







## Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej

Do podstawowych, powszechnych praw pacjenta należy prawo do dostępu do dokumentacji medycznej. Natomiast do podstawowych obowiązków podmiotów wykonujących działalność leczniczą należy prowadzenie, zabezpieczenie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej. Ponadto do fundamentalnych standardów prawnych wykonywania każdego zawodu medycznego należy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych prawem. Personel medyczny (lekarz, dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, ratownik medyczny) ma obowiązek ochrony (zabezpieczenia personalnego i rzeczowego) dokumentacji medycznej, w szczególności przed dostępem osób nieuprawnionych oraz jej zniszczeniem i utratą. Ponadto osoby wykonujące zawody medyczne mają obowiązek udostępnić dokumentację medyczną uprawnionym osobom – przede wszystkim pacjentowi, a także uprawnionym podmiotom (np. sądom).

### PODSTAWA PRAWNA

1. Art. 23–30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 798), w skrócie zwane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2020 r.

## 5.1. Zakres prawa do dostępu do dokumentacji medycznej

**Zgodnie z art. 23 u.p.p. pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.**

Prawu temu odpowiada obowiązek podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi z art. 26 u.p.p.

Pojęcie „dane dotyczące zdrowia” ma szeroki zakres i obejmuje wiele informacji, które w bezpośredni albo pośredni sposób odnoszą się do zdrowia pacjenta albo udzielanych mu świadczeń.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony prawem.

## 5.2. Rodzaje i przykłady dokumentacji medycznej

Generalnymi rodzajami dokumentacji medycznej w świetle prawa są:

- 1) dokumentacja indywidualna (wewnętrzna i zewnętrzna),
- 2) dokumentacja zbiorcza.



---

**Dokumentacja indywidualna** to dokumentacja dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Natomiast **dokumentacja zbiorcza** to dokumentacja dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

---

Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu,
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta.

---

**Przykład:** dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią m.in.: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowisko-rodzinnego, karta medycznych czynności ratunkowych, karta zlecenia wyjazdu, karta transportu medycznego, karta zlecenia transportu lotniczego, karta przebiegu znieczulenia, karta obserwacji, karta obserwacji porodu, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, protokół operacyjny, okołoperacyjna karta kontrolna.

---

**Przykład:** dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią m.in.: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu leczniczego, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, karta przebiegu ciąży, książeczka zdrowia dziecka, Karta Szczepień, a także zaświadczenie, orzeczenie, opinia.

---

**Przykład:** dokumentację zbiorczą stanowią m.in.: wykaz chorych oddziału, wykaz raportów lekarskich, wykaz raportów pielęgniarskich, wykaz zabiegów, wykaz bloku porodowego, wykaz noworodków.

---

Obowiązek prowadzenia konkretnych rodzajów dokumentacji medycznej uzależniony jest od rodzaju podmiotu wykonującego działalność leczniczą (np. dokumentacja specyficzna dla szpitala).

### 5.3. Forma prowadzenia dokumentacji medycznej

Przez wiele lat wymaganym i praktycznym standardem było prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej. Jednakże docelowo standardem miała być dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej, ale obowiązek taki był wielokrotnie przesuwany w czasie przez prawodawcę.



Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania uznaje elektroniczną postać dokumentacji medycznej za podstawowy sposób jej prowadzenia. Natomiast forma papierowa może być stosowana tylko wyjątkowo.

Forma papierowa dokumentacji medycznej może być stosowana tylko:

- 1) jeżeli przepis rozporządzenia wyraźnie tak wskazuje (np. książeczka zdrowia dziecka) lub
- 2) gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (np. czasowa niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej wskutek awarii sprzętu albo systemu teleinformatycznego).

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona ściśle zgodnie z adekwatnymi i aktualnymi przepisami, w szczególności obecnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym, udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierają oznaczenie pacjenta zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2020 r., a kolejne strony – co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta.

W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod ICD 10).

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się dokumentacja udostępniona za pomocą środków komunikacji elektronicznej.



W indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej należy zamieścić poniższe oświadczenia pacjenta, ale tylko wtedy, gdy zostały złożone w inny sposób niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta:

- 1) o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- 2) o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji,
- 3) o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Ponadto należy poinformować pacjenta przed złożeniem przez niego powyższych oświadczeń o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

#### 5.4. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Podmioty lecznicze i personel medyczny mają obowiązek ochrony/zabezpieczenia dokumentacji medycznej, w tym jej przechowywania przez określony prawem czas.

Kierownik podmiotu leczniczego powinien zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Bardzo ważne jest odpowiednie zabezpieczenie dokumentacji medycznej. Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych,
- 2) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

W przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej system teleinformatyczny musi spełniać co najmniej poniższe wymogi, tj. zapewniać:

- 1) integralność treści dokumentacji i metadanych, polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur,
- 2) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych,



- 3) wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych,
- 4) informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany,
- 5) możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w określonych formatach i standardach,
- 6) możliwość wydruku dokumentacji,
- 7) możliwość eksportu całości danych w określonych standardach i formatach w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.



Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (szpital, przychodnia itd.) przechowuje dokumentację medyczną przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez:
  - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
  - b) 2 lata, 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;
- 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez 22 lata.

Po upływie powyższych okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.