

Kopia Kowalskiego

Jak minister zdrowia dba o ochronę danych osobowych pacjentów

ERWIN STRZESAK

Dawno minęły czasy, gdy dokumentacja medyczna służyła lekarzom i nikt poza personelem medycznym nie miał do niej dostępu. Nie dotyczy to oczywiście wglądu związanego z postępowaniem procesowym przed sądem czy u prokuratora, ale zwiększające się grono uprawnionych może powodować zamęt, a nawet zagrożenie naruszenia prywatności.

Dobrze to czy źle, ale stan prawny umożliwia dostęp do dokumentacji medycznej na każdym etapie jej tworzenia, m.in. *pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta* zgodnie z art. 18 ust. 3 pkt 1. To zaś sprawia, że zwiększa się ryzyko nieuprawnionego dostępu do wrażliwych danych osobowo-medycznych.

Pacjent na widelcu

Jeśli pojawia się możliwość wglądu czy udostępnienia, to prędzej czy później pojawi się również problem związany z niewłaściwym udostępnieniem. To znaczy takim, kiedy wiedza zawarta w dokumentacji medycznej wbrew woli pacjenta (lub co najmniej bez jego zgody) zostanie powzięta przez inne osoby. Może tak się stać w toku niewłaściwego procesu udostępnienia przez zakład opieki zdrowotnej albo z powodu niewłaściwej ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej. Coraz częściej informacje o stanie zdrowia obywateli mają wymiar finansowy, dotyczy to choćby wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne (oczywiście innej niż powszechne!). Z tego powodu prawdopodobieństwo docierania do danych zgromadzonych w dokumentacji medycznej będzie się zwiększało. Jaką zatem ma gwarancję pacjent, który nie ma zamiaru w trakcie konferencji prasowej pokazywać schematów swojego układu krążenia z lokalizacją tętniaka, że wiedza o jego stanie zdrowia czy wykonanych mu procedurach medycznych nie stanie się wiedzą publiczną?

Minister sikawkowy

W takiej sytuacji zadziwia aktywność działania organów władzy w zakresie informacji medycznej, którą można porównać do gaszenia wywoływanych pożarów. Gasić trzeba, ale lepiej (taniej, bezpieczniej) ich nie wywoływać. Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia i szczegółowych warunków udostępniania wprowadziło zapisy, które zostały utrzymane prawie 10 lat później w rozporządzeniu ministra zdrowia z 10 sierpnia 2001 r. (w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków udostępniania). Dopiero jednak w końcu 2005 r. Trybunał Konstytucyjny dopatrył się niezgodności

zapisów z art. 92 ust 1. konstytucji. Świadczy to jakości tworzonego prawa dotyczącego dokumentacji medycznej i o postrzeganiu tego prawa w kontekście praktycznych działań w konkretnej placówce medycznej mającej udostępnić przeciętnemu Kowalskiemu kopię jego historii choroby.

Najnowszy dokument regulujący kwestie dokumentacji medycznej i dostępu do niej (rozporządzenie ministra zdrowia z 21.12.2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania) nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek odnotowania w historii choroby m.in.:

- imienia i nazwiska osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; (§12 pkt 7)

Niewłaściwy proces udostępniania dokumentacji medycznej może spowodować wyciek informacji o charakterze finansowym, np. o wysokości składki na prywatne ubezpieczenie zdrowotne

- pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do użytkowania dokumentacji medycznej w wypadku jego śmierci ze wskazaniem osoby upoważnionej albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia (§12 pkt 9).

Ponieważ zgodnie z §9 cytowanego rozporządzenia *historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala...*, nie ma lepszego sposobu na zdobycie zaufania chorego, niż poprosić go już w pierwszych minutach pobytu o podpisanie oświadczenia na wypadek śmierci.

Chory w komputerze

Ponadto sytuację utrudnia informatyzacja placówek medycznych, bo w tych jednostkach dostęp do dokumentacji medycznej może się odbywać w sposób skryty, nie pozostawiając śladów kradzieży danych.

Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia opublikowano projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Przewiduje się w nim gromadzenie szerokiego zakresu informacji dotyczących pacjenta, jego stanu zdrowia oraz przeprowadzonych procedur diagnostycznych i leczniczych. O konieczności przetwarzania takich danych na potrzeby

Trybunał Konstytucyjny dopatrył się niezgodności zapisów rozporządzenia o dokumentacji medycznej z art. 92 ust 1. konstytucji, co świadczy o jakości tworzonego w resorcie zdrowia prawa

zarządzania systemem ochrony zdrowia nie trzeba się przekonywać. Jednakże należy się zastanowić, czy w tym projekcie resort w odpowiedni sposób chroni interes pacjenta polegający na skutecznym uniemożliwieniu dostępu osobom nieupoważnionym do treści zapisanych w dokumentacji. Swoją drogą, chronienie interesu może czasami wyglądać w podobny sposób jak opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej. Nie ma co utyskiwać na *sufitologiczne* wyceny procedur przez NFZ (przeważnie zaniżone, by w trosce o pacjenta można ich było przeprowadzić więcej), skoro podobną *sufitologię* zastosowano (w trosce o pacjenta), ustalając w rozpo-

ządzeniu ministra zdrowia (a później w ustawie o zoz-ach) maksymalną opłatę za kopię dokumentacji. Obecnie placówka medyczna może pobierać maksymalną opłatę za stronę kopii w wysokości 39 groszy, a za stronę odpisu (który musi sporządzić lekarz) 3,96 zł. Tymczasem minister kultury w rozporządzeniu *w sprawie określenia maksymalnej wysokości opłat za sporządzanie odpisu lub kopii i czasowym okresie przechowywania* ustalił opłatę za sporządzenie kopii świadectwa pracy w wysokości 17 zł, a za sporządzenie odpisu świadectwa pracy 35 zł za każdą rozpoczętą stronę. Gdzie zatem deklarowana troska o finanse szpitali?