2005 nr 64, poz. 565 ze zm.). W świetle tej definicji informatycznym nośnikiem danych jest zarówno płyta CD, płyta DVD, jak i twardy dysk czy też pendrive.
- Szerzej na ten temat: Skubisz S.: Dowód z ekspertyzy pism patologicznych. Zakamycze, Kraków 2004: 77–115.
- Por. Szostek D.: Nowe ujęcie dokumentu w polskim prawie prywatnym ze szczególnym uwzględnieniem dokumentu w postaci elektronicznej. Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010: 111.
- Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 27 lutego 1991 r. (sygn. akt I ACr 16/91) i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r. (sygn. akt II CSK 191/05).
- Por. Filar M.: Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000: 275; Kędziora R.: Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009: 131.
- Por. Dukiet-Nagórska T.: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008: 86–87; Tymiński R.: Informacja lekarska w praktyce. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 37.