

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZMARŁEGO PACJENTA W WYBRANYCH PAŃSTWACH UNII EUROPEJSKIEJ

DOBROMIR DZIEWULAK

ABSTRACT

This article attempts to review the disclosure of information about deceased patients to their family members, on the basis of the legal regulations, procedures and established practices in 21 selected EU member states.

WSTĘP

Udostępnianie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta w państwach Unii Europejskiej uzależnione jest od obowiązujących przepisów, a także przyjętych zwyczajów w poszczególnych krajach. Brak jest jednolitych unijnych przepisów, które określałyby procedury udostępniania dokumentacji medycznej, a każde państwo członkowskie posiada swój określony system postępowania odnoszący się do wyżej wymienionego zagadnienia.

Celem niniejszego opracowania jest dokonanie porównawczego przeglądu tytułowej problematyki udostępniania dokumentacji medycznej w wybranych państwach członkowskich Unii Europejskiej¹ – w tym w Polsce – oraz wskazanie

najbardziej charakterystycznych rozwiązań ze szczególnym uwzględnieniem stosowanych w tym zakresie przepisów, procedur i zwyczajów.

1. POLSKA

W Polsce zagadnienie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta regulowane jest w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta². W rozdziale 7 „Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej” w art. 26.1. ustawodawca wskazuje, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Zgodnie z art. 26.3. dokumentacja medyczna może być udostępniona także m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, organom władzy publicznej, sądom, organom rentowym.

¹ W poniższej informacji zagadnienie wydania na żądanie rodziny dokumentacji medycznej zmarłego w przypadku gdy pacjent za życia nie podpisał upoważnienia do takiego dysponowania jego dokumentacją przedstawiono na podstawie przeglądu 21 państw członkowskich Unii Europejskiej. W opracowaniu wykorzystano źródła internetowe – strony odnośnych ministerstw zdrowia, szpitali i innych ośrodków opieki medycznej oraz materiały z polskich placówek dyplomatycznych uzyskane za pośrednictwem Departamentu Konsularnego MSZ.

² <http://www.bpp.gov.pl/dok/ustawa/ustawa06112008.pdf> [dostęp:15.04.2011r.].

2. AUSTRIA

W Austrii brak jest jednolitych przepisów regulujących traktowanie żądanie rodziny zmarłego pacjenta dotyczącego wydania dokumentacji medycznej w przypadku, kiedy pacjent za życia nie podpisał upoważnienia do takiego dysponowania jego dokumentacją. Stosowane zasady wynikają głównie z orzecznictwa Sądu Najwyższego z uwzględnieniem przepisów dot. ochrony danych osobowych oraz ustaw regulujących status lekarza i szpitali w każdym z krajów związkowych.

Uzyskanie wglądu do dokumentacji medycznej zależy od spełnienia dwóch podstawowych warunków:

- wnioskodawca musi wykazać interes prawny;
- przed śmiercią zmarły pacjent wyraził choćby domniemaną zgodę na wgląd w historię choroby.

W przypadku udostępniania historii choroby stopień pokrewieństwa nie odgrywa decydującej roli. W praktyce decydujące jest istnienie uzasadnionego interesu (np. sprawy odszkodowawcze czy spadkowe) oraz brak wyraźnego oświadczenia zmarłego zakazującego wglądu do akt lub powszechnie znanych złych relacji pomiędzy zmarłym a osobą wnioskującą o wgląd w akta.

Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej kieruje się do dyrekcji właściwego szpitala. Decyzję o udostępnieniu lub odmowie dostępu do dokumentacji medycznej podejmuje dyrekcja właściwego szpitala po konsultacjach z działem prawnym instytucji nadzorującej pracę szpitali (np. w przypadku Wiednia jest to *Wiener Krankenanstaltenverband – KAV*). Nie istnieje precyzyjna procedura składania wniosku ani odpowiedzi na wniosek, zwyczajowo wniosek i odpowiedź powinny mieć formę pisemną. Odmowa zawiera zwykle uzasadnienie.

3. BELGIA

Zasady wydawania dokumentacji medycznej pacjenta reguluje w Belgii ustawa z dnia 22 sierpnia 2002 r. dotycząca praw pacjenta³. Ustawa ta nie przewiduje wydawania, w sensie udostępnienia kopii, dokumentacji medycznej osobom uprawnionym po śmierci pacjenta, a jedynie przyznaje im prawo do przeglądania dokumentacji (*droit de consultation*).

Zgodnie z art. 9 § 4 ww. ustawy prawo do przeglądania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta przysługuje współmałżonkowi, partnerowi ze związku partnerskiego zalegalizowanego, partnerowi oraz krewnemu do drugiego stopnia pokrewieństwa włącznie. Przeglądanie tejże dokumentacji może się odbywać wyłącznie za pośrednictwem lekarza praktykującego wskazanego przez osobę uprawnioną. Warunkiem udostępnienia dokumentacji jest właściwe i wyczerpujące umotywowanie wniosku. Wyżej wymienione osoby mają prawo do przeglądania dokumentacji medycznej w zakresie, który nie obejmuje zapisanych w *dossier* uwag osobistych lub dotyczących osób trzecich. Do zapoznania się z tą częścią dokumentacji ma prawo tylko lekarz prowadzący.

Dokumentacja nie zostanie udostępniona, jeśli pacjent za życia wyraźnie zastrzegł, iż nie zgadza się na to. Jego deklaracja

w tej sprawie nie musi być w formie pisemnej. Wystarczy, że lekarz prowadzący odnotuje jego zastrzeżenie ustne w dokumentacji medycznej.

4. BUŁGARIA

Wydawanie dokumentacji medycznej regulowane jest w Bułgarii w oparciu o ustawę o zdrowiu oraz rozporządzenie nr 16 Ministra Zdrowia z 06 września 1996 r.⁴

Prawo do uzyskania dokumentacji medycznej zmarłego mają jego spadkobiercy oraz krewni w linii prostej oraz bocznej do IV stopnia. Powyższe osoby mogą ustanowić do odbioru dokumentacji swego pełnomocnika, którym może być również firma pogrzebowa, zajmująca się transportem zwłok bądź pochówkiem.

Decyzję o wydaniu dokumentacji zmarłego pacjenta, w zależności od okoliczności zgonu, podejmuje lekarz z zakładu opieki medycznej, prowadzącego leczenie lub zakład medycyny sądowej. Decyzja o odmowie wydania powinna być uzasadniona.

Decyzja o wydaniu rodzinie dokumentacji medycznej zmarłego nie jest warunkowana podpisaniem przez niego za życia upoważnienia do takiego dysponowania jego dokumentacją.

5. CZECHY

W Republice Czeskiej prawo pacjenta do wglądu do własnej dokumentacji medycznej reguluje § 67b, ust. 12 ustawy nr 20/1966 o opiece zdrowotnej⁵. Pacjent za życia ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej, może sporządzać odpisy, wyciągi lub zwracać się do instytucji opieki zdrowotnej o kopię dokumentacji lub jej części. Nie może jednak uzyskać oryginału dokumentacji medycznej, ponieważ instytucje opieki zdrowotnej mają obowiązek jej archiwizacji przez okres ustalony w przepisach do celów ewentualnej kontroli, a po upływie ustawowego terminu mają obowiązek zniszczenia tej dokumentacji.

Jeżeli chodzi o dokumentację medyczną zmarłego pacjenta, prawa rodziny regulują postanowienia ww. ustawy (§ 67a ust. 3). Osoby bliskie zmarłemu pacjentowi mają prawo do informacji o przyczynie zgonu, wynikach sekcji zwłok, prawo wglądu do dokumentacji lub innych zapisów dotyczących leczenia oraz prawo do sporządzenia wypisów, odpisów lub kopii tych dokumentów. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub nieletniej, do tych czynności ma prawo ustawowy opiekun prawny, ewentualnie osoba ustanowiona opiekunem prawnym.

Jeżeli pacjent za życia zakazał udostępniania informacji o swoim stanie zdrowia włącznie z zakazem wglądu do dokumentacji zdrowotnej to osoby bliskie mają takie prawo jedynie w przypadku, gdy jest to w interesie ochrony ich zdrowia lub ochrony zdrowia dalszych osób. Dokumentacja zostanie wtedy udostępniona tylko w zakresie niezbędnym dla ochrony zdrowia.

⁴ Ustawa o zdrowiu (Закон за здравето), <http://lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147> [dostęp: 31 stycznia 2011 r.].

⁵ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:72003L0010:PL:NOT#FIELD_CZ [dostęp: 31 stycznia 2011 r.].

Za osoby bliskie uważa się osoby określone w par. 116 Kodeksu Postępowania Cywilnego (ustawa nr 40/1964). Osobą bliską jest członek rodziny spokrewniony w linii prostej, rodzeństwo i małżonek, partner; inne spokrewnione osoby lub nawzajem sobie bliskie, jeżeli krzywdę, której doznała jedna z nich ta druga odczuwa jako swoją własną.

Z prawa wglądu do dokumentacji medycznej oraz sporządzania kopii można korzystać w instytucji, która prowadzi taką dokumentację. Osoba ubiegająca się o wgląd do dokumentacji medycznej lub o jej kopię musi udowodnić personelowi zakładu opieki zdrowotnej, że jest dla zmarłego pacjenta osobą bliską. W innym przypadku personel ma całkowity i surowy zakaz ujawniania danych pacjenta.

O udostępnieniu dokumentacji ostatecznie decyduje personel – najczęściej jest to lekarz prowadzący. Odmowa udostępnienia dokumentacji musi być uzasadniona zwłaszcza, gdy pacjent za życia wyraził zakaz ujawniania komukolwiek swojej dokumentacji medycznej.

6. DANIA

W Królestwie Danii kwestię wyrażania przez pacjenta zgody na udostępnianie danych dotyczących jego leczenia regulują następujące akty prawne:

- ustawa o ochronie zdrowia⁶ (*Sundhedsloven LBK* nr 913 z dnia 13 lipca 2010);
- rozporządzenie o informacji oraz o wyrażaniu zgody na przekazywanie informacji medycznej⁷ i innej (*Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK* nr 665 z dnia 14 września 1998);

Dodatkowo duńska Agencja Zdrowia przy duńskim Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Zdrowia wydała przewodnik postępowania dla pracowników służby zdrowia zobowiązanych do zachowania tajemnicy lekarskiej, podczas dialogu i współpracy z najbliższymi pacjenta. Przewodnik ten nie jest wiążącym aktem prawnym, zawiera jednak wytyczne, wraz z podaniem konkretnych przykładów, jak postępować w rozmowie z rodziną pacjenta.

Ustawa o ochronie zdrowia wprowadza podstawową zasadę, zgodnie z którą pacjent ma prawo do zachowania tajemnicy odnośnie do jego stanu zdrowia. Zgon pacjenta nie uchyla tej zasady. Zgodnie z ustawą, udostępnianie informacji o stanie zdrowia pacjenta jest możliwe jedynie po wyrażeniu przez niego stosownej zgody. Ustawa rozróżnia sytuację wyrażenia przez pacjenta zgody na udzielanie informacji o jego stanie zdrowia na potrzeby leczenia oraz zgody na udzielenie informacji na potrzeby inne niż leczenie. W każdym przypadku, zgoda powinna być udzielona w związku z zaistniałą, konkretną potrzebą udostępnienia informacji. Zgoda pacjenta wymagana jest więc do udzielenia innym lekarzom lub personelowi medycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta chociażby w celu leczenia tego pacjenta lub innych pacjentów. Zgoda taka powinna być zasadniczo wyrażona na piśmie, lecz może

być także wyrażona ustnie. Należy ją w każdym przypadku włączyć do akt pacjenta⁸. Zgoda pacjenta wymagana jest także do udzielenia informacji w celach innych niż leczenie. Zgoda taka musi być wyrażona na piśmie i utrzymuje swą moc jedynie przez 1 rok od dnia jej wyrażenia. Udostępnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta w celach innych niż leczenie, może nastąpić bez jego zgody, gdy wymaga tego interes publiczny, nadrzędny interes (*imperative interests*) pacjenta lub osoby trzeciej, konieczność przeprowadzenia inspekcji lub sprawowanie nadzoru nad placówką medyczną.

§ 45 wymienionej ustawy przewiduje, iż w przypadku zgonu pacjenta personel medyczny może udostępnić historię choroby zmarłego oraz informację nt. przyczyny i sposobu zgonu pacjenta. Udostępnia się je najbliższemu zmarłego oraz jego lekarzowi ogólnemu, pod warunkiem, że nie będzie to niezgodne z wolą zmarłego lub będzie naruszało jego interesy⁹. Należy zwrócić uwagę, że prawo do poznania przez najbliższych zmarłego informacji o historii choroby czy też przyczynie i sposobie śmierci pacjenta, nie oznacza automatycznego prawa dostępu do akt medycznych. W przypadku braku zgody zmarłego złożonej na piśmie, najbliżsi mogą uzyskać wgląd w dokumentację medyczną zmarłego pod warunkiem, że wykażą ku temu ważny interes prawny, który przeważa nad prawem pacjenta do ochrony informacji na jego temat. (np. gdy rodzina chce złożyć pozew w związku z błędem lekarskim, lub gdy udostępnienie akt ma służyć wykluczeniu choroby dziedzicznej).

Osoby uprawnione do uzyskania informacji, to zgodnie z ustawodawstwem duńskim „najbliżsi zmarłego”. Nie ma wyraźnego, zamkniętego katalogu osób, które uprawnione są do uzyskania informacji. Przyjmuje się, że są to małżonkowie, zarejestrowani partnerzy (przy związkach osób tej samej płci), dzieci, rodzice, rodzice adopcyjni. Za „najbliższego” można uznać także przyjaciela osoby zmarłej – istotna jest tu każdorazowa ocena sytuacji oraz więzi między zmarłym a osobą zainteresowaną.

Zgodnie z §14 rozporządzenia o informacji i wyrażaniu zgody na przekazywanie informacji medycznej, decyzję o udostępnieniu akt medycznych pacjenta podejmuje członek personelu medycznego będący w ich posiadaniu, po dokonaniu oceny, czy zachodzą przesłanki do takiego udostępnienia. Rozporządzenie nie określa formy w jakiej informacja powinna być przekazana rodzinie, ani formy złożenia prośby o taką informację.

⁸ Ustawa przewiduje kilka wyjątków, które pozwalają na udostępnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta, bez jego zgody (ale wyłącznie w celu jego leczenia i tylko członkom personelu medycznego).

⁹ Przepis § 45 był w lutym 2010 r. przedmiotem badania i opinio-
wania przez Rzecznika Praw Obywatelskich przy duńskim parlamencie. Do momentu wydania opinii przez Rzecznika, przyjęto praktykę, że odmowa udostępnienia informacji przez personel medyczny nie daje najbliższemu zmarłego, prawa do zaskarżenia decyzji przed Komisją do spraw skarg pacjentów przy Agencji Zdrowia. Po wydaniu negatywnej oceny przez Rzecznika na temat powyższego sposobu interpretacji przepisów, Komisja przyjęła stanowisko, że przy spełnieniu wymogów postawionych w § 45 Ustawy, personel medyczny ma obowiązek udzielenia informacji o zmarłym pacjencie, a odmowa może być przedmiotem skargi, którą składa się do Komisji (do właściwości Komisji należy przyjmowanie skarg na działalność służb medycznych. Skarga może dotyczyć nie tylko leczenia i opieki, ale także prawa do informacji, sporządzania raportów medycznych oraz naruszania tajemnicy lekarskiej).

⁶ <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455> [dostęp: 1 lutego 2011 r.].

⁷ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075> [dostęp 1 lutego 2011 r.].

7. FINLANDIA

W Finlandii kwestia wyrażenia przez pacjenta zgody na udostępnianie danych dotyczących jego leczenia uregulowana jest w ustawie z 17 sierpnia 1992 r. o prawach pacjenta¹⁰. Ustęp 5 § 13 rozdziału 4 powyższej ustawy mówi, że dane osoby zmarłej dotyczące przebiegu leczenia mogą być wydawane na podstawie pisemnej prośby osobie, która danych tych potrzebuje w celu ustalenia lub realizacji przysługujących jej praw w zakresie w jakim jest to niezbędne. Osoba, której dane takie przekazano nie może z nich korzystać w innym celu niż wskazano.

Wnioski o wydanie dokumentacji zmarłego są zwykle kierowane do jednostek opieki zdrowotnej. Decyzje o wydaniu dokumentacji podejmowane są przez wyznaczone osoby w tych jednostkach, odpowiedzialne za wydawanie dokumentów. Zwykle odpowiednio umotywowana prośba jest rozpatrywana pozytywnie. Jeśli następuje przypadek odmowy wydania dokumentacji medycznej, odmowa musi być uzasadniona. Osobami najczęściej występującymi z prośbą o wydanie dokumentacji są osoby posiadające prawo dziedziczenia.

Wydanie rodzinie dokumentacji medycznej zmarłego nie jest uwarunkowane podpisaniem przez niego za życia odpowiedniego upoważnienia do takiego dysponowania jego dokumentacją.

8. FRANCJA

We Francji zagadnienie wydawania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta regulują przepisy Kodeksu Zdrowia Publicznego (*Code de la Santé Publique*)¹¹ oraz Rekomendacje dobrych praktyk w zakresie dostępu do informacji dotyczących zdrowia osoby (*Recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne*)¹² wydane przez wyższy urząd ds. zdrowia (*Haute Autorité de Santé – HAS*).

Kodeks nie wskazuje enumeratywnie katalogu osób uprawnionych do uzyskania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, określając jedynie krąg uprawnionych jako osoby *ayant droit*, co zależnie od kontekstu, można tłumaczyć m.in. jako: „mające prawo”, „uprawnione”, „następcy prawni”. Rekomendacje HAS wprowadzają ponadto rozróżnienie w zależności od tego czy żądanie wydania dokumentacji medycznej ma dotyczyć publicznej czy prywatnej służby zdrowia.

¹⁰ <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [dostęp: 1 lutego 2011 r.] oraz tłumaczenie:

<http://translate.google.pl/translate?hl=pl&sl=fi&u=http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785&ei=yM5HTZDYJInrOafPsO-oE&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCAQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DLaki%2Bpotilaan%2Basemasta%2Bja-%2Boikeuksista,%2BFinlex%2B17.8.1992/785%26hl%3Dpl%26biw%3D1020%26bih%3D563%26prmd%3Divns>

¹¹ http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=1D-980F90AFFAA1509D76C6EED44D8857.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110131 [dostęp 1.02.2011r.]

¹² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272508/acces-aux-informations-concernant-la-sante-d-une-personne-modalites-pratiques-et-accompagnement-decembre-2005-nouvelle-version-modifiee-des-recommandations-de-l-anaes-de-fevrier-2004 [dostęp 1 lutego 2011 r.].

W stosunku do dokumentacji zgromadzonej w jednostkach publicznej służby zdrowia uprawnionymi do uzyskania informacji są:

- spadkobiercy zmarłego według zasad kodeksu cywilnego, czyli spadkobiercy ustawowi, w tym współmałżonek osoby zmarłej (jeśli żyje) i ewentualni spadkobiercy testamentowi,
- osoba, która pozostawała w związku konkubenckim ze zmarłym, ale tylko wtedy jeśli zmarły wyraźnie tak postanowił w zapisach testamentowych.

Natomiast w stosunku do dokumentacji zgromadzonej w jednostkach prywatnej służby zdrowia osobami uprawnionymi do żądania udzielenia informacji są:

- wstępni;
- zstępni;
- małżonek;
- oraz osoby, które wykazą posiadanie ważnego interesu prawnego, np. beneficjenci umów ubezpieczeniowych zawartych przez zmarłego.

Jeśli zmarły przed śmiercią nie wyraził sprzeciwu wobec udostępnienia swojej dokumentacji medycznej, to wniosek o udostępnienie takiej dokumentacji kieruje się odpowiednio do lekarza, osoby odpowiedzialnej za zakład opieki zdrowotnej lub przez nią wyznaczonej, albo do instytucji upoważnionej do przechowywania dokumentacji. Osoby uprawnione mogą występować o przekazanie informacji zawartych w dokumentacji medycznej zmarłego, jeśli jest to dla nich konieczne w celu poznania przyczyn zgonu, ochrony pamięci zmarłego, albo realizacji ich praw.

Osoby ubiegające się o dostęp do informacji medycznych dotyczących zmarłego muszą sprecyzować, która z okoliczności wskazanych wyżej stanowi motyw ich żądania.

Ewentualna odmowa udostępnienia żądanych informacji musi być uzasadniona. Powodem odmowy może być nie tylko niespełnienie kryteriów związanych z wykazem osób uprawnionych, ale także bezzasadność żądania, jeśli wniosek dotyczy nadmiernego, ponad oczywistą potrzebę zakresu informacji lub żądanie już raz zrealizowane jest wielokrotnie i systematycznie ponawiane.

Dokumentacja powinna zostać udostępniona nie wcześniej niż po upływie 48 godzin (czas na refleksję) i nie później niż w ciągu 8 dni od daty zażądania. Termin ten może być wydłużony do dwóch miesięcy jeśli informacje medyczne miałyby pochodzić sprzed ponad pięciu lat.

Żądający udostępnienia dokumentacji medycznej może, według swojego wyboru, albo zapoznać się z tą dokumentacją osobiście na miejscu i jeśli zechce, otrzymać jej kopię, albo otrzymać kopie dokumentacji korespondencyjnie. Jeśli warunki techniczne na to pozwalają, dokumentacja może też być udostępniona w całości lub częściowo drogą elektroniczną.

Zapoznavanie się z dokumentacją na miejscu jest bezpłatne. Za przekazanie kopii dokumentacji pobierana jest opłata, która jednak nie może przewyższać kosztów wykonania kopii i ewentualnie kosztów wysyłki.

Dla udostępnienia dokumentacji nie jest wymagana uprzednia zgoda zmarłego, ale jeśli przed śmiercią zmarły zastrzegł wyraźnie, żeby po jego śmierci nie udostępniać jego dokumentacji medycznej, to dokumentacja nie może być udostępniana.

9. HISZPANIA

W hiszpańskim ustawodawstwie kwestię ochrony danych osobowych pacjentów regulują przepisy ogólnokrajowe oraz regionów autonomicznych.

Podstawowe zasady zawarte są w ustawie organicznej 15/1999 z dnia 13 grudnia o ochronie danych o charakterze osobistym¹³. Zgodnie z artykułami 7–12 i 15 dane osobowe dotyczące zdrowia mogą być przekazywane tylko, jeśli wynika to z przepisów szczegółowych lub za zgodą osoby, której dotyczą. Przekazywanie danych osobowych, niezbędnych do udzielenia pomocy medycznej, dla celów badań epidemiologicznych, statystycznych bądź naukowych nie wymaga zgody osoby, której dotyczą. Zgoda nie będzie też wymagana w przypadku osoby nieposiadającej zdolności prawnej i nie będącej w pełni świadomą.

Dalsze uregulowania dotyczące udzielania informacji w zakresie zdrowia pacjenta znajdują się w ustawie generalnej 14/1986 z 2 kwietnia o zdrowiu¹⁴ oraz w ustawie podstawowej 41/2002 z 14 listopada o autonomii pacjenta, jego prawach i obowiązkach w zakresie informacji i dokumentacji klinicznej¹⁵. Pierwsza ustawa przekazuje władzom regionów autonomicznych kompetencje w zakresie przepisów szczegółowych regulujących ochronę danych medycznych pacjentów. Druga, w art. 18 ust. 4 stanowi, że dokumentację medyczną pacjentów zmarłych wydaje się osobom powiązanim ze zmarłymi więzami rodzinnymi lub pozostającym ze zmarłym w związku pozamałżeńskim, poza przypadkami, kiedy zmarły wyraźnie zakazał wydania takiej dokumentacji. Niemniej, osoba trzecia ma też dostęp do danych klinicznych pacjenta, jeśli jest on niezbędny z uwagi na zagrożenie jej zdrowia. W tym przypadku udzielane są tylko informacje kluczowe, odnoszące się do danego problemu. Szczegółowe kwestie regulują akty prawne regionów autonomicznych, w dużej mierze powtarzające treść przepisów ww. ustawy.

Dokumentacją medyczną zarządza jednostka administracyjna szpitala lub przychodni, zajmująca się przyjmowaniem pacjentów i prowadzeniem dokumentacji medycznej lub lekarz uprawniony do zarządzania danymi pacjenta. Decyzję w sprawie wydania dokumentacji podejmuje organ, który zarządza w danym momencie dokumentacją. Nie przewiduje się drogi odwoławczej, ale istnieje możliwość złożenia, zgodnie z ogólnymi zasadami, skargi lub zażalenia.

10. IRLANDIA

W Irlandii brak jest regulacji prawnej, która bezpośrednio odnosi się do kwestii dokumentacji medycznej osób zmarłych. Aktem prawnym, na który powołują się irlandzkie szpi-

¹³ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> [dostęp: 2 lutego 2011 r.].

¹⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I14-1986.html [dostęp: 2 lutego 2011 r.].

¹⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. <http://www.todalaley.com/mostrLey892p1tn.htm> [dostęp: 2 lutego 2011 r.] lub: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf [dostęp: 2 lutego 2011 r.].

tale w przypadku konieczności ujawniania dokumentacji medycznej pacjenta jest ustawa z 1997 r. o dostępie do informacji (*Freedom of Information Act 1997/2003*)¹⁶. Dotyczy ona ogólnego dostępu osób do dokumentacji wraz z ujawnieniem danych osobowych, w tym także danych osób zmarłych. Jednakże akt ten nie traktuje odrębnie danych osobowych, które znajdują się w dokumentacji medycznej.

Każda placówka szpitalna posiada w swojej strukturze organizacyjno-administracyjnej departament (wydział) ds. udostępniania informacji (najczęściej pod nazwą: *Freedom of Information Unit/Department*), którego zadaniem jest zarządzanie dostępem do dokumentacji medycznej. Ponieważ nie ma bezpośredniej regulacji dot. dokumentacji medycznej osób zmarłych, szpitale powołują się na ustawę o dostępie do informacji z roku 1997 zmienioną ustawą z 2003 r. Według niej nie wolno udostępniać ww. dokumentacji nikomu oprócz najbliższej rodziny oraz partnera.

Za członka najbliższej rodziny (*next of kin*) ww. ustawa uznaje osobę lub osoby najbliżzej spokrewnione w linii prostej z osobą zmarłą. Za partnera (*spouse*), natomiast, uznaje się: małżonka, małżonka w separacji, małżonka po rozwodzie, który jest prawnie uznany w Irlandii oraz mężczyznę lub kobietę, którzy nie są małżonkami lecz żyli z osobą zmarłą jak mąż lub żona.

Procedura uzyskania ww. dokumentacji jest następująca. Należy zwrócić się na piśmie do właściwego szpitalnego *Freedom of Information Department* dołączając do podania kopię dokumentu tożsamości ze zdjęciem oraz dokumenty świadczące o pokrewieństwie lub małżeństwie (np. akty urodzenia, małżeństwa, wspólne rachunki itp.). Urzędnik ww. departamentu ma 4 tygodnie na podjęcie decyzji i udzielenie odpowiedzi. Każda decyzja musi być uzasadniona i przekazana na piśmie osobie ubiegającej się o udostępnienie ww. dokumentów.

Wydanie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta nie musi być uwarunkowane podpisaniem przez niego za życia odpowiedniego upoważnienia. Jest ono jednak wymagane, gdy o ww. dokumentację będą w przyszłości ubiegały się osoby trzecie, takie jak np. firmy ubezpieczeniowe, odszkodowawcze, czy też prawnicy. Nie jest wymagane, aby takie upoważnienie było poświadczane notarialnie, lecz musi być odręcznie podpisane i musi znajdować się w aktach, o które dana osoba trzecia występuje.

11. LITWA

W Republice Litewskiej podstawowym aktem prawnym dotyczącym zagadnień związanych z dokumentacją medyczną pacjenta jest ustawa o prawach pacjentów i odszkodowaniu za uszczerbek na zdrowiu¹⁷ Nr I-1562 z dnia 3 października 1996 r. (z późn. zm.). Stanowi ona, że prywatne życie pacjenta jest nietykalne, cała zaś informacja o pobycie pacjenta w placówce ochrony zdrowia, o jego leczeniu, stanie zdrowia, diagnozach, prognozach, jak również inne dane osobiste o pacjencie SA uważane za poufne zarówno za jego życia jak i po śmierci. Artykuł 8. ust. 3. ustawy stanowi, że prawo do uzyskania doku-

¹⁶ <http://foi.gov.ie/> [dostęp: 25 stycznia 2011 r.].

¹⁷ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas Nr. I-1562, 1996-10-03 <http://www.infolex.lt/ta/Default.aspx?Id=7&item=doc&SubMenu=4&aktoid=50882&RefId=6&PageNo=5&ItemsOnPage=30> [dostęp: 25.01.2011 r.].

mentacji medycznej pacjenta po jego śmierci nabywają spadkobiercy testamentowi bądź ustawowi, małżonek (partner), rodzice, dzieci. Zgodnie z ust. 4. cytowanego artykułu informacje poufne mogą być udostępniane również innym osobom, wyszczególnionym w podpisanych przez pacjenta dokumentach medycznych, które mogą określać zakres i terminy udostępniania takich informacji. W dokumentach medycznych pacjent ma również prawo wymienić osobę, której nie wolno udostępniać jakichkolwiek informacji o jego zdrowiu.

Kopie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta wydawane są na pisemny wniosek skierowany do kierownika placówki ochrony zdrowia, w której zmarły był leczony, po okazaniu przez wnioskodawcę dokumentu tożsamości. Spadkobiercy mają obowiązek okazać stosowne zaświadczenie notariusza właściwego dla miejsca ostatniego zamieszkania zmarłego, stwierdzające, że są spadkobiercami po zmarłym. Decyzję o wydaniu lub niewydaniu kopii dokumentacji medycznej zmarłego podejmuje kierownik placówki ochrony zdrowia. Decyzja odmowna powinna być uzasadniona.

12. ŁOTWA

W łotewskim ustawodawstwie kwestię ochrony danych osobowych pacjentów zawartych w dokumentacji medycznej reguluje ustawa „Prawa pacjenta”¹⁸, zgodnie z którą informacja dotycząca pacjenta podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi regulującymi ochronę danych osób fizycznych.

Informacje dotyczące pacjenta mogą być przekazane po jego śmierci następującym osobom: małżonkowi pacjenta, w przypadku jego braku – pełnoletniemu i uprawnionemu najbliższemu członkowi rodziny w następującej kolejności: dzieci pacjenta, rodzice pacjenta, brat lub siostra pacjenta, dziadkowie pacjenta, wnukowie pacjenta. Osoby te mogą uzyskać informacje o zmarłym pacjencie jeżeli:

- 1) informacje te mogą mieć wpływ na życie lub zdrowie wspomnianych osób, lub mogą ułatwić tym osobom korzystanie z opieki lekarskiej.
- 2) informacje mają związek z przyczyną zgonu pacjenta lub przebiegiem leczenia w okresie przed jego zgonem.

Aby uzyskać wgląd w dokumentację medyczną zmarłego pacjenta, wyżej wymienione osoby zwracają się z pisemnym wnioskiem do ośrodka służby zdrowia, podając stopień pokrewieństwa potwierdzony załączonymi dokumentami. We wniosku powinien zostać określony cel w jakim zainteresowana osoba pragnie uzyskać dane o zmarłym pacjencie, zawarte w dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 10 ustawy „Prawa pacjenta” informacje medyczne o pacjencie udzielane są na podstawie pisemnego zezwolenia kierownika ośrodka służby zdrowia. Wnioskodawca otrzymuje kopie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. W przypadku odmowy wydaje się odpowiednie uzasadnienie.

Informacje o pacjencie po jego śmierci mogą być także przekazywane innym osobom lub instytucjom na ich pisem-

ny wniosek i na podstawie pisemnego zezwolenia wydanego przez kierownika ośrodka medycznego. Pismo wnioskodawcy powinno być rozpatrzone w terminie nieprzekraczającym 10 dni roboczych po wpłynięciu wniosku. Kierownik ośrodka medycznego rozpatruje podanie i podejmuje decyzję o udostępnieniu danych z dokumentacji medycznej o zmarłym pacjencie lub podejmuje decyzję odmowną.

Zgoda na udzielenie informacji o pacjencie może być wydana następującym osobom i instytucjom:

- ośrodkom służby zdrowia – do celów lekarskich,
- Państwowej Inspekcji Danych – w celu sprawdzenia zgodności przetwarzania danych osobowych z wymogami przepisów prawnych,
- Państwowej Inspekcji Pracy – do badania i ewidencjonowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
- Inspekcji Zdrowia – do kontroli jakości opieki zdrowotnej i ekspertyz dotyczących oceny zdolności do pracy,
- Państwowej Komisji Lekarskiej ds. Zdrowia i Ekspertyz Zdolności do Pracy – do przeprowadzenia ekspertyzy dotyczącej stwierdzenia inwalidztwa,
- sądowni, prokuraturze, policji, państwowym inspektorom ochrony praw dziecka, sądowni opiekuńczemu, państwowej służbie Dozoru Sądowego, rzecznikowi praw obywatelskich oraz instytucjom przeprowadzającym dochodzenie wstępne – do realizacji funkcji ustawowych,
- Centrum Ekonomicznemu Służby Zdrowia – do pozyskania i analizy danych statystycznych dotyczących opieki zdrowotnej społeczeństwa,
- Centrum Rozliczeniowemu Służby Zdrowia – do zarządzania usługami w zakresie opieki zdrowotnej,
- jednostkom ewidencji rezerwy Narodowych Sił Zbrojnych – do oceny stanu zdrowia żołnierzy rezerwy,
- towarzystwu Łotewskie Biuro Środków Transportowych, spółkom ubezpieczeniowym, dokonującym obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnoprawnej właścicieli lądowych środków transportowych – w celu likwidacji szkód.

Na Łotwie udostępnianie danych o osobie zmarłej nie jest uzależnione od pełnomocnictwa wystawionego przez tę osobę za jej życia. Prawo do ochrony informacji (w tym również prawo do wyrażenia pisemnej zgody na zapoznanie się innych osób z informacją) jest osobistym prawem podmiotu, które jednak wygasa wraz ze śmiercią osoby. Wystawione przez pacjenta za życia upoważnienie do zapoznania się z danymi zawartymi w jego dokumentacji medycznej wygasa wraz ze śmiercią pacjenta, w związku z czym dane o pacjencie zmarłym nie mogą być udostępnione na podstawie upoważnienia.

13. NIEMCY

Zgodnie z niemieckim porządkiem prawnym dokumentacja medyczna objęta jest tajemnicą lekarską. Prawo pacjenta do zachowania przez lekarza tajemnicy lekarskiej chronione jest zarówno w Konstytucji RFN (art. 1 I w zw. z art. 2 I), jak też w innych ustawach: niemieckim kodeksie karnym (§ 203 i nast.), kodeksie cywilnym (np. § 280 ust.1, § 282, § 276, § 278 BGB), prawie pracy, prawie socjalnym. Dokładną definicję i zakres tajemnicy lekarskiej określają przepisy branżowe, regulujące zasady wykonywania zawodu lekarza (*die (Muster-) Berufsord-*

¹⁸ <http://www.v.m.gov.lv/index.php%3Fid%3D630%26top%3D17&ei=iyJTdvSM4bJswbx8d3HDw&sa=X&oi=translate&ct=result&esnum=5&ved=0CEAQ7gEwBA&prev=/search%3Fq%3DAkts%2Bpacientu%2Btiesibu%26hl%3Dpl%26sa%3Dg%26prmd%3Ddivns> [dostęp: 23 stycznia 2011 r.].

nung der Bundesärztekammer – MBO)¹⁹. Przepisy te uchwalane są oddzielnie dla każdego kraju związkowego. § 9 MBO określa obowiązek lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej także po śmierci pacjenta. Stąd też dokumentacja medyczna dotycząca zmarłego pacjenta stanowi tajemnicę lekarską.

Wgląd do dokumentacji medycznej zmarłego, w sytuacji gdy pacjent za życia nie udzielił zgody do dysponowania jego dokumentacją medyczną lub gdy nie istnieje podstawa prawna do zwolnienia z tajemnicy lekarskiej (np. obowiązek udostępnienia informacji zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych), jest możliwy tylko wtedy, gdy na podstawie okoliczności sprawy zostanie wykazane, że udzielenie informacji np. rodzinie, spadkobiercom, czy osobom trzecim jest zgodne z domniemaną wolą zmarłego pacjenta i w jego interesie. Według orzecznictwa Federalnego Sądu Najwyższego (BGH NJW 1983, 2627)²⁰ lekarz jest zobowiązany do zbadania, czy istnieją powody, dla których zmarły pacjent mógłby sprzeciwić się wydaniu dokumentacji medycznej w całości lub w części albo w stosunku do osoby wnioskującej. Przy tej ocenie istotną rolę odgrywa cel wykorzystania informacji pochodzących z dokumentacji medycznej, np. dochodzenie roszczeń, ocena stopnia poczytalności przy sporządzaniu testamentu.

Zgodnie z obowiązującą linią orzecznictwa, jeśli celem uzyskania informacji jest sprawdzenie, czy nie został popełniony błąd w sztuce lekarskiej lub ocena stopnia poczytalności zmarłego, domniemywa się zgodę pacjenta. W takich przypadkach odmowa wglądu do dokumentacji może nastąpić tylko w przypadku istnienia konkretnych przesłanek wskazujących na domniemany sprzeciw pacjenta.

O udostępnieniu dokumentacji medycznej orzeka samodzielnie lekarz. Decyzja odmowna lekarza winna zostać uzasadniona poprzez podanie ogólnych przyczyn.

14. PORTUGALIA

W Portugalii brak jest szczegółowych przepisów w ustawach i innych aktach prawnych, regulujących zasady udostępniania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Kwestia wydania dokumentacji zmarłego pacjenta zawarta jest przede wszystkim w regulaminach wewnętrznych (*reglamento interno*) zakładów opieki zdrowotnej. W przypadku gdy rodzina podejrzewa, że śmierć członka rodziny mogła nastąpić w wyniku zaniedbania lub błędu lekarskiego, może ona złożyć skargę na działanie lekarza i wniosek o wydanie dokumentacji medycznej z opisem przebiegu leczenia. Portugalska organizacja ds. obrony praw konsumenta (DECO), poinformowała, że z praktyki wynika, iż przygotowanie skargi na działanie szpitala i wniosku o wydanie dokumentacji medycznej wymaga udziału adwokata.

Wniosek o wydanie dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej. Prawo do złożenia wniosku posiada najbliższa rodzina do IV stopnia pokrewieństwa oraz osoby, które potrafią udowodnić w sprawie swój interes prawny. Wniosek kierowany jest do organu administracyjnego szpitala, który podejmuje decyzję. Jeżeli organ administracyjny ma wątpli-

wości w sprawie wydania dokumentacji medycznej, zwraca się z wnioskiem o opinię do organu wykonawczego Naczelnej Rady Lekarskiej (Zarząd Wykonawczy Rady).

Decyzję ws. wydania dokumentacji zmarłego pacjenta podejmuje organ administracyjny szpitala (w niektórych szpitalach zwany Komisją Administracyjną ds. Udostępniania Danych Pacjenta). Wydawana decyzja powinna mieć zachowaną formę pisemną i musi zawierać uzasadnienie.

Wydanie dokumentacji medycznej na prośbę rodziny nie jest uwarunkowane wcześniejszą zgodą podpisaną przez pacjenta za jego życia. Jeśli zmarły pacjent za życia zastrzegł, aby dokumentacja jego choroby nie została przekazana osobom trzecim, szpital ma obowiązek uszanować wolę pacjenta.

15. RUMUNIA

Prawo rumuńskie uzależnia możliwość wydania rodzinie dokumentacji medycznej pacjenta od jego wcześniejszego upoważnienia.

Jeśli pacjent nie podpisał takiego upoważnienia, to nie ma możliwości przekazania takiej dokumentacji rodzinie.

16. SŁOWACJA

W Republice Słowacji dysponowanie dokumentacją medyczną zmarłego pacjenta reguluje ustawa nr 576/2004 o opiece zdrowotnej oraz o zmianie i uzupełnieniu niektórych ustaw²¹.

Zgodnie z ww. ustawą odpowiedzialnym za zabezpieczenie dokumentacji medycznej jest podmiot świadczący opiekę zdrowotną. Powinien on chronić dokumentację w taki sposób, aby nie doszło do jej uszkodzenia, utraty lub niewłaściwego wykorzystania podczas jej przechowywania. Dokumentację, którą prowadzi lekarz ogólny zachowuje się przez 20 lat od chwili śmierci danej osoby, a pozostałą dokumentację medyczną przez 20 lat od czasu ostatniego świadczenia usługi medycznej danej osobie.

W myśl postanowień § 25 ust. 5 i 6 ustawy dane zawarte w dokumentacji medycznej są udostępniane biegłym na ich wniosek za zgodą prokuratora lub sądu. Przed wydaniem dokumentacji medycznej pracownik medyczny powinien przygotować jej uwierzytelnione fotokopie. § 24 ust. 2 ustawy stanowi, że dane z dokumentacji medycznej są udostępniane w formie wypisu na podstawie pisemnego wystąpienia i w zakresie wymienionym we wniosku osobom uprawnionym do wglądu do dokumentacji.

Wypisy z dokumentacji są udostępniane m. in. następującym osobom:

- osobie, której dotyczy lub jej prawnemu przedstawicielowi,
- małżonkowi lub małżonce, dzieciom lub rodzicom oraz prawnym przedstawicielom tych osób po śmierci danej osoby, w zakresie całej dokumentacji. W przypadku braku takich osób udostępnia się osobie, która prowadziła ze zmarłym wspólne gospodarstwo, osobie bliskiej lub ich prawnemu przedstawicielowi,
- pełnomocnikowi danej osoby na postawie pisemnego upoważnienia i potwierdzonego urzędowo podpisu osoby, która udzieliła upoważnienia.

¹⁹ (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand0061124.pdf> [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

²⁰ <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=58474> [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

²¹ http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Veda-vyskum/zdravotna_starostlivost.pdf [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

17. SŁOWENIA

W Republice Słowenii kwestie związane z dostępem do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta uregulowane są w ustawie o prawach pacjenta. Zgodnie z ustawą po śmierci pacjenta prawo do zapoznania się z jego dokumentacją medyczną mają małżonek, konkubent, partner ze związku osób tej samej płci, dzieci własne i przysposobione, a w przypadku braku tych osób – rodzice pacjenta. Z dokumentacją medyczną zmarłego pacjenta mogą się zapoznać również osoby, które mają w tym interes prawny, wykazany odpowiednim dokumentem. Dokumentację można uzyskać kierując odpowiednio umotywowany wniosek do instytucji świadczącej usługi medyczne. Decyzję podejmuje uprawniona osoba w terminie 15 dni od wpłynięcia wniosku. W przypadku decyzji odmownej, wnioskodawca ma prawo zaskarżenia decyzji zakładu świadczącego usługi medyczne do Inspektora ds. Ochrony Informacji.

Zgodnie z obowiązującym prawem pacjent ma prawo wyznaczyć osoby, które po jego śmierci mogą zapoznać się z jego dokumentacją medyczną oraz osoby, którym zapoznanie się z nią zakazuje. Zakaz bądź wskazanie osób może być odnotowane również w centralnej ewidencji dokumentacji medycznej.

18. SZWECJA

Przepisy szwedzkie nie regulują szczegółowo kwestii udostępniania dokumentacji zmarłego pacjenta. Obowiązują przepisy ogólne dotyczące ochrony danych, które objęte są tajemnicą (szw. *sekretess*). Odpowiednie zapisy znajdują się w ustawie o jawności i tajemnicy służbowej (dot. publicznej służby zdrowia)²² oraz w ustawie o bezpieczeństwie pacjentów (dot. prywatnej służby zdrowia).

Brak jest określenia szczegółowych procedur postępowania, gdyż zgodnie ze specyfiką szwedzkiego prawodawstwa wynikają one z długoletniej praktyki, która, mimo braku kodyfikacji, uznawana jest za normę prawną (*sedvanerätt* czyli „prawo zwyczajowe” oraz *god sed*, czyli „dobry obyczaj”).

W Szwecji istnieje więc zwyczaj, iż o dokumentację medyczną po śmierci pacjenta mogą ubiegać się osoby bliskie zmarłemu. Definicja osoby bliskiej nie jest jednoznacznie sformułowana w prawie szwedzkim. Wg instrukcji Głównego Zarządu Zdrowia i Opieki Społecznej (*Socialstyrelsen*) osoby bliskie to takie, które łączą z pacjentem bliskie więzi, np. małżonkowie, partnerzy życiowi, dzieci własne, adoptowane i przybrane, wnuki, dziadkowie itp. W każdym konkretnym przypadku placówka opieki zdrowotnej arbitralnie decyduje, kogo uznać za osobę bliską.

Pracownik odpowiedzialny w danej placówce za dokumentację pacjenta dokonuje rozpoznania sprawy i w oparciu o jego wynik decyduje, czy i jakie informacje mają pozostać objęte tajemnicą. W przypadku decyzji odmownej rodzina pacjenta może zwrócić się do kierownictwa danej placówki o rozstrzygnięcie sprawy. Ewentualna decyzja odmowna kierownictwa powinna być pisemna i zawierać krótkie uzasadnienie oraz informację o procedurze odwoławczej. Jeśli dokumentacja jest w dyspozycji placówki publicznej, organem odwoławczym

²² <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20090400.htm> [dostęp: 23 lutego 2011 r.].

jest sąd administracyjny. W placówkach prywatnych organem odwoławczym jest Główny Zarząd Zdrowia i Opieki Społecznej oraz sąd administracyjny.

Wydanie rodzinie dokumentacji medycznej zmarłego nie jest warunkowane podpisaniem przez niego za życia odpowiedniego upoważnienia.

Dokumentacja medyczna zmarłych pacjentów chroniona jest tajemnicą, według wspomnianych zasad. Przyjmuje się generalną zasadę, że zmarły nie może ucierpieć na ujawnieniu informacji zawartych w jego dokumentacji medycznej. Ujawniając takie dokumenty bierze się pod uwagę interes zmarłego, poszanowanie jego czci i godności oraz uwzględnienia możliwości wyrządzenia bliskim zmarłego ewentualnych szkód moralnych i materialnych.

19. WĘGRY

Na Węgrzech zasady wydawania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta reguluje ustawa nr CLIV z 1997 r. o służbie zdrowia²³. Zgodnie z jej przepisami osobami uprawnionymi do poznania informacji które były lub mogły być przyczyną śmierci pacjenta są: jego prawni przedstawiciele, członkowie rodziny oraz spadkobiercy. Te same osoby są uprawnione do poznania danych medycznych związanych z leczeniem pacjenta przed śmiercią, a także do uzyskania fotokopii dokumentacji lekarskiej.

Uzyskiwanie danych i wydawanie dokumentacji odbywa się na wniosek pisemny skierowany do biura prawnego szpitala lub innej jednostki służby zdrowia.

20. WIELKA BRYTANIA

Zasady wydobywania dokumentacji medycznej po zmarłym pacjencie w Wielkiej Brytanii są regulowane ustawą dot. dostępu do dokumentacji medycznej (*Access to Health Records Act 1990*).²⁴ Zgodnie z art. 3(1)(f) prawo dostępu do takiej dokumentacji ma przedstawiciel zmarłego (wykonawca woli zmarłego) lub inna osoba, która udowodni że takie udostępnienie dokumentacji jest prawnie uzasadnione lub zgodne z interesem publicznym (np. stwierdzenie przyczyny zgonu w celu oceny istnienia chorób genetycznych). Brytyjskie ustawodawstwo nie precyzuje czy członkowie rodziny zmarłego mają prawo do uzyskania dokumentacji medycznej.

Decyzję o wydaniu dokumentacji medycznej podejmuje instytucja, która nią dysponuje np. szpital, przychodnia lekarska. W przypadkach niejasnych i skomplikowanych sytuacji zaleca się zasięgnięcia opinii prawnika. Instytucja posiadająca dokumenty medyczne ma prawo do ich niewydania jeśli ujawnienie dokumentów mogłoby wyrządzić szkody fizyczne lub psychiczne osobie, która o nie występuje. Dokumentów nie wydaje się osobie trzeciej, która nie posiada wymaganego upoważnienia.

²³ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV [dostęp: 19 stycznia 2011 r.].

²⁴ http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Informationpolicy/Patientconfidentialityandcaldicottguardians/DH_4084411 [dostęp: 28 stycznia 2011 r.].

Jeśli osoba za życia zastrzegła sobie prawo do nieinformowania o swojej dokumentacji medycznej lub zmarły chciał z innych powodów zachować poufność informacji medycznej, dokumenty nie mogą być wydane. Odstępstwem od woli zmarłego może być istnienie nadrzędnego interesu publicznego, który zmusza – pomimo zastrzeżenia zmarłego – do ujawnienia jego dokumentacji medycznej.

21. WŁOCHY

We Włoszech prawo dotyczące wydania dokumentacji medycznej i karty choroby (*cartella clinica*) zmarłego pacjenta – nie odnosząc się do kwestii, czy zmarły zostawił, czy też nie, upoważnienie do dysponowania nią – normują w sposób ogólny następujące akty prawne:

1. Ustawa o dostępie do dokumentów administracyjnych (*Legge sull'accesso alla documentazione amministrativa, 241/1990*)²⁵, artykuły 22–25.
2. Kodeks o ochronie danych osobowych (*Codice in materia di protezione dei dati personali, Decreto legislativo 196/2003*)²⁶, art. 9 i 92.
3. Kodeks Cywilny (*Codice Civile*)²⁷, art. 536, który podaje osoby uprawnione do zachowku.

Szczegółowe informacje o prawie, możliwościach i sposobie otrzymania dokumentacji medycznej (za życia i po śmierci pacjenta) znajdują się zwykle na stronach internetowych poszczególnych szpitali i nadzorujących je lokalnych struktur służby zdrowia, a pochodzą one z regulaminów wewnętrznych tych jednostek, sporządzonych na podstawie powyższych aktów prawnych.

Na podstawie Kodeksu Cywilnego z prośbą o kopię karty choroby osoby zmarłej mogą zwrócić się uprawnieni do zachowku po nim, a mianowicie małżonek i dzieci pochodzące ze związku małżeńskiego lub spoza niego. W przypadku braku wyżej wspomnianych, takie prawo przysługuje uprawnionym wstępnym lub spadkobiercom testamentowym. Kodeks o ochronie danych osobowych (art. 9, ust. 3) rozszerza to prawo na każdą osobę, która ma w tym bezpośredni interes prawny lub działa na rzecz zainteresowanego lub też z powodów rodzinnych zasługuje na ochronę.

Wspomniana prośba winna zostać złożona wraz z oświadczeniem, z urzędowo poświadczonym podpisem, które potwierdza tytuł prawny spadkobiercy, lub oświadczeniem własnym w formie pisemnej, stwierdzającym szczególne położenie uprawnionego spadkobiercy, jego stopień pokrewieństwa ze zmarłym, albo w przypadku osoby innej niż uprawniony spadkobierca, uzasadniającym powody złożenia prośby.

²⁵ <http://www.altalex.com/index.php?idnot=550> [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

²⁶ <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/03196dl.htm> [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

²⁷ http://www.jus.unitn.it/cardoza/obiter_dictum/codciv/Codciv.htm [dostęp: 3 lutego 2011 r.].

Każdy wniosek powinien zawierać dane osobowe zmarłego, daty przyjęcia i wypisania ze szpitala (lub zgonu), jak również dokładane informacje o zakładzie opieki zdrowotnej i oddziale, w którym był leczony.

Wnioski o wydanie kopii dokumentacji medycznej wraz z opłatą składa się do Biura Kart Choroby (*Ufficio cartelle cliniche*), które wchodzi w skład dyrekcji medycznej danego szpitala. Dyrekcja wydaje kopię karty choroby poświadczoną za zgodność z oryginałem w terminie do 30 dni od daty złożenia wniosku lub informuje jednostkę nadrzędną o oddziałach lub służbach winnych niedotrzymania wspomnianego terminu. W przypadku niewyrażenia zgody na wydanie dokumentacji, zainteresowanemu przysługuje, w terminie 30 dni od otrzymania odmowy, prawo złożenia odwołania do regionalnego sądu administracyjnego.

PODSUMOWANIE

Jak wynika z przeglądu przepisów i stosowanych zwyczajów w wybranych państwach członkowskich UE zagadnienie wydania dokumentacji medycznej w przypadku nie podlega jednolitej procedurze postępowania. Wydanie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta regulowane jest np. ustawami o zdrowiu lub o opiece zdrowotnej (Bułgaria, Czechy, Dania, Słowacja, Węgry), kodeksem zdrowia publicznego (Francja), ustawami o prawach pacjenta (Belgia, Finlandia, Litwa, Łotwa, Polska, Słowenia), ustawą o dostępie do dokumentacji zdrowotnej (Wielka Brytania), ustawą o ochronie danych (Hiszpania), kodeksem karnym, kodeksem cywilnym i przepisami branżowymi odnoszącymi się do tajemnicy lekarskiej (Niemcy). W Austrii, Irlandii, Portugalii i Szwecji brak jest jednolitych przepisów szczegółowych odnoszących się do kwestii dokumentacji medycznej osób zmarłych, aczkolwiek można mówić o stosowaniu pewnej praktyki wynikającej z przepisów ogólnych lub innych aktów prawnych np. dotyczących dostępu do informacji. W większości analizowanych krajów decyzję w sprawie wydania dokumentacji zmarłego pacjenta podejmuje odpowiednia jednostka właściwego szpitala (Austria, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy), bezpośrednio lekarz (Bułgaria, Czechy, Dania, Niemcy) lub oba te podmioty (Francja, Hiszpania). Decyzja negatywna dot. udostępnienia dokumentacji medycznej najczęściej uzasadniana jest w formie pisemnej. W analizowanych państwach udostępnianie dokumentacji medycznej odbywa się na ogół bez konieczności zapobiegawczego (wcześniejszego) wyrażenia zgody przez pacjenta. Jednakże w Danii i Rumunii bez wcześniejszego wyrażenia zgody dokumentacja nie zostanie wydana. Jeżeli pacjent zabronił wydania swojej dokumentacji medycznej po śmierci, to mimo tego zastrzeżenia może być ona udostępniona, w ograniczonym zakresie, innym osobom jedynie w przypadku, gdy wymaga tego interes publiczny, nadrzędny interes osoby trzeciej lub konieczność przeprowadzenia kontroli placówki medycznej (Czechy, Dania, Hiszpania, Niemcy, Wielka Brytania).

Zespół redakcyjny:

Grzegorz Gołębiowski (redaktor naczelny), Adrian Grycuk (sekretarz redakcji; tel. +48 22 694 17 53, e-mail: adrian.grycuk@sejm.gov.pl), Dobromir Dziewulak, Piotr Russel, Piotr Chybalski
Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, ul. Zagórna 3, 00-441 Warszawa

Seria Analizy BAS wydawana jest wyłącznie w wersji elektronicznej.
Więcej informacji na stronie www.bas.sejm.gov.pl w dziale publikacje.
