

Agnieszka Kowalska

Glosa do Wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2013 r., sygn. VII SAB/Wa 201

Studia Prawnoustrojowe nr 24, 311-318

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Glosa do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2013 r., sygn. VII SAB/Wa 201/12.

Nie ma racjonalnego powodu, aby traktować oświadczenie pacjenta upoważniające osobę bliską do uzyskiwania jej dokumentacji jako sporządzone tylko na użytek świadczeniodawcy, który założył historię choroby, w której oświadczenie takie się znalazło.

Glosowany wyrok podejmuje bardzo istotne zagadnienie dotyczące dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jest jednym z najistotniejszych praw, które mu przysługują. Można bowiem traktować je jako swoiste przedłużenie innego, równie ważnego, prawa do informacji. Kwestia dostępu do dokumentacji za życia pacjenta nie budzi większych wątpliwości. Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, dostęp do dokumentacji może mieć on sam, jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba przez niego upoważniona. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia (art. 26 ust. 2 u.p.p.). Mimo stosunkowo nieostrych sformułowań, należy przyjąć, iż katalog podmiotów uprawnionych do dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej jest zamknięty². Z punktu widzenia praktyki najwięcej problemów i kontrowersji dotyczy przypadków dostępu do dokumentacji po śmierci pacjenta. Powyższa kwestia będzie przedmiotem opracowania. Pominięte zostaną natomiast rozważania dotyczące zagadnień związanych z dopuszczalnością skargi oraz możliwością jej rozpoznania przez Wojewódzki Sąd Administracyjny³.

¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz 159 z późn. zm.) – dalej: u.p.p.

² R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 255.

³ Za takim rozwiązaniem przemawia m.in. wyrok NSA z dnia 15 lipca 2011 r., sygn. I OSK 667/11 oraz postanowienie NSA z dnia 8 listopada 2012 r., sygn. II OZ 958/12, wyrok NSA z dnia 19 maja 2003 r., sygn. OSA 1/03, OSP 2003, nr 11, poz. 136. W doktrynie prezentowane jest również stanowisko odmienne, zgodnie z którym w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej roszczenie o jej udostępnienie mogłoby zostać zrealizowane na gruncie art. 189 k.p.c. w ramach powództwa o ustalenie prawa. Zob. *Glosa do wyroku NSA z dnia 19 maja 2003 r.*, OSA 1/03, „Przegląd Sądowy” 1994, nr 11–12, s. 173, podobnie D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2012, s. 368. Osoba uprawniona ma również możliwość skierowania sprawy do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o wszczęcie postępowania wyjaśniającego, którego następstwem może być złożenie pozwu do sądu cywilnego, zob. T. Filarski, T. Sikora, *Zrozumieć prawa pacjenta*, Warszawa 2013, s. 45.

W przedmiotowej sprawie żona skarżącego w dniu 1 czerwca 2010 r. została przyjęta w trybie nagłym do szpitala, w którym kolejnego dnia piśmiennie upoważniła swojego męża do uzyskiwania dokumentacji medycznej na wypadek swojej śmierci. W trakcie leczenia dnia 20 czerwca pacjentka została przewieziona helikopterem do drugiego szpitala, gdzie tego samego dnia zmarła. Skarżący dnia 28 lipca 2010 r. wystąpił do dyrektora szpitala, do którego przetransportowana była jego żona, o udostępnienie dokumentacji medycznej. Pismem z dnia 10 sierpnia kierownik Archiwum Zakładowego na podstawie pełnomocnictwa uzyskanego od dyrektora odmówił udostępnienia dokumentacji medycznej, powołując się na cytowany wcześniej art. 26 u.p.p. Dnia 6 września 2010 r. pełnomocnik skarżącego skierował kolejne pismo do kierownika Archiwum Zakładowego z wnioskiem o wydanie kserokopii protokołu sekcji zwłok. Dnia 22 września, odpowiadając na powyższy wniosek, kierownik Archiwum Zakładowego utrzymał swoje stanowisko przedstawione w piśmie z dnia 10 sierpnia 2010 r., twierdząc, że upoważnienie żony skarżącego dotyczy dokumentacji medycznej wytworzonej przez podmiot, w którym owe upoważnienie zostało złożone.

Skarżący wskazał ponadto, że szpital, do którego przetransportowano jego żonę, przyjmując przytomną, zdolną do samodzielnego myślenia pacjentkę, nie pobrał od niej zgody na podjęcie leczenia ani nie wypełnił niezwłocznie dokumentacji związanej z przyjęciem na oddział. Powyższe zaniechanie ze strony szpitala skutkowało tym, iż pacjentce uniemożliwiono potwierdzenie oświadczenia woli złożonego we wcześniejszym szpitalu, co do kręgu osób uprawnionych do wglądu w jej dokumentację medyczną po jej śmierci.

W odpowiedzi na skargę szpital podniósł, że pełnomocnictwo udzielone przez zmarłą swojemu mężowi do uzyskania dokumentacji medycznej na wypadek śmierci mocodawcy nie ma charakteru generalnego, zatem nie odnosi się do każdej dokumentacji z jakiegokolwiek szpitala czy zakładu opieki zdrowotnej. Udzielone pełnomocnictwo dotyczyło jedynie dokumentacji medycznej wytworzonej w szpitalu, w którym złożono oświadczenie.

W tych okolicznościach Sąd uznał, że oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej jest skuteczne również w innym podmiocie leczniczym niż ten, w którym zostało złożone.

Biorąc pod uwagę stan faktyczny oraz okoliczności złożonego oświadczenia, nie sposób nie podzielić tego stanowiska. Zauważyć przede wszystkim należy, że pojawiają się rozbieżności w zakresie samej interpretacji oświadczenia, w którym pacjent upoważnia osobę bliską do uzyskania dokumentacji medycznej. Z jednej strony, co zostało wskazane w glosowanym wyroku, oświadczenie pacjenta stanowi oświadczenie woli, do którego zastosowanie znajdują przepisy kodeksu cywilnego⁴. Wydaje mi się jednak, że należy po-

⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

dzielić odmienne stanowisko, wskazujące, iż „upoważnienie”, o którym mowa w art. 26 u.p.p., stanowi odrębną instytucję stworzoną na potrzeby tej ustawy. Nie jest to rodzaj pełnomocnictwa w rozumieniu przepisów k.c. Najistotniejszą kwestią rozróżniającą te dwie instytucje jest to, że upoważnienie udzielone przez pacjenta nie wygasa wraz z jego śmiercią i nadal wywołuje skutki prawne, podczas gdy klasyczne pełnomocnictwo wygasa wraz ze śmiercią mocodawcy⁵.

Ustawodawca nie przewidział żadnej formy upoważnienia – może ono być złożone zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. Na podmiot leczniczy nałożony jest natomiast obowiązek dokonania stosownego wpisu⁶. Należy zatem podzielić pogląd, iż w razie wątpliwości co do dokonania wpisu, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien być zobowiązany do uprawdopodobnienia, że pomimo podjętych przez niego działań, upoważnienie lub oświadczenie o jego braku nie zostało złożone⁷.

Z uwagi na możliwość ustnego upoważnienia dokonanie stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej co do osoby upoważnionej ułatwia dowodzenie jej prawa do wglądu w dokumentację⁸. Bez wątpienia jednak, chcąc uniknąć nieporozumień, najprościej jest dokonać pisemnego upoważnienia⁹. Powyższe jednoznacznie wskazuje, co podkreślił Sąd, iż pacjent może sporządzić stosowne oświadczenie zarówno w ramach, jak i poza dokumentacją medyczną i tylko od jego woli zależało będzie, jaką treść i jaki zakres upoważnienia obejmie to oświadczenie. Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁰ w § 8 pkt 2 wskazuje, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji z podaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia. Odpowiednio § 15 pkt 3 przewiduje dołączenie do historii choroby powyższych oświadczeń, jeżeli nie zostały w tej historii zamieszczone.

Podkreślenia wymaga, że ustawodawca odstąpił od wcześniejszego rozwiązania, które przewidywało dwa odrębne upoważnienia: do udostępniania dokumentacji za życia pacjenta oraz wglądu w tę dokumentację po jego śmierci¹¹.

⁵ Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., sygn. II SAB/Rz 29/10, LEX nr 602398; zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 368.

⁶ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 365.

⁷ Ibidem, s. 369.

⁸ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 383

⁹ M. Kapko, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Kraków 2008, s. 595.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 252, poz. 1697).

¹¹ Takie rozwiązanie przewidziane było w § 12 pkt 7 i 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 247, poz. 1819).

W doktrynie wskazuje się, że „obecna wersja ustawy o prawach pacjenta i rozporządzenia wykonawczego powinna być interpretowana, zgodnie z zasadą ochrony prawa pacjenta, także po jego śmierci”¹².

Sąd, dokonując analizy przedstawionego stanu faktycznego, podkreślił, iż nie przedstawiono dokumentacji, z której wynikałoby, że pacjentka odwołała zgodę znajdującą się w dokumentacji pierwszego szpitala, do którego trafiła. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż pacjent i jego przedstawiciel ustawowy mają nieograniczony dostęp do dokumentacji medycznej, w przypadku natomiast osoby upoważnionej udzielone upoważnienie może ograniczyć zakres dostępu. W dokumencie zawierającym upoważnienie pacjent może zatem wskazać nie tylko osobę upoważnioną, ale również zakres jej uprawnień. Istotne jest, że pacjent nie jest ograniczony w doborze osób upoważnionych. Może zatem upoważnić jedną lub więcej osób, dla każdej wskazując zakres upoważnienia. Decyzja pacjenta w powyższej kwestii nie musi być przez niego w żaden sposób uzasadniana, a lekarz nie ma uprawnień do jej weryfikacji. Upoważnienie udzielone przez pacjenta jest dla lekarza wiążące, z czego wynika, że jest on uprawniony i jednocześnie zobowiązany udostępniać dokumentację medyczną wskazanym osobom i powinien to czynić w takim zakresie, na jaki zezwolił sam pacjent¹³. Z drugiej strony pamiętać należy, że osoba upoważniona, podobnie jak pacjent i jego przedstawiciel ustawowy, nie musi uzasadniać swego żądania udostępniania dokumentacji, co skutkuje tym, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie mają prawa tego oczekiwać¹⁴.

Ustawodawca przewidział różne formy dostępu do dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 27 u.p.p., dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Decyzja o sposobie dostępu do dokumentacji leży po stronie podmiotu uprawnionego. Kontrowersje budzi zapis art. 26 ust. 2 u.p.p. ograniczający po śmierci pacjenta dostęp do dokumentacji jedynie poprzez wgląd do niej. W doktrynie powyższe ograniczenie jest szeroko komentowane. Z jednej strony podkreśla się, że ustawodawca, wprowadzając wskazane ograniczenie, przyjmuje zasadę, w myśl której z chwilą śmierci pacjenta upoważnienie częściowo wygasa, co jest błędem w samym założeniu. Jest to zachowanie

¹² D. Karkowska, *Ustawa o prawach...*, s. 367.

¹³ R. Kubiak, *op. cit.*, s. 257.

¹⁴ D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 380; zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 104.

nieracjonalne, które prowadzi do nienależytej ochrony dóbr osobistych zmarłego pacjenta oraz narusza uprawnienia procesowe osób bliskich pacjentowi, utrudniając np. zebranie stosownego materiału dowodowego¹⁵. Wskazuje się również, iż przyjęte brzmienie przepisu jest następstwem niefortunnnych sformułowań, a osoba upoważniona do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta ma prawo do uzyskania jej we wszystkich formach przewidzianych w art. 27 u.p.p.¹⁶ Należy podzielić drugie stanowisko i przyjąć, że osoba upoważniona ma możliwość dostępu do dokumentacji w taki sam sposób, jak pacjent za życia bądź jego przedstawiciel. Powyższy problem został dostrzeżony również przez ustawodawcę, co znalazło odzwierciedlenie w Założeniach do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw¹⁷. Ze względu na wątpliwości interpretacyjne zaproponowano bowiem doprecyzowanie brzmienia ustawy, polegające na jednoznacznym wskazaniu, że w razie śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana we wszystkich przewidzianych w ustawie formach. Obecne rozwiązanie, przewidujące wgląd w dokumentację, nie jest bowiem zgodne z intencją ustawodawcy w tym zakresie.

Powołane założenia do projektu ustawy przewidują również inne zmiany. Proponuje się m.in. określenie w ustawie sposobów udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej, jak też elektronicznej. Ta druga ma być udostępniana przez elektroniczną transmisję danych lub na informatycznym nośniku danych. Dodatkowo przewidziane jest wykonywanie papierowych wydruków na żądanie uprawnionych organów lub podmiotów. Możliwy byłby również wgląd w dokumentację w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. Proponowane są także zmiany obecnie obowiązujących przepisów odnoszących się do dokumentacji papierowej. Byłaby ona udostępniana do wglądu lub przez sporządzenie odpisów albo wyciągów, a w wyjątkowych sytuacjach także przez wypożyczenie oryginału. Z uwagi na to, że obecnie wypożyczenie oryginału budzi liczne kontrowersje i często nastęrcza dodatkowych trudności (m.in. podmiot wypożyczający dokumentację ma obowiązek sporządzenia jej kopii dla własnych potrzeb), projekt zakłada, że oryginał dokumentacji byłby wydawany tylko w tych przypadkach, gdy sporządzenie kopii mogłoby spowodować zwłokę w udzieleniu świadczenia zdrowotnego zagrażającą życiu lub zdrowiu pacjenta. Należy zatem podkreślić, iż wskazane ograniczenie uniemożliwi otrzymanie oryginału dokumentacji osobie upoważnionej po śmierci pacjenta. Takie ujęcie zaprzecza zatem wcześniej powołanej propozycji, zgodnie z którą w razie śmierci pa-

¹⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 381.

¹⁶ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 174.

¹⁷ Zob. [online] <www.mz.gov.pl>.

ejenta dokumentacja udostępniana byłaby we wszystkich przewidzianych w ustawie formach.

Ze względu na wątpliwości interpretacyjne proponuje się również doprecyzowanie przepisów dotyczących udostępniania kopii, odpisu oraz wyciągu dokumentacji medycznej. Ustawa nie definiuje tych pojęć i podniesiono jednocześnie zbliżone znaczenie wyrazów „kopia” i „odpis”. W związku z tym zaproponowano pozostawienie tylko formy „odpis”, „wyciąg” natomiast ma być rozumiany jako skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z całości dokumentacji medycznej. Przewidziano również dodatkowy sposób udostępniania dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, tj. jej cyfrowe odwzorowanie (skan), które byłoby wykonywane na wniosek pacjenta, a następnie przekazywane przez elektroniczną transmisję lub na nośniku. Ostatni z wymienionych sposobów traktowany ma być jako fakultatywny i podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych mógłby go wprowadzić w swoim regulaminie organizacyjnym, jeżeli będą na to pozwalały warunki organizacyjne i techniczne, jakimi dysponuje.

Podjęte rozważania wskazują na doniosłość problemu udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Problem ten został zauważony również przez Rzecznika Praw Obywatelskich, który pismem z dnia 12 stycznia 2011 r. zwrócił się do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, podając jako przykład sytuację, w której osoby bliskie po śmierci pacjenta zamierzają dochodzić od podmiotu leczniczego przysługujących im roszczeń na podstawie art. 446 k.c.¹⁸ Wskazano, że art. 26 ust. 3 pkt 3 u.p.p., przewidujący udostępnienie dokumentacji medycznej sądom w związku z prowadzonym postępowaniem, nie rozwiązuje powyższego problemu, gdyż już na etapie wnoszenia pozwu należy czynić zadość warunkom procesowego. Wnoszący pozew winien zatem wskazać dowody potwierdzające okoliczności w nim wskazane. W sytuacji braku dostępu do dokumentacji medycznej jest to nader utrudnione bądź wręcz niemożliwe. W związku z opisaną sytuacją Rzecznik zwrócił się z zapytaniem, czy w przedmiotowej sprawie wystarczającą podstawą do udostępnienia dokumentacji medycznej osobom najbliższym może być art. 27 ust. 2 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych¹⁹, który dopuszcza przetwarzanie danych o stanie zdrowia w przypadku, gdy są one niezbędne do dochodzenia praw przed sądem. W odpowiedzi podkreślono, iż ustawa o ochronie danych osobowych nie ma zastosowania do informacji o osobach zmarłych. Przemawia za tym przede wszystkim art. 2 ust. 1 powołanej ustawy, który wskazuje jej przedmiotowy zakres, tj. ochronę danych osób fizycznych, czyli tylko i wyłącznie żyjących.

¹⁸ Pismo z dnia 12 stycznia 2011 r., znak RPO-632759-V-II/ST.

¹⁹ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta mieści się również w obszarze zainteresowań Rzecznika Praw Pacjenta, do którego zgłaszanych jest wiele przypadków naruszenia tego prawa. Powyższe sprawiło, iż wystosował on wniosek do Ministra Zdrowia, w którym zasygnalizował rozważenie możliwości dostosowania prawa polskiego do rozwiązań przyjętych w innych krajach UE, które są bardziej elastyczne i łatwiej je stosować do sytuacji losowych²⁰. Zdaniem Rzecznika stworzenie odpowiednich regulacji prawnych zapewni podtrzymanie istniejącego obecnie wysokiego standardu ochrony danych osobowych z równoczesnym uwzględnieniem woli pacjenta. W większości krajów UE dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta z mocy prawa mają osoby spokrewnione z pacjentem i małżonek²¹. Ministerstwo Zdrowia, ustosunkowując się do wniosku Rzecznika, wskazało, że obowiązujący stan prawny w wystarczającym stopniu zabezpiecza interesy pacjenta, jak również jego bliskich i nie ma uzasadnienia dla dokonywania zmian legislacyjnych w omawianym zakresie²². W uzasadnieniu podano, iż ustawowe ograniczenia wskazujące krąg podmiotów uprawnionych do dokumentacji są realnym zabezpieczeniem tajemnicy lekarskiej oraz służą poszanowaniu woli zmarłego pacjenta. Podkreślono również, że dostęp do dokumentacji medycznej jest prawem pacjenta, a nie osób bliskich. W związku z tym obowiązujące regulacje prawne chronią i zabezpieczają w pierwszej kolejności interesy pacjenta, również po jego śmierci. Nie jest to jednak równoznaczne z bezwzględnym pozbawieniem osoby bliskiej dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. W braku stosownego upoważnienia będzie to możliwe w drodze postępowania sądowego.

Podjęta analiza szeregu zagadnień związanych z dostępem do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta jednoznacznie wskazuje na doniosłość rozstrzygnięcia podjętego przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w głosowanym wyroku. Sytuacja opisana w przedmiotowej sprawie zdarza się bardzo często. W praktyce zazwyczaj przyjmuje się, że każdy podmiot leczniczy zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej winien odbierać od pacjenta stosowne oświadczenie dotyczące osób upoważnionych do tej dokumentacji. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia²³, nie można przyjąć, że oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej złożone w jednym zakładzie opieki zdrowotnej obowiązuje także w innych placówkach. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w różnych placówkach może bowiem być różny i wolą pacjenta może być ujawnienie osobom bliskim tylko niektórych swoich problemów zdrowotnych. Podkreślić jednak należy,

²⁰ Pismo z dnia 2 marca 2011 r., znak RzPP-ZPR-076-7-1/JK/11

²¹ I. Jeleń, *Dokumentacja medyczna i dane osobowe pacjenta. Praktyczne wskazówki*, Warszawa 2011, s. 26.

²² Pismo z dnia 26 kwietnia 2011 r., znak MZ-OZZ-0201-24146-6/AWI/11.

²³ Ibidem.

iż w przedmiotowej sprawie chodziło o tę samą jednostkę chorobową, a świadczeniodawca, do którego została przetransportowana pacjentka, miał kontynuować jedynie leczenie podjęte wcześniej. W takiej sytuacji należy uznać za ważne i skuteczne upoważnienie, którego udzielił pacjent poza zakładem opieki zdrowotnej. Dopuszczalność udostępnienia dokumentacji medycznej w konkretnej sytuacji zależy wówczas od zakresu udzielonego upoważnienia, tzn. czy dotyczy ono pełnej dokumentacji, czy tylko dokumentacji z konkretnego leczenia. W opisanym przypadku nie było żadnego ograniczenia w dostępie do dokumentacji medycznej. W związku z tym, co słusznie podniósł Sąd, nie można wnioskować, że zmiana dostawcy usług medycznych skutkuje jednocześnie unieważnieniem wcześniej złożonych przez pacjenta oświadczeń woli o charakterze generalnym.

Mając na uwadze powyższe argumenty, tezę, że nie ma racjonalnego powodu, aby traktować oświadczenie pacjenta upoważniające osobę bliską do uzyskiwania jej dokumentacji jako sporządzone tylko na użytek świadczeniodawcy, który założył historię choroby, w jakiej oświadczenie takie się znalazło, uważam za trafną.

Agnieszka Kowalska