14. 4. 2016

Vezměte, prosíme, na vědomí, že text článku odpovídá platné právní úpravě ke dni publikace.

Krátké zamyšlení nad nakládáním se zdravotnickou dokumentací a jejím významu pro ochranu lékaře v soudním řízení

O vlastnictví zdravotnické dokumentace povinně vedené dle ust. § 52 a nasl. zákona 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách) bylo již rozhodnuto Rozsudkem Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 25 Cdo 3562/2009, ze dne 30.8.2011, když bylo postaveno na jisto, že zdravotnická dokumentace, ať již je vedená v jakékoliv formě, je vlastnictvím provozovatele zdravotnického zařízení.

Ošetřovaný pacient, o jehož zdravotním stavu jsou ve zdravotnické dokumentaci vedeny záznamy, má pak práva k těmto informacím, ne však toliko již k jejich nosičům.

Vedení zdravotnické dokumentace je podrobně popsáno v zákoně o zdravotních službách a dále ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (dále jen vyhláška o zdravotnické dokumentaci), které stanoví, jaké informace mají být v dokumentaci zaznamenány, jakým způsobem má být dokumentace vedena, jaké náležitosti mají mít jednotlivé samostatné složky dokumentace a také, jakým způsobem a jak dlouho má být zdravotnická dokumentace uchovávána.

Obsah zdravotnické dokumentace

Obecně lze říci, že zdravotnická dokumentace by měla obsahovat krom povinných osobních údajů o pacientovi zejména informace o jeho zdravotním stavu, průběhu léčby, veškerých nálezech, vyšetřeních, provedených zákrocích a dalších skutečnostech podstatných pro léčbu pacienta včetně informovaných souhlasů a případných negativních reversů, je tedy souhrnem informací, které mohou často být rozhodující pro další léčbu, ale také mohou být důležitým rozhodujícím důkazem v řízeních o náhradu škody na zdraví pacienta v případech, kdy se pacient domáhá náhrady škody na zdraví po provozovateli zdravotnického zařízení. V případě, že je zdravotnická dokumentace vedena řádně a úplně, může pak být zásadním rozhodujícím důkazem svědčícím o péči, jakou lékař při léčbě pacienta vynaložil. Pro nakládání a archivaci zdravotnické dokumentace jsou stanovena přesná pravidla, která však často nejsou zcela dodržována a respektována a přináší to pak při obhajobě lékařů v soudním řízení značné problémy.

Archivace zdravotnické dokumentace

Příloha č. 3 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci stanoví lhůty pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené jednotlivými poskytovateli, a ačkoliv se většina lhůt zdá býti dostatečně dlouhými dle mého názoru tomu tak nemusí vždycky být. Zejména lhůta určená pro registrující poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství, nebo v oboru gynekologie a porodnictví v délce 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta, by mohla být v určitých situacích shledána nedostačující.

Je třeba si uvědomit, že subjektivní promlčecí lhůta pro uplatnění újmy na zdraví počíná běžet až ve chvíli, kdy poškozený pacient nabude ve smyslu § 620 zák. 89/2012 Sb., občanský zákoník vědomosti o škodě/újmě a o osobě povinné k její náhradě. V případě újmy na zdraví nezletilého pak promlčecí lhůta nepočne běžet ve smyslu ust. §622 občanského zákoníku dříve, než nabude plné svéprávnosti a v případě, že ani dovršením 18ti let nenabude daná osoba plné svéprávnosti, pak promlčecí lhůta nezačne běžet dříve, než mu bude jmenován opatrovník.

Dovršením 19ti let také dochází ke změně registrujícího lékaře z praktického lékaře pro děti a dorost na všeobecného praktického lékaře. Praktickému lékaři pro děti a dorost momentem přeregistrování pacienta začíná běžet desetiletá lhůta, kdy by měl zdravotnickou dokumentaci řádně uchovávat. V tomto případě však daná lhůta může i tak být nedostačující, neboť zejména u mladých lidí se můžou nejrůznější možné nedostatky v léčbě či reakce na léčbu projevit až mnohem později, např. v souvislosti s léčbou dalších nemocí a zdravotních obtíží. Je tedy pak otázkou, zda by neměli v zájmu své ochrany zejména lékaři pečující o děti a mládež uchovávat lékařskou dokumentaci déle, než vyžadují právní předpisy. Zejména ve chvíli, kdy dokumentace může být zásadním důkazem prokazujícím, že ošetřující lékař postupoval v souladu se všemi předpisy a požadavky na výkon jeho povolání a pacienta nebo jeho zákonného zástupce řádně poučoval, může být taková dokumentace pro jeho další působení nedocenitelnou.

Je nutno podotknout, že ačkoliv jsou vyhláškou o zdravotnické dokumentaci stanoveny přesné povinné minimální lhůty pro archivaci dokumentace, v příloze č. 2 sama tato vyhláška stanoví postupy, které by při vyřazování a ničení dokumentace měly být zachovávány a která respektuje výše naznačené závěry a ukládá povinnost posuzování jednotlivých částí dokumentace pro další využití a její označování v souladu s tímto posouzením.

Předávání zdravotnické dokumentace

Zásadní chybou, kterou většina lékařů dělá je, že ve chvíli, kdy pacient se přeregistrovává k jinému lékaři, tak celou jeho dokumentaci mu odevzdává do rukou, či případně ji zasílá přímo novému lékaři, aniž by mu v rukou zůstávalo jakékoliv potvrzení a důkaz o tom, jak vedl léčbu, jak informoval pacienty o provedených zákrocích a léčbě a jak probíhala komunikace s pacientem. Lékař odevzdáním originálu zdravotnické dokumentace zcela ztrácí kontrolu nad tím, co bude v dokumentaci zachováno, jak do ní bude zasahováno a kdo s ní bude nakládat. Je třeba si uvědomit, že stejně jako pro advokáta je spis podkladem, z něhož by mělo být zjevné postup prací a oprávněnost účtování služeb klientovi a tím zajišťována ochrana advokáta vůči svému klientovi, pak pro lékaře by mělo řádné vedení zdravotnické dokumentace představovat institut ochrany své vlastní osoby a svého povolání a nejen souhrn informací o pacientovi a s tímto vědomím by s dokumentací mělo být i nakládáno.

V případě ukončení péče o pacienta a jeho přeregistrování k jinému lékaři by měla celá zdravotnická dokumentace zůstat v držení původního lékaře, když pacient, potažmo další osoby oprávněné k nahlížení do zdravotnické dokumentace specifikované v §65 zákona o zdravotních službách, mají nárok v oprávněných případech na pořízení výpisu z dokumentace, případně na kopii dokumentace

dle pravidel stanovených v §66 zákona o zdravotních službách. Kopii či výpis si je oprávněn na své náklady pořídit pacient a oprávněné osoby za své vlastní prostředky na místě a za současné přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem zdravotních služeb, není-li to možné je povinen tyto kopie či výpisy pořídit poskytovatel zdravotních služeb v zákonem stanovené lhůtě 30ti dnů. Za pořízení výpisů a kopií je poskytovatel oprávněn požadovat po žádající osobě úhradu nákladů na pořízení a nákladů na odeslání, pokud nejsou výpisy a kopie předávány osobně.

Je třeba také důsledně doporučit lékařům, aby byla pečlivě v jejich vlastním zájmu dodržována pravidla pro nahlížení do zdravotnické dokumentace dle §65 zákona o zdravotních službách a při jakékoliv manipulaci s dokumentací a zpřístupnění jí dalším zákonem či pacientem stanoveným osobám byl zachován stálý dohled pověřeného zaměstnance poskytovatele.

Elektronické vedení dokumentace

Zásadním problémem při archivaci zdravotnické dokumentace je často nedostatek prostor. Proto lékaři také velmi rádi se dokumentace zbavují a to ať již ji předávající odcházejícímu pacientovi, nebo ji s radostí po deseti letech skartují a to i přes výše uvedená úskalí a nebezpečí. Představa, že by mělo ke skladování dokumentace docházet delší než zákonem stanovenou dobu je absolutně nemyslitelná. Využívání placených archivnických služeb taktéž není zcela běžnou praxí a už vůbec ne po delší než zákonem stanovenou lhůtu. V současné době však již samotný zákon i technické možnosti umožňují vedení a archivaci dokumentace v elektronické podobě. Zákonem jsou pro vedení dokumentace v elektronické podobě stanovena velmi přesná pravidla, která se mohou zdáti poměrně složitá, je však třeba se nad touto možností s ohledem na výše popsané problémy zamyslet a zvážit, zda v každém jednotlivém případě by archivace dokumentace alespoň v elektronické podobě neměla být pro lékaře automatická. Ne kvůli pacientům, ale kvůli sobě samým.

Závěr

Celé výše popsané nakládání se zdravotnickou dokumentací vychází především z predikce, že zdravotnická dokumentace by neměla představovat pro lékaře jen otravné papírování, nýbrž by měla být vnímána jako prostředek své vlastní ochrany. Toto vnímání bohužel zatím není mezi českými lékaři moc zakořeněné, stejně tak, jako vnímání pacienta jako klienta a příjemce služby.

Mgr. Zuzana Sůvová

Advokátní kancelář JELÍNEK & Partneři s.r.o.

Pardubice - Dražkovice 181
533 33 Pardubice

Velké náměstí 1
500 03 Hradec Králové

Tel.: +420 466 310 691
Fax: +420 466 310 691
gsm: +420 724 794 986
e-mail: advokati@advokatijelinek.cz

© EPRAVO.CZ – Sbírka zákonů, judikatura, právo | www.epravo.cz

Další články:

- Vymezení zadávacích podmínek na veřejnou zakázku v oblasti zdravotnictví
- Dálnice D49: Když (ne)zákonné stavební řízení zastaví skoro hotovou dálnici. Dálnice, která (ne)jede
- DEAL MONITOR
- DEAL MONITOR
- DEAL MONITOR
- Kamerové systémy ve školách podle doporučení Úřadu pro ochranu osobních údajů: Jen chtít nestačí
- Získání přechodného pobytu pro rodinného příslušníka občana EU: Kompletní průvodce procesem s praktickými radami
- Agilní vývoj software – specifika smluvních podmínek
- DEAL MONITOR
- DEAL MONITOR
- Exekuce pod taktovkou státu – znovu a hůře?