

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ NISZCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zasady przechowywania dokumentacji medycznej oraz jej niszczenia określone są głównie w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz.U. 2020.849) – art. 29 i 30 a

I. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana **przez okres 30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana **przez okres 30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

II. Po upływie wskazanych w ustawie okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do:

- zniszczenia dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego ta dokumentacja dotyczyła **albo**
- dokumentacja przeznaczona do zniszczenia może zostać wydana pacjentowi na jego wniosek, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie przez pacjenta upoważnionej do dokumentacji za życia jak i w przypadku zgonu pacjenta (dot. dokumentacji indywidualnej wewnętrznej). Warunkiem wydania dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia jest wniosek uprawnionego. Wydanie takie następuje za stosownym pokwitowaniem. Nie ma obowiązku prawnego poinformowania pacjenta o zamiarze zniszczenia dokumentacji medycznej, jedynie dobre obyczaje nakazują podanie takiej informacji pacjentowi.

III. Nie ma w przepisach uregulowanego sposobu ani trybu niszczenia dokumentacji medycznej.

Zaleca się jednak ze względów praktycznych, aby sporządzić przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych i następnie niszczący dokumentację medyczną protokołu z przebiegu niszczenia albo można też wdrożyć specjalną procedurę na ten cel w danym podmiocie udzielającym świadczeń np. poprzez powołanie specjalnej do tego komisji. Nie ma natomiast żadnego wymogu, aby dokumentacja medyczna miała być niszczone w specjalny sposób przez zewnętrzną firmę.

IV. W przypadku dokumentacji medycznej będącej materiałem archiwalnym w rozumieniu ustawy o narodowych zasobie archiwalnym stosuje się przepisy dotyczącej tego rodzaju dokumentacji.

Dokumentacja archiwalna – materiałami archiwalnymi wchodzącymi do narodowego zasobu archiwalnego, zwanymi dalej "materiałami archiwalnymi", są wszelkiego rodzaju akta i dokumenty, korespondencja, dokumentacja finansowa, techniczna i statystyczna, mapy i plany, fotografie, filmy i mikrofilmy, nagrania dźwiękowe i wideofonowe, dokumenty elektroniczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17

lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730, 848, 1590 i 2294) oraz inna dokumentacja, bez względu na sposób jej wytworzenia, mająca znaczenie jako źródło informacji o wartości historycznej o działalności Państwa Polskiego, jego poszczególnych organów i innych państwowych jednostek organizacyjnych oraz o jego stosunkach z innymi państwami, o rozwoju życia społecznego i gospodarczego, o działalności organizacji o charakterze politycznym, społecznym i gospodarczym, zawodowym i wyznaniowym, o organizacji i rozwoju nauki, kultury i sztuki, a także o działalności jednostek samorządu terytorialnego i innych samorządowych jednostek organizacyjnych - powstała w przeszłości i powstająca współcześnie.

V. Przekazywanie dokumentacji medycznej w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej

- Dokumentację medyczną przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.
- Przekazanie następuje w sposób zapewniający ochronę dokumentacji przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.
- W przypadku braku podmiotu przejmującego zadania za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:
 - podmiot tworzący albo sprawujący nadzór - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą
 - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej - w przypadku pozostałych podmiotów leczniczych oraz praktyki zawodowej
 - właściwa okręgowa izba pielęgniarek i położnych w przypadku śmierci pielęgniarki lub położnej wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej.

- W przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (czyli w sytuacjach gdy wpis do rejestru podlega wykreśleniu) organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą :
 - wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.
 - w razie bezskutecznego upływu terminu organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.
 - do należności z tytułu kosztów stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
- W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.
- Powyższych zasad nie stosuje się do elektronicznej dokumentacji medycznej. Elektroniczna dokumentacja medyczna po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej.

VI. Digitalizacja papierowej dokumentacji medycznej – art. 13 b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku

- Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może dokonać zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną - digitalizacja dokumentacji medycznej - z wyłączeniem dokumentacji medycznej będącej materiałem archiwalnym w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).
- Digitalizacja dokumentacji medycznej następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną przez podmiot do potwierdzenia zgodności odwzorowania cyfrowego z dokumentem w postaci papierowej.
- ***Dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu.***
- Podmiot informuje pacjenta, którego dokumentacja została zdigitalizowana, o:
 - digitalizacji dokumentacji medycznej;
 - możliwości odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż 1 rok od dnia przekazania informacji
- Prawo odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej przysługuje pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a po śmierci pacjenta także osobie bliskiej na zasadach określonych ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- W przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w postaci papierowej, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego podmiot może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. Także w tym przypadku należy sporządzić protokół zniszczenia.
- *Powyższe zasady stosuje się odpowiednio do deklaracji wyboru oraz dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie.*

VII. *Deklaracja wyboru jako dokumentacja medyczna*

- Deklaracja wyboru nie jest sensu stricto dokumentacją medyczną. Zgodnie z art. 24 i 25 ustawy o Prawach pacjenta dokumentacja medyczna dotyczy stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń. Zawiera oprócz wymienionych danych osobowych także opis stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach. Takich informacji zaś nie zawiera deklaracja wyboru.
- *Zgodnie z art. 20* ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do przetwarzania, przechowywania i udostępniania danych osobowych zawartych w deklaracji wyboru zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) oraz przepisami o ochronie danych osobowych. Na tej podstawie należy zatem wnioskować, iż co do przechowywania i niszczenia deklaracji wyboru należy stosować identyczne zasady jak przy dokumentacji medycznej.