

Oświadczenia pacjenta w dokumentacji medycznej

mgr prawa
Mateusz Kamiński

Prawnik Kancelarii Radcy
Prawnego Marka Wnuka
w Łodzi, absolwent Wydziału
Prawa i Administracji
Uniwersytetu Łódzkiego

P R A W O

Patient declaration in medical documentation

S U M M A R Y

The article is devoted to a duty of receiving documentation of patients' declarations by subjects conducting medical activity. It presents the way in which this duty should be performed in the light of binding regulations. The possibilities of applying different ways of recording contents of such declarations have been analyzed including setting them using tablet computers and registering them in the electronic medical records.

Artykuł poświęcony jest obowiązkowi odbierania i dokumentowania oświadczeń pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. W artykule przedstawiono, jak obowiązek ten powinien być realizowany w świetle obowiązujących przepisów. Przeanalizowano możliwości zastosowania różnych sposobów utrwalania treści takich oświadczeń, w tym składanie ich na tablecie oraz rejestrowanie w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Kamiński M.: Oświadczenia pacjenta w dokumentacji medycznej. *Alergia*, 2014, 2: 32-36



Odbieranie i dokumentowanie oświadczeń składanych przez pacjentów należy do obowiązków wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zarówno podmioty lecznicze, jak i osoby prowadzące praktyki lekarskie muszą zadbać nie tylko o to, aby szanować autonomię woli pacjenta, pytając go o zgodę na wykonanie badania, ale również o to, aby fakt wyrażenia zgody należycie udokumentować. Lekarzowi skoncentrowanemu na leczeniu pacjenta łatwo jest zapomnieć o kwestiach formalnych. Niestety z upływem czasu pamięć o tym, czy leczony wyraził zgodę na badanie, czy też nie może się zatrzeć. W takich przypadkach zawarte w dokumentacji oświadczenia pozwalają wykazać pacjentowi, że jednak chciał skorzystać z określonego świadczenia. Realizacja obowiązków w zakresie odbierania oświadczeń podlega również kontroli podmiotów nadzorujących prowadzenie działalności leczniczej oraz pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przepisem, który reguluje kwestię odbierania oświadczeń od pacjentów w praktykach lekarskich i większości podmiotów leczniczych¹ jest § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 Nr 252, poz. 1697 ze zm.). Stanowi on, iż „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".

Mimo, iż przepis zawiera tylko trzy punkty, to dotyczy faktycznie czterech kategorii oświadczeń. Są to:

1. oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
2. oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej,
3. oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku dla pacjenta,
4. oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego nie rodzącego podwyższonego ryzyka dla pacjenta.

Przy czym, w przypadkach wskazanych w przepisach szczególnych oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku dla pacjenta jest zastępowane zezwoleniem sądu opiekuńczego.

Dwa z wymienionych oświadczeń dotyczą przekazywania osobowych danych medycznych pacjenta. Jednak pierwsze z nich odnosi się do samego informowania o stanie zdrowia i świadczeniach udzielonych przez pacjenta. W praktyce takie dane są przekazywane ustnie. Niedookreślenie formy przez prawodawcę pozwala uznać, iż chodzi w tym przypadku również o przekazywanie takich informacji pisemnie (np. osobie głuchoniemej upoważnionej przez pacjenta). Upoważnienie, o którym mowa w § 8 pkt 1 wymienionego wyżej rozporządzenia nie obejmuje już jednak przekazywania kopii stron z dokumentacji medycznej. Tej kwestii dotyczy pkt 2 wspomnianego paragrafu.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana bowiem na podstawie odrębnego oświadczenia. W praktyce więc podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien przed udzieleniem pacjentowi pierwszego świadczenia zapytać go zarówno o to, czy upoważnia kogoś, a jeśli tak to kogo, do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, jak i o to, czy upoważnia kogoś, a jeśli tak to kogo, do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Odpowiedzi na każde z pytań powinny zostać co najmniej „zamieszczone” (odnotowane) w dokumentacji medycznej pacjenta. Przepis nie zobowiązuje do odbierania oświadczeń pisemnych. Jednakże w wielu podmiotach wykonujących działalność leczniczą odbiera takie oświadczenia właśnie w tej formie. Udokumentowanie woli pacjentów w ten sposób ułatwia w sytuacjach spornych udowodnienie treści oświadczenia. Można jednak przypuszczać, iż rozpoczęcie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej może w przyszłości doprowadzić do tego, że wspomniane wyżej oświadczenia będą odbierane ustnie, a ich treść będzie jedynie odnotowywana w systemie teleinformatycznym. W takich przypadkach okolicznością uprawdopodobniającą fakt złożenia oświadczenia stanie się zarejestrowany w systemie czas odnotowania treści woli pacjenta oraz informacja o tym, kto taką informację wprowadził do tego systemu.

Prawodawca nie określił treści składanych przez pacjentów oświadczeń o upoważnieniach. Jednocześnie niezbyt jasno sformułowany został art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 ze zm.), który w założeniu miał regulować kwestię skutków prawnych oświadczenia o upoważnieniu do udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci.² Konsekwencją niejasnej regulacji było odbieranie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą odrębnych oświadczeń o upoważnieniu do udostępniania dokumentacji medycznej za życia oraz po śmierci pacjenta. Uzyskiwanie takich upoważnień w ambulatoriach było bardzo kłopotliwe. Obecnie odchodzi się już od stosowania takich rozwiązań.

W orzecznictwie sądowym uznaje się bowiem, iż upoważnienie osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej wywołuje skutki prawne nie tylko za życia pacjenta, ale również po jego śmierci.³

Zarówno w punkcie pierwszym, jak i drugim paragrafu ósmego mowa jest o „upoważnieniu osoby bliskiej”. Należy zauważyć, iż charakter więzi między pacjentem a upoważnioną przez niego osobą nie ma w praktyce znaczenia dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Nie może on w praktyce ingerować w to, czy pacjent upoważni krewnego, czy też osobę, z którą nie łączą go silniejsze więzy. De facto, upoważniający swobodnie wskazuje tego, kogo chce.

Patrząc zaś z perspektywy podmiotu wykonującego działalność leczniczą istotne jest, aby rejestrował oba rodzaje oświadczeń pacjentów. Przy czym również odpowiedzi negatywne o tym, iż osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych nie upoważniają do informowania o ich stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach lub uzyskiwania ich dokumentacji medycznej, powinny być rejestrowane.

Przepisy nie precyzują, czy w przypadkach, gdy podmiot udziela świadczeń w zakresie różnych specjalności (np. przychodnia wielospecjalistyczna), oświadczenia o upoważnieniach powinny być składane w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotu, czy też nie. Względy natury celowościowej, w tym poszanowanie autonomii woli pacjenta, przemawiają za umożliwieniem pacjentowi wypowiedzenia się odrębnie w kwestii udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej przez np. pulmonologa i onkologa.⁴ Wiele przychodni stosuje właśnie takie rozwiązanie.

Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Oprócz oświadczeń dotyczących informowania o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach i udostępnianiu dokumentacji medycznej, od pacjentów należy również odbierać zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Nie zawsze zauważa się, iż obowiązek uzyskania oświadczeń wyrażony w § 8 pkt 3 rozporządzenia dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych. Obejmuje on także standardowo wykonywane przez lekarzy badania przedmiotowe.

W świetle obowiązującego prawa, generalnie za zgodą pacjenta powinno być realizowane każde świadczenie zdrowotne. Wynika to z art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis ten stanowi, iż „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.”.

Co więcej, zacytowany przepis zobowiązuje podmiot wykonujący działalność leczniczą do udzielania pacjentowi informacji stwarzających podstawę do wyrażenia świadomej zgody

na wykonanie konkretnego świadczenia zdrowotnego. W oparciu o art. 16 wymienionej wyżej ustawy można nawet stwierdzić, iż polski prawodawca wprowadził zasadę udzielania świadczenia zdrowotnego za zgodą pacjenta poprzedzoną udzieleniem mu informacji. Inaczej mówiąc, nie wystarczy, aby leczony wiedział na wykonanie jakiegoś świadczenia się godzi. Lekarz musi mu bowiem przed złożeniem oświadczenia w sprawie wyrażenia zgody przekazać stosowną informację i to nawet sytuacji, gdy pacjent domyśla się, jaki jest cel udzielanego świadczenia. Przestrzeganie wspomnianej zasady, jakkolwiek wprowadzonej w celu ochrony praw pacjenta, może być w codziennej pracy lekarza kłopotliwe. Zgodnie z nią bowiem, leczący powinien każdorazowo informować pełnego władz umysłowych, wykazującego wyraźne objawy infekcji dróg oddechowych, czterdziestolatka, o celu osłuchania stetoskopem. Do tak dalece posuniętej ostrożności skłania treść wskazanego w art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis ten w ust. 2 stanowi, iż „Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.”. Cytowany przepis zdaje się z pozoru nie dotyczyć opisanej wyżej sytuacji. Nieuważna, a raczej „życzeniowa”, interpretacja 9 ust. 2 analizowanej ustawy mogłaby prowadzić do wniosku, że chodzi w tym przypadku wyłącznie o udzielanie kompleksowej informacji o stanie zdrowia w związku zamiarem zastosowania określonego sposobu leczenia. Fakt odesłania w art. 16 do całego art. 9 przemawia jednak za uznaniem, że chodzi w tym przypadku także o informację udzielaną pacjentowi w każdej sytuacji ale w zakresie odpowiadającym charakterowi świadczenia. Co za tym idzie, w przytoczonym wyżej przykładzie osłuchania pacjenta, informacja taka mogłaby dotyczyć samej metody diagnostycznej, czyli przedstawienia oczywistego skądinąd dorosłemu człowiekowi celu badania. Można oczywiście uznać, iż przedstawiona interpretacja idzie za daleko. Względy ostrożności przemawiałyby jednak za stosowaniem innego rozwiązania.

Wyrażanie zgody na badanie przez pacjenta

W tym miejscu należy wyjaśnić na czym może polegać wyrażenie zgody przez pacjenta.

- Pacjent może wyrazić zgodę pisemnie. Jest to jednak wymagane w przypadkach świadczeń, których udzielenie wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla leczonego.
- Pacjent może również wyrazić zgodę ustnie. W przypadku badań przedmiotowych zgoda jest jednak najczęściej udzielana w inny, dużo prostszy sposób.

Zgodnie z art. 60 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 Nr 16, poz. 93 ze zm.), „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej (oświadczenie woli).”.

Pacjent może wyrazić zgodę na badanie, umożliwiając lekarzowi jego przeprowadzenie np. zdejmując koszulę, aby umożliwić lekarzowi osłuchanie. Takie zachowanie pacjenta oznacza, w świetle prawa, wyrażenie zgody.

Obowiązek zamieszczenia zgody na badanie w dokumentacji medycznej pacjenta może w takim przypadku ograniczyć się do odnotowania faktu wyrażenia zgody. Gdy dokumentacja medyczna jest prowadzona na papierze, lekarz powinien uczynić odpowiednią adnotację. W sytuacji, kiedy dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej, można znacząco uprościć wykonywanie tego obowiązku.

Producenci oprogramowania powinni umieszczać w interfejsach graficznych odpowiedni checkbox, w którym lekarz mógłby potwierdzać fakt udzielenia zgody (np. wprowadzając literę „Z”). Oczywiście program powinien umożliwiać odnotowanie braku zgody.

W celu ograniczenia możliwości popełniania błędów w prowadzeniu dokumentacji medycznej, oprogramowanie powinno „uniemożliwiać” zakończenia dokonywania wpisu, przed uprzednim uzupełnieniem checkboxu.

Oczywiście zastosowanie takiego ułatwienia dopełniania opisywanej formalności w przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej na papierze jest bardziej kłopotliwe. Tym niemniej w niektórych poradniach lekarze zostali w tym celu wyposażeni przez pracodawców w pieczęcie z napisem „Pacjent wyraził zgodę na udzielenie świadczenia”. Prowadzący dokumentację medyczną stemplują taką adnotację w historii zdrowia i choroby. Wprowadzenie takiego rozwiązania wiąże się oczywiście z kosztami. Chroni ono jednak przed ewentualnym zarzutem łamania prawa pacjenta.

Wejście w życie § 8 analizowanego rozporządzenia zrodziło praktykę odbierania od pacjentów pisemnych ogólnych zgód na udzielenie świadczeń. Jakkolwiek rozwiązanie to niekiedy nie budzi zastrzeżeń organów kontrolujących udzielenie świadczeń, to może jednak rodzić takie wątpliwości. Ogólna zgoda na udzielanie bliżej nieokreślonych świadczeń może wskazywać na to że pacjent, który ją wyraził nie został uprzednio należycie poinformowany o celu udzielenia konkretnego świadczenia. Trudno bowiem wyrazić świadomą, a tym bardziej poprzedzoną informacją zgodę, na każdą z metod diagnostycznych i leczniczych, bez uprzedniego określenia o jakie metody chodzi. Aby uniknąć zarzutu naruszania praw pacjenta w niektórych podmiotach wykonujących działalność leczniczą stosuje się formularze zgód na stypizowane świadczenia. Na takich formularzach zamieszcza się również informację o przewidywanych ewentualnych typowych następstwach udzielania tych świadczeń.

Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku

Drugim rodzajem zgody, do której również odnosi się § 8 pkt 3 omawianego rozporządzenia jest, wyrażana w formie pisemnej, zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku dla pacjenta. Co do zasady, nie ma w przepisach prawa zamkniętego katalogu takich świadczeń.⁵ Prawodawca pozostawia w gestii lekarza ocenę tego, czy określone świadczenie może wiązać się z takim ryzykiem, czy też nie. Przy czym leczący ma obowiązek sam ocenić, jak wpłynie na pacjenta zastosowanie konkretnej metody diagnostycznej bądź leczniczej. W celu ułatwienia pracy lekarzom, w wielu podmiotach wykonujących działalność leczniczą tworzy się listy świadczeń uznawanych za stwarzające podwyższone ryzyko dla przeciętnego pacjenta. W wykazach tych wymienia się zazwyczaj wszelkie zabiegi operacyjne (również te wykonywane laparoskopowo) oraz procedury diagnostyczne z zastosowaniem endoskopii. Przedmiotem dyskusji jest często zaliczenie do świadczeń o podwyższonym ryzyku szczepień i pobierania krwi. Względy ostrożności przemawiają za uznaniem tych świadczeń za rodzące takie ryzyko. W podmiotach udzielających świadczeń z zakresu pulmonologii za świadczenia o podwyższonym ryzyku dla pacjenta uznaje się zwykle badania spirometryczne oraz pobieranie krwi. Podobnie kwalifikowane jest w poradniach alergologicznych dokonywanie testów alergicznych i odczulanie.

Tak jak wspomniano powyżej na udzielenie świadczenia o podwyższonym ryzyku pacjent powinien wyrazić zgodę w formie pisemnej.

Obowiązek ten wynika z art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z art. 34 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.

U. 1997 Nr 28, poz. 152 ze zm.). Najczęściej stosowanym sposobem odbierania zgody na udzielenie świadczenia o podwyższonym ryzyku jest przedstawienie pacjentowi do podpisania odręcznie gotowego formularza z treścią oświadczenia. Jeżeli pacjent może czytać, a nie może pisać, to w myśl art. 79 kodeksu cywilnego powinien na takim dokumencie złożyć „tuszowy odcisk palca”.

W dobie informatyzacji ochrony zdrowia warto odnieść się do stosowanej coraz częściej praktyki odręcznego podpisywania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku na ekranie tabletu. W takim przypadku dochodzi do zarejestrowania obrazu odręcznej sygnatury w dokumencie elektronicznym.⁶ Stosowanie tego rozwiązania, promowanego przez niektórych producentów urządzeń elektronicznych, wiąże się z pewnym ryzykiem prawnym. Składanie podpisu odręcznego na papierze jest praktyką znaną od lat. Sędziowie, którzy będą w przypadku sporu oceniać, czy pacjent wyraził zgodę na udzielenie świadczenia w formie pisemnej, mogą nie uznać, iż złożenie podpisu na ekranie tabletu oznacza dochowanie tej formy. Dysponując dokumentem elektronicznym sygnowanym przez pacjenta może być trudno dokonać ekspertyzy grafologicznej. Eksperci badający pismo odręczne nie ograniczają się do obejrzenia kształtu liter, ale badają również odkształcenie papieru pod wpływem naciskania długopisem, czy też innym przyborem do pisania. Mając to na uwadze, można zapewne zastosować tablet wraz z oprogramowaniem rejestrującym czas i siłę nacisku podpisującego na poszczególne fragmenty liter. Wiąże się to jednak z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów i nie gwarantuje, że oceniający, w razie sporu, fakt złożenia oświadczenia, sędzia uzna, iż dochowano w analizowanej sytuacji formy pisemnej.

Tak jak podkreślono powyżej, odbieranie oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, wiąże się z ryzykiem prawnym dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą. To zaś przemawia obecnie przeciwko stosowaniu tego rozwiązania. Wypada jednak nadmienić, że lekarz, który np. przeprowadził zabieg na podstawie wyrażonej w niewłaściwej formie zgody nie musi ponieść odpowiedzialności karnej na podstawie art. 192 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553 ze zm.), ile uda mu się wykazać, iż pacjent rzeczywiście złożył ustnie stosowne oświadczenie. Sąd cywilny również może uznać, iż niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje nieważności zgody⁷. W tym kontekście, lekarz, dysponujący dowodem z dokumentu elektronicznego podpisanego na tablecie przez pacjenta może mieć nieco ułatwioną drogę do wykazania, iż świadczenie zostało udzielone za zgodą leczonego. Przedstawione wyżej uwagi nie przekonują jednak do szerszego stosowania opisanego wyżej elektronicznego sposobu rejestrowania oświadczeń o wyrażeniu zgody.

Generalną zasadą jest leczenie pacjenta za zgodą wyrażoną przez niego osobiście.

Trzeba jednak pamiętać, iż w sytuacjach wyjątkowych świadczenia zdrowotne są udzielane mimo że pacjent nie wyraził w tej kwestii swojej woli.

W myśl art. 33 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta jest zgodne z prawem, gdy wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Przyczyna braku wypowiedzenia się leczonego w kwestii wyrażenia zgody powinna być w takich przypadkach odnotowana w dokumentacji medycznej.

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia o podwyższonym ryzyku może być, w określonych w niektórych sytuacjach, zastąpiona zezwoleniem sądu opiekuńczego.⁸

Podsumowując, przepisy prawa polskiego zobowiązują podmioty wykonujące działalność leczniczą, co najmniej, do:

1. rejestrowania w dokumentacji medycznej oświadczeń pacjenta o:

a. o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

b. o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

2. odnotowywania w dokumentacji medycznej faktu wyrażenia przez leczonego zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego nie rodzącego podwyższonego ryzyka dla pacjenta,

3. odbierania oświadczeń o wyrażeniu zgody w formie pisemnej - w przypadku udzielania świadczeń rodzących podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Każde z wymienionych w punkcie 1. oświadczeń może być oczywiście złożone przez pacjenta w formie pisemnej. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może, dla celów dowodowych, stosować takie rozwiązanie i odbierać takie oświadczenia jednorazowo, przed udzieleniem pacjentowi pierwszej porady. Zastosowanie podobnego rozwiązania w odniesieniu do oświadczeń o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego nie rodzącego podwyższonego ryzyka dla pacjenta, może się spotkać z zarzutem naruszania prawa pacjenta do otrzymania informacji przed udzieleniem świadczenia. Stąd też bezpieczniejszym, acz kłopotliwym sposobem rejestrowania faktu wyrażenia zgody, jest odnotowywanie jej w dokumentacji medycznej przed samym udzieleniem świadczenia. Jednocześnie można postulować rozważenie dokonania nowelizacji art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ewentualna zmiana mogłaby polegać na odstąpieniu od wymogu udzielania informacji o celu badania przedmiotowego w wybranych, ściśle określonych przypadkach.

□

1. Podobne 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) oraz 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).

2. Przepis ten stanowi, iż „Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.”. Oczywiście jest, że upoważnienie dokonane przez pacjenta, musi być dokonane za jego życia. Po śmierci, leczony oświadczenia niełoży. Literalna wykładnia przepisu nakazywałaby przyjąć, iż odnosi się on do czasu wydania upoważnienia, a nie do okresu czasu, w którym jest ono skuteczne. W praktyce przyjmuje się w oparciu o ten przepis, że upoważnienie do udostępniania dokumentacji medycznej złożone przez pacjenta wywołuje skutki po jego śmierci.

3. Por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r. wydany w postępowaniu II SAB/Rz 29/10.

4. Trzeba odnotować, iż w wyroku z dnia 17 września 2013 r. wydanym w postępowaniu II OSK 1539/13 Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie uznał, iż dyrektor szpitala nie może odmówić udostępnienia dokumentacji medycznej małżonkowi zmarłego, gdy ten nie był w stanie złożyć w szpitalu stosownego upoważnienia dla bliskich, ale złożył takie oświadczenie w poradni, w której leczono go na schorzenie będące przyczyną hospitalizacji.

5. Jedynie w akcie wykonawczym wydanym na podstawie art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. 1994 Nr 111, poz. 135 ze zm.) wymieniono dwa świadczenia o takim charakterze. Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody (Dz. U. 2012, poz. 494) do takich świadczeń zaliczono:

1) punkcję podpotyliczną lub lędźwiową przeprowadzaną w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego lub podania leków, oraz

2) leczenie elektrowstrząsami.

6. Szerzej na ten temat: D. Szostek, Nowe ujęcie dokumentu w prawie polskim ze szczególnym uwzględnieniem dokumentu w postaci elektronicznej, Warszawa 2012, s. 79-112.

7. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 11 kwietnia 2006 r. wydany w postępowaniu II CSK 191/05.

8. Reguluje to art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis ten stanowi, iż:

„Art. 34.

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31.

3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.

5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6.

6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi

niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.”.

Pracę nadesłano 2014.05.15
Zaakceptowano do druku 2014.05.19

Konflikt interesów nie występuje.

Piśmiennicwo dostępne w redakcji.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)