



Minister Zdrowia

Warszawa, 01 czerwca 2021

DLU.055.3.2021.EK

Pani



Szanowna Pani,

W nawiązaniu do Pani wiadomości e-mail z dnia 8 marca 2021 r. uprzejmie informuję, jak niżej.

W kwestii postulatów odnoszących się do kar finansowych, poniżej przedstawiono aktualny stan prawny dotyczący możliwości dochodzenia swoich roszczeń na mocy obowiązujących przepisów przez każdego pacjenta, którego zdrowie ucierpiało podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do przypuszczenia błędnego postępowania lekarzy w procesie leczenia pacjentów należy wskazać, iż obowiązkiem każdego lekarza i lekarza dentystry jest stosowanie zasad zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Za ich nieprzestrzeganie grozi postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Kompetencje w zakresie czynności dążących do pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej lekarza przyznane zostały ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r., poz.965, ze zm), organom uprawnionymi do rozpoznawania i prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystrów którymi są rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Jednocześnie należy przytoczyć art. 2 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich, który nadaje organom samorządu niezależność w wykonywaniu swoich zadań i statuuje zasadę podlegania wyłącznie przepisom prawa. Oznacza to, iż wszelkie czynności podejmowane przez organy samorządu są dokonywane w oparciu o suwerenne decyzje, na które nie mają wpływu organy władzy publicznej w tym Minister Zdrowia. Pacjent

którego prawa zostały naruszone oprócz postępowania przed sądami korporacji zawodowych może także dochodzić swoich praw na drodze sądowej przed sądami powszechnymi zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020r. poz. 1740.) lub za czyn zakwalifikowany jako przestępstwo na zasadach określonych w Kodeksie karnym.

Poszkodowany może również dodatkowo dochodzić swoich roszczeń występując do Rzecznika Praw Pacjenta jako centralnego organu administracji rządowej właściwego w sprawach ochrony praw pacjentów, na drodze pozasądowej przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Pozasądowy system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, został wprowadzony do porządku prawnego ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113, poz. 660, z późn. zm.). Przedmiotowa ustawa wprowadziła rozdział dotyczący zasad i trybu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych i tym samym umożliwiła pacjentom oraz ich spadkobiercom dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienie za szkody powstałe w procesie leczenia na drodze pozasądowej.

W tym miejscu należy wskazać, iż w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace legislacyjne zmierzające do zmian przepisów w zakresie wnioskowanym w petycji. Nie planuje się ich także w najbliższej przyszłości.

W odniesieniu postulatu dotyczącego zasad przeprowadzania kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ” lub „Fundusz”, informuję, że działalność kontrolna NFZ została uregulowana w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności NFZ realizuje kontrole na podstawie działu IIIA. KONTROLA ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020, poz. 1398, ze zm.). Przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, rzetelne jego udokumentowanie oraz dokonanie oceny.

Na gruncie obowiązujących przepisów oraz po dokonaniu dogłębnej analizy należy uznać, że przeprowadzanie czynności kontrolnych przez NFZ, o których mowa w ww. przepisach, zarówno w aspekcie zakresu kontroli, uprawnień kontrolerów jaki i dostępnych środków dowodowych, następuje w sposób stanowiący wystarczające zapewnienie o realizacji celu i funkcji kontroli.

W odniesieniu do postulatów w zakresie dokumentacji medycznej informuję, że zgodnie z przepisami prawa, wpisów w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis jest opatrzony oznaczeniem osoby, która go dokonała, z podaniem nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu oraz podpisem. Strony w dokumentacji medycznej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Przywołane wyżej przepisy mają na celu zapewnić, aby dokumentacja medyczna spełniała swoją rolę tj. stanowiła cenne źródło informacji zarówno o pacjencie, wszelkich udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych, jak również informacji o charakterze administracyjnym, pozwalających na ustalenie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czy też przebiegu pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym. Przy czym nie wydaje się, żeby błędy ortograficzne bądź interpunkcyjne wpływały na zawartość merytoryczną dokumentacji, a tym samym odbierały dokumentacji medycznej walor dowodowy, w ewentualnym postępowaniu sądowym. W związku z powyższym uznanie przedmiotowego żądania wydaje się bezzasadne.

Odnosząc się do kwestii prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób nieczytelny, uprzejmie informuję, iż w związku z wprowadzanymi zmianami w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej tj. stopniowym wprowadzeniem obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, zatem z wykorzystaniem narzędzi informatycznych, takich jak tablety czy komputery, wyeliminowany zostanie problem jej nieczytelności.

Zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli. Automatyczne udostępnianie dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów, w związku z prowadzeniem kontroli w konkretnej (indywidualnej) sprawie, z uwagi na nadmiarowość zbierania danych niewątpliwie stanowiłoby naruszenie zasady ochrony danych osobowych, która jest jednym z nadrzędnych praw osobistych człowieka, służącej zapewnieniu poszanowania prywatności, godności oraz osobowości człowieka. W tym miejscu należy bowiem podkreślić, iż dokumentacja medyczna jest dokumentacją

szczególnego rodzaju, zawierającą dane wrażliwe. W związku z powyższym uznanie przedmiotowego żądania wydaje się bezzasadne.

Sam zapis badania (zdjęcie RTG, TK) ma wartość w dalszym procesie diagnostycznym oraz leczniczym przy czym niewątpliwie najistotniejszą wartość ma opis przedmiotowego badania. Bowiern to właśnie opis badania stanowi „komentarz” wyników badań, z uwzględnieniem kluczowych informacji, mających znaczenie przy leczeniu oraz diagnostyce pacjenta. Natomiast sam wynik badań wielokrotnie stanowi wyrażone liczbowo, słownie bądź obrazowo parametry. Mając zatem powyższe na uwadze, aktualnie obowiązujące przepisy prawa nakładają na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej w postaci opisów badań diagnostycznych przez okres 20 lat. Z kolei w odniesieniu do wyników badań obowiązek ten dotyczy zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie.

W odniesieniu do postulatu dotyczącego czasu przetwarzania zapisów z monitoringu, wskazuję, że kwestie związane z przechowywaniem nagrań obrazu z monitoringu zostały uregulowane w art. 23a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711). Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. Na obecnym etapie Ministerstwo Zdrowia nie widzi przesłanek do zmiany przepisów w ww. zakresie.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/