

PRÁVNÁ ÚPRAVA ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Peter Kováč

Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava

Základnou právnou normou, ktorá v Slovenskej republike upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zákon č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. Tento zákon nadobudol účinnosť od 1. januára 1995 a nahradil dovtedajšiu úpravu, ktorú predstavoval zákon č. 20/1966 Zb. o starostlivosti o zdravie ľudu. V zákone o zdravotnej starostlivosti bola upravená aj zdravotná dokumentácia, jej vedenie a spôsob nakladania s ňou. Zdravotnú dokumentáciu upravuje zákon o zdravotnej starostlivosti v § 16. Tento paragraf bol od prijatia zákona o zdravotnej starostlivosti novelizovaný celkom 5 krát, najvýznamnejšiu novelizáciu predstavoval zákon č. 241/1998 Z.z., ktorý dovtedajšiu právnú úpravu zdravotnej dokumentácie celkom zmenil (1).

Povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu

Vedenie zdravotnej dokumentácie je podľa § 16 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu zákon ukladá všetkým zdravotníckym zariadeniam s výnimkou verejných lekární, ich pobočiek a výdajní zdravotníckych pomôcok, ktoré sú od tejto povinnosti oslobodené.

Slovenská úprava zásadne vyžaduje vedenie zdravotnej dokumentácie v písomnej forme. Pokiaľ je zdravotná dokumentácia vedená v inej forme, napríklad na magnetických médiách, prenáša sa do písomnej formy. Zdravotnícky pracovník, ktorý záznam vykonal alebo uskutočnil prenos do písomnej podoby, označí dokument dátumom, svojím podpisom a pečiatkou na každej očíslovanej strane. Obrazové, zvukové a ďalšie dokumenty sa prikladajú, alebo sa vedú osobitne s odkazom v zdravotnej dokumentácii, kde sa nachádzajú (§ 16 ods. 2). Zdravotná dokumentácia sa uchováva do uplynutia 50 rokov od smrti pacienta. Je však prakticky pomerne ťažko predstaviteľné uchovávanie množstva zdravotnej dokumentácie po taký dlhý čas.

Obsah zdravotnej dokumentácie

Zákon priamo nestanovuje požiadavky na obsahovú a formálnu stránku zdravotnej

dokumentácie, čo je v praxi častým zdrojom problémov. Na základe údajov, ktoré má obsahovať výpis zo zdravotnej dokumentácie, upravený v § 16 ods. 12 zákona č. 277/1994 Z.z., možno stanoviť, čo má byť minimálnym obsahom zdravotnej dokumentácie. Výpis zo zdravotnej dokumentácie, čo je pojem jednoznačne užší ako pojem zdravotná dokumentácia má obsahovať:

- osobné údaje umožňujúce jednoznačnú identifikáciu pacienta (meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, bydlisko a kód zdravotnej poisťovne)
- anamnestické údaje (rodinnú, osobnú, pracovnú, sociálnu anamnézu, u detí aj pôrodnú hmotnosť, priebeh pôrodu, dĺžku dojčenia, výsledok vyšetrenia RTG cox a opis fyziologického vývoja)
- chronologický opis vývoja zdravotného stavu osoby, výsledky preventívnych prehliadok, údaje o očkovaní, prehľad práceneschopnosti pre chorobu a úraz, výsledky vyšetrení RTG, EKG, odborných vyšetrení a vyšetrení spoločných a vyšetrovacích liečebných zložiek, krvnú skupinu a Rh faktor
- prehľad o liečbe a opis zdravotného stavu osoby ku dňu vystavenia výpisu zo zdravotnej dokumentácie
- otláčok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára.

Výpis zo zdravotnej dokumentácie sa kvôli možnosti kontroly jeho úplnosti vyhotovuje na očíslovaných stranách. Keďže výpis zo zdravotnej dokumentácie obsahuje zásadné údaje obsiahnuté v zdravotnej dokumentácii, tá môže obsahovať aj ďalšie doplnkové údaje. Takýmito údajmi môžu byť napríklad vyhlásenia o odmietnutí pitvy alebo odberu orgánov a tkanív. Takéto vyhlásenia nemajú predpísané náležitosti ani formu, stačí teda aj jednoduchý záznam alebo poznámka v zdravotnej dokumentácii.

Medzi základné formálne požiadavky na zdravotnú dokumentáciu treba zaradiť predovšetkým čitateľnosť a úplnosť obsiahnutých údajov. Veľmi dôležitými údajmi, ktoré nikdy nesmú v zdravotnej dokumentácii chýbať, sú

časové údaje o jednotlivých zápisoch. Vzhľadom na možnosť náhlych zmien zdravotného stavu pacienta v priebehu krátkeho času (napríklad u náhlych príhod brušných) je potrebné pri jednotlivých zápisoch do zdravotnej dokumentácie uvádzať nielen dátum, ale aj hodinu a minútu zápisu. Pochybenia pri vedení zdravotnej dokumentácie sú jedným z najčastejších sa vyskytujúcich prípadov postupu non lege artis pri výkone lekárskeho povolania. Nečitateľná (najmä rukou písaná) dokumentácia, dopisovanie, prepisovanie, chýbanie alebo neúplnosť údajov v zdravotnej dokumentácii by vždy mala viesť k nastoleniu otázky, do akej miery bol diagnostický a liečebný postup správny a či nedošlo k poškodeniu zdravia pacienta. Bohužiaľ, nič z uvedených praktických požiadaviek na formálnu a obsahovú stránku zdravotnej dokumentácie sa do výsledného textu zákona o zdravotnej starostlivosti nedostalo.

Právny režim zdravotnej dokumentácie

Podľa pôvodného znenia zákona o zdravotnej starostlivosti bola zdravotná dokumentácia majetkom zdravotníckeho zariadenia, ktoré ju viedlo. Táto formulácia bola veľmi nešťastná z hľadiska intimného charakteru údajov obsiahnutých v zdravotnej dokumentácii a ochrany osobnosti pacienta, ale aj z hľadiska režimu nakladania s dokumentáciou. Zákon o zdravotnej starostlivosti totiž založil možnosť slobodnej voľby lekára, avšak pri zmene lekára vzhľadom na vlastníctvo zdravotnej dokumentácie nebolo možné jej odovzdanie. Navyše vlastníctvo zdravotnej dokumentácie zdravotníckym zariadením mohlo viesť až ku absurdite typu uzatvárania kúpno predajných zmlúv pri jej odovzdaní inému zdravotníckemu zariadeniu.

Súčasná úprava vychádza z osobitného charakteru zdravotnej dokumentácie a údajov v nej obsiahnutých. Na údaje o zdravotnom stave, ktoré sú obsiahnuté v zdravotnej dokumentácii sa vzťahuje v plnom rozsahu povinnosť mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov založená v § 55 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti. Zdravotná dokumentácia preto podlieha osobitnému právnemu režimu a nie

je majetkom zdravotníckeho zariadenia. To možno odvodíť zo spôsobu, akým je v zákone upravené nakladanie so zdravotnou dokumentáciou v prípade zmeny lekára pacientom a v prípade zániku zdravotníckeho zariadenia. Pokiaľ sa pacient rozhodne zmeniť svojho lekára, ktorý mu poskytuje primárnu zdravotnú starostlivosť, zákon o zdravotnej starostlivosti ukladá v § 16 ods. 10 lekárovi z ktorého starostlivosti pacient odchádza povinnosť odovzdať lekárovi, ktorý prevzal pacienta do zdravotnej starostlivosti najneskôr do siedmych dní od vyžiadania zdravotnú dokumentáciu, výpis zo zdravotnej dokumentácie alebo overenú fotokópiu zdravotnej dokumentácie. V prípade zániku zdravotníckeho zariadenia z akejkoľvek príčiny zohráva dôležitú úlohu pri nakladaní so zdravotnou dokumentáciou lekár samosprávneho kraja. Pôvodný držiteľ povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, jeho právny nástupca alebo dedič je v takýchto prípadoch povinný podľa § 16 ods. 4 zákona o zdravotnej starostlivosti odovzdať zdravotnú dokumentáciu lekárovi samosprávneho kraja. Ten dočasne preberie zodpovednosť za nakladanie s ňou až do jej prevzatia novým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Lekár samosprávneho kraja odovzdá novému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotnú dokumentáciu a súčasne oznámi tieto skutočnosti pacientom spôsobom v mieste zvyčajným. O odovzdaní zdravotnej dokumentácie sa vyhotovuje zápis. Pokiaľ sa však zmluvne prevádza zdravotnícke zariadenie na nadobúdateľa, ktorý bude pokračovať v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, lekár samosprávneho kraja dokumentáciu nepreberá.

Zdravotná dokumentácia je podľa slovenskej úpravy *res extra commercium*. Pri jej vedení na magnetických médiách pritom dochádza k veľmi zaujímavej situácii. Samotné médiá sú síce majetkom ich vlastníka, avšak údaje vedené na týchto médiách už podliehajú osobitnému právnemu režimu zdravotnej dokumentácie.

Nahliadanie do dokumentácie a poskytovanie údajov

Prístup ku zdravotnej dokumentácii má celý rad osôb a orgánov. Rozsah prístupu pre tieto subjekty zákon o zdravotnej starostlivosti upravuje podľa ich charakteru v rozličnom rozsahu. Neobmedzený prístup k zdravotnej dokumentácii majú tí zdravotnícki pracovníci, ktorí priamo poskytujú pacientovi zdravotnú starostlivosť. Rovnako neobmedzený prístup k zdravotnej dokumentácii má pacient, o ktorom je dokumentácia vedená, jeho zákonný zástupca alebo osoba, ktorá má maloletého pacienta v pěstún-

skej starostlivosti. Týmto osobám zákon č. 277/1994 Z.z. priznáva tiež právo robiť si na mieste zo zdravotnej dokumentácie výpisky. Výpisky, na rozdiel od zákonom upraveného výpisu zo zdravotnej dokumentácie, sú neformalizované. Vzhľadom k tomu, že pacient má prístup ku celej svojej zdravotnej dokumentácii a má právo robiť si výpisky, nemôže zdravotné zariadenie namietať proti tomu, aby si pacient na svoje náklady vyhotovil fotokópie celej dokumentácie. Jediným zákonným obmedzením pacientovho prístupu ku vlastnej zdravotnej dokumentácii je možnosť odmietnuť nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie pacientovi, ktorý sa podrobil alebo podrobuje psychiatrickej starostlivosti, ak by takéto nahliadnutie negatívne ovplyvnilo liečebný proces, alebo by bolo v rozpore so záujmom iných osôb. V prípade odmietnutia nahliadnutia do zdravotnej dokumentácie je možné toto právo uplatniť súdnou cestou. Po smrti pacienta má právo nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie manžel, manželka, plnoleté osoby, ktoré s ním žili v čase smrti v domácnosti (§ 115 Občianskeho zákonníka) a plnoleté deti. Ak uvedené osoby nie sú, majú právo do zdravotnej dokumentácie nahliadnuť rodičia pacienta.

Pre účely občianskoprávneho, ale aj trestnoprávneho konania je zdravotnícke zariadenie povinné bezplatne poskytnúť údaje formou výpisov zo zdravotnej dokumentácie, avšak len na základe konkrétne formulovaného písomného vyžiadania prokurátora, vyšetrovateľa, policajného orgánu alebo súdu. Rozsah poskytnutých údajov zákon o zdravotnej starostlivosti v § 16 ods. 5 obmedzuje len na údaje priamo súvisiace s prebiehajúcim konaním. Zákon vyslovene zakazuje poskytnutie zdravotnej dokumentácie ako celku uvedeným orgánom. Pokiaľ treba riešiť pre právne účely odborné zdravotnícke otázky, je nevyhnutné pribrať znalca. Podľa § 16 ods. 8 zákona o zdravotnej starostlivosti poskytnie zdravotnícke zariadenie za týmto účelom znalcovi ustanovenému súdom údaje zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu nevyhnutnom na vyhotovenie znaleckého posudku. Táto formulácia je veľmi problematická, nakoľko v trestnom konaní je v prevažnej väčšine prípadov znalec priberaný policajným orgánom alebo vyšetrovateľom, prípadne ho o vypracovanie posudku požiada obhajoba. Len v minimálnom množstve prípadov znalca ustanoví, respektíve priberie súd. Pri doslovnom výklade tohto zákonného ustanovenia nemusí zdravotnícke zariadenie v týchto troch prípadoch zdravotnú dokumentáciu vôbec poskytnúť, čím môže byť podanie znaleckého posudku zmarené. Rozsah, v akom má mať znalec prístup ku zdravotnej dokumentácii nie je na posúdení

zdravotníckeho zariadenia, ale samotného znalca, nakoľko len ten zodpovedá za kvalitu a úplnosť spracovania znaleckého posudku. Aby mohol znalec posúdiť položené otázky komplexne a vyčerpávajúcim spôsobom, musí mať nevyhnutne k dispozícii celú zdravotnú dokumentáciu. Za týmto účelom sa znalcovi poskytnie originál zdravotnej dokumentácie alebo aspoň jej kópia. Znalec môže orgánu, na ktorého vyžiadanie spracúva posudok, oznámiť zo zdravotnej dokumentácie len tie údaje, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou znaleckého posudku.

Vo forme výpisov zo zdravotnej dokumentácie sa údaje v nej obsiahnuté poskytujú revíznym lekárom zdravotných poisťovní, zdravotníckym zariadeniam a orgánom, ktoré posudzujú zdravotný stav na účely sociálneho zabezpečenia alebo zdravotnú spôsobilosť na výkon služby v ozbrojenom bezpečnostnom zbore alebo ozbrojenom zbore. Údaje zo zdravotnej dokumentácie sa poskytujú aj inšpektorátom práce na účely vyšetrovania pracovných úrazov a chorôb z povolania a príslušným orgánom, ktoré posudzujú zdravotný stav na účely posúdenia zdravotnej spôsobilosti na prácu. Revíznym lekárom zdravotnej poisťovne môže získať údaje zo zdravotnej dokumentácie aj tak, že mu zdravotné zariadenie umožní do nej nahliadnuť. Pri zisťovaní zdravotnej spôsobilosti odvedenca, vojaka vo výkone vojenskej služby, vojaka, ktorému bol výkon základnej služby alebo náhradnej služby prerušený a vojaka v zálohe z dôvodu zmeny ich zdravotnej spôsobilosti na výkon vojenskej služby bol podľa § 16 ods. 6 zákona č. 351/1997 Z.z. (Branný zákon, medzičasom už zrušený) ošetrojúci lekár povinný zapožičať pre potreby prieskumu lekárskej komisii zdravotnú dokumentáciu ako celok na nevyhnutne potrebný čas neprevyšujúci 14 dní (2, 3).

Záver

Súčasná úprava vedenia zdravotnej dokumentácie v praxi ukázala, že v danej oblasti existujú značné nedostatky. V pripravovanom novom zákone o zdravotnej starostlivosti je úprava zdravotnej dokumentácie venovaný podstatne väčší priestor, ktorý by snád mohol odstrániť niektoré spomenuté nedostatky. No súčasne pripravovaná úprava obsahuje niektoré hrubé a neakceptovateľné zásahy – napríklad umožňuje prístup ku zdravotnej dokumentácii orgánom činným v trestnom konaní, teda osobám, ktoré nie sú lekármi.

Literatúra

1. Tóth K, Badinský M. Právo v zdravotníctve. Iura Edition, Bratislava 1999.
2. Zákon č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.
3. Zákon č. 351/1997 Z.z. Branný zákon.