

Adrianna Głód

mgr, doktorantka

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

orcid.org/0009-0006-2074-587X

glodadrianna@gmail.com

Prawo pacjenta do informacji a dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do informacji

Prawa pacjenta stanowią szczególną kategorię praw, które posiadają swoje źródło w prawach człowieka¹. Pojęcie „prawa pacjenta” nie posiada jednej, ściśle określonej definicji legalnej, jednak wielokrotnie próbowano je definiować w doktrynie². Jedna z najszerzych definicji zaproponowana została przez D. Ponczaka, który wskazywał, że prawa pacjenta stanowią „prawa człowieka w relacji do określonej instytucji lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych, ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe”³. Z kolei prawo pacjenta do informacji zostało sprecyzowane i zagwarantowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴.

¹ R. Kozłowski, *Aksjologiczne fundamenty praw pacjenta*, [w:] *Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. M. Urbaniak, R. Staszewski, Poznań 2017, s. 30.

² D. Karkowska, *Art. 1*, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. eadem, Warszawa 2021.

³ D. Ponczek, *Prawa pacjenta w Polsce*, Łódź 1999, s. 7.

⁴ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581, dalej także: u.p.p.

Prawo pacjenta do informacji odgrywa szczególną rolę pośród innych praw pacjenta. Po pierwsze, gwarantuje pacjentowi dostęp do informacji o jego stanie zdrowia, co stanowi wyraz szacunku dla jego godności jako człowieka⁵. Po drugie, prawo do informacji stanowi podstawowe narzędzie umożliwiające korzystanie z innych praw pacjenta⁶. Prawo to jest niezbędne, by pacjent mógł wyrazić w pełni świadomą zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Osobną kwestią pozostaje problem ochrony danych pacjenta i odpowiedniej kontroli nad nimi⁷.

W sposób szczegółowy o prawie pacjenta do dokumentacji medycznej polski prawodawca wypowiedział się w rozdziale 7 u.p.p. Przedmiotowe prawo umożliwia pacjentowi zarówno dostęp do dokumentów obejmujących historię własnego leczenia, jak również ich uzyskanie w różnych formach np. odpisów czy kopii⁸. Wskazane prawa, tj. prawo do tajemnicy informacji oraz prawo do dokumentacji medycznej, są filarem ochrony autonomii pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Realizacja ww. uprawnień odzwierciedla fundamentalną zasadę ochrony praw człowieka, jaką jest poszanowanie godności i prywatności jednostki⁹.

Dokumentacja medyczna w Polsce – wybrane zagadnienia

Dokumentację medyczną definiuje się jako zbiór danych powstały w podmiocie wykonującym działalność leczniczą związaną z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Dokumentacja medyczna

⁵ L. Bosek, Art. 9, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. idem, wyd. 2, Warszawa 2025.

⁶ D. Tykwińska-Rutkowska, *Zagadnienie praw pacjenta wobec zagrożenia epidemią Covid-19. Odniesienia Polskie*, „Zeszyty Prawnicze” 2024, t. 24, nr 2, s. 117–119.

⁷ L. Bosek, Art. 9, *op. cit.*

⁸ Art. 67y. *Dostęp do dokumentacji medycznej*, [w:] *Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych*, red. K. Bączyk-Rozwadowska, D. Kaczan, K. Krupa-Lipińska, M. Wałachowska, M.P. Ziemiak, Warszawa 2025, s. 80–81.

⁹ D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, „System Prawa Medycznego”, t. 3, Warszawa 2020, s. 201–205.

składa się z szeregu dokumentów, które związane są z kontrolą przestrzegania prawa, należą do nich m.in. historie choroby i karty informacyjne ze szpitalnych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰. Rozpoczęcie udzielania świadczeń medycznych zgłaszającego się pacjenta wiąże się w sposób bezpośredni z obowiązkiem odnotowywania tego faktu i wszelkich jego następstw w prowadzonej dla każdego pacjenta indywidualnej dokumentacji medycznej¹¹.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej mają szczególny charakter, gdyż są integralnie związane ze sferą prywatności pacjenta i należą do najbardziej wrażliwych informacji osobistych. Z uwagi na powyższe podlegają szczególnej ochronie zarówno na poziomie krajowym, jak również międzynarodowym. W odniesieniu do polskiego prawa ochrona ta unormowana jest w art. 47 oraz art. 51 ust. 1 Konstytucji RP¹², które to zapewniają każdemu niezbywalną ochronę prawną życia prywatnego.

Dokumentacja medyczna pełni rolę wsparcia procesów diagnostyczno-terapeutycznych, a także rolę ekonomiczno-kontrolną (dotyczy głównie podmiotów medycznych posiadających kontrakt z NFZ), jak również, bez wątpienia, rolę prawną¹³. W kontekście prawa medycznego prowadzenie dokumentacji medycznej posiada przede wszystkim znaczenie dowodowe. Podczas postępowań sądowych dokumentacja medyczna stanowi niepodważalny dowód potwierdzający przebieg leczenia oraz podejmowane interwencje. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji przeprowadzane są również opinie sądowo-lekarskie. Posiada ona realny wpływ na jakość opieki zdrowotnej, bezpieczeństwo pacjentów, ciągłość leczenia, a także na kwestie prawne i administracyjne.

¹⁰ K. Świtała, *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018, s. 314–331.

¹¹ Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016, art. 23.

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).

¹³ J. Król-Całkowska, *E-dokumentacja medyczna i telemedycyna. Aspekty prawne*, Warszawa 2021, s. 191–195.

Elektroniczna dokumentacja medyczna – wybrane uwarunkowania prawne

Należy zwrócić uwagę, że pojęcie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) często błędnie bywa utożsamiane z prowadzeniem dokumentacji w formie elektronicznej. W związku z tym niezbędne jest wskazanie, iż dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej nie ma związku z EDM. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej powstał z dniem 1 stycznia 2021 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, natomiast pojęcie EDM zostało wprowadzone ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁴.

Pod pojęciem „dokumentacja w formie elektronicznej” rozumie się przechowywanie dokumentów przy wykorzystaniu urządzeń elektronicznych. Natomiast EDM to system umożliwiający nie tylko gromadzenie danych, ale także ich wymianę między placówkami medycznymi a systemem informacji medycznej (SIM) oraz internetowym kontem pacjenta (IKP).

Zgodnie z definicją wskazaną w art. 2 pkt 6 u.s.i.o.z. elektroniczna dokumentacja medyczna to „dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym [...]” albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzenia pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym, udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych¹⁵.

Pracownik medyczny, chcąc podpisać elektroniczną dokumentację medyczną, używa kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Z kolei jednostkowe dane medyczne do momentu utworzenia z nich dokumentu medycznego nie podlegają podpisaniu ww. sposobami.

¹⁴ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 302), dalej także: u.s.i.o.z.

¹⁵ E. Mazurska-Pawłowska, *Zgody na leczenie i dokumentacja pacjenta w stomatologii – dokumentacja elektroniczna i papierowa*, Warszawa 2020, s. 32–34.

Należy wskazać, iż ustawodawca dopuszcza również możliwość złożenia oświadczenia woli w formie elektronicznej. Niniejsze udogodnienia przewiduje artykuł 78¹ k.c.¹⁶, który reguluje elektroniczną formę czynności prawnej. Zgodnie z wykładnią przedmiotowego artykułu do zachowania elektronicznej formy czynności prawnej wystarczy złożenie oświadczenia woli w postaci elektronicznej i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Co istotne, art. 78¹ § 2 k.c. stanowi, iż oświadczenie woli złożone w formie elektronicznej jest równoważne z oświadczeniem woli złożonym w formie pisemnej. Konsekwencją wprowadzenia przedmiotowej regulacji jest w praktyce dążenie do całkowitego wycofania papierowych wersji dokumentacji elektronicznej¹⁷. Do dokumentacji elektronicznej zaliczają się m.in.¹⁸:

- e-recepty,
- e-skierowania (od 8 stycznia 2021 r. w formie cyfrowej wystawiane są skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, badania diagnostyczne, leczenie szpitalne oraz inne określone w rozporządzeniach ministra zdrowia),
- dokumenty wymienione w przepisach dotyczących dokumentacji elektronicznej,
- elektroniczne zlecenia na sprzęt medyczny oraz jego naprawę,
- karty szczepień.

Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej¹⁹ do EDM należą również:

- informacje o diagnozach, wynikach badań, powodach odmowy przyjęcia do szpitala oraz zaleconym leczeniu,

¹⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).

¹⁷ J. Pacian, A. Pacian, T.B. Kulik, K. Skórzyńska, P. Kaczor, *Czy prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej może zapewnić bardziej skuteczną ochronę tajemnicy lekarskiej?*, „Hygeia Public Health” 2011, t. 46, nr 4, s. 420.

¹⁸ M. Śliwka, M. Urbaniak, *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, wyd. 2, Warszawa 2018, s. 227–237.

¹⁹ T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1851.

- dokumenty dla lekarza kierującego, zawierające dane dotyczące rozpoznania, leczenia, przepisywanych leków, planowanych wizyt kontrolnych,
- karty informacyjne z leczenia szpitalnego,
- wyniki badań laboratoryjnych,
- opisy badań diagnostycznych.

Dane osobowe oraz informacje medyczne zawarte w EDM są przechowywane w systemie teleinformatycznym i udostępniane za pośrednictwem SIM. Podmioty lecznicze mają obowiązek przekazywania danych o udzielonych świadczeniach zdrowotnych do SIM, co umożliwia ich wykorzystanie przez inne placówki w procesie diagnostyki i leczenia.

Podmioty wykonujące działalność o charakterze leczniczym posiadają obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej. Państwo polskie dąży do utworzenia przejrzystej, dostępnej dla obywateli infrastruktury informacyjnej, której istotnym elementem jest system informacji w ochronie zdrowia, co wynika z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Art. 56 ust. 1 u.s.i.o.z. stanowi, że podmioty wykonujące działalność leczniczą zobowiązane są od 1 stycznia 2019 r. do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej (z pewnymi wyłączeniami).

Z uwagi na prywatny i poufny charakter informacji EDM przetwarzanie danych wrażliwych podlega szczególnej ochronie: zgodnie z art. 24 ust. 1 u.p.p. „podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony [w ustawie – A.G.] oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji”. Na podmiotach medycznych spoczywa zatem odpowiedzialność, gdyż pełnią rolę administratora danych, który winien zadbać o odpowiednią jakość, merytorykę i ochronę przetwarzanych zasobów informacyjnych²⁰.

²⁰ K. Światała, *Odpowiedzialność podmiotów wykonujących działalność leczniczą za przetwarzanie zasobów informacyjnych dotyczących pacjentów w kontekście unijnej reformy regulacji ochrony danych osobowych*, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018, s. 145–146.

Upowszechnienie się wymiany zasobów informacyjnych przez Internet wiąże się z nowymi zagrożeniami dla praw i wolności podmiotów, których dane są przetwarzane²¹. Najważniejszą regulacją, która ma zagwarantować skuteczność ochrony prywatności, jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)²². W rozporządzeniu zdefiniowano w zakresie normatywnym pojęcie „dane dotyczące zdrowia” jako „dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia” (art. 4 pkt 15). Z kolei według art. 9 ust. 1 RODO te zasoby danych należą do szczególnej, wyodrębnionej kategorii danych osobowych określonych jako dane wrażliwe. Zważyć należy, iż bezprawne ujawnienie przedmiotowych danych wiąże się z naruszeniem obowiązku należytej realizacji praw i wolności osoby (pacjenta), którego takie informacje dotyczą, z uwagi na zagrażającą mu stygmatyzację czy dyskryminację społeczną, związaną z potencjalnym ujawnieniem danych.

Dane wrażliwe obejmują bezpośrednio sferę prywatności i intymności jednostki. Jak wynika z orzecznictwa, wszelkie dane składające się na dokumentację medyczną winny być traktowane jako dane osobowe szczególnie chronione. Takie podejście znajduje również potwierdzenie w rozporządzeniu RODO, a art. 9 ust. 4 wskazuje na możliwość wprowadzenia przez państwa członkowie Unii Europejskiej dodatkowych warunków i ograniczeń związanych z przetwarzaniem tej kategorii zasobów informacyjnych, tym samym uzupełniając bazę normatywną wynikającą z treści przedmiotowego aktu prawnego²³.

²¹ M. Kibil, I. Kuźniecowa, *Obowiązki informacyjne placówki medycznej względem pacjentów w praktyce*, [w:] *Dokumentacja RODO w placówkach medycznych*, red. A. Sieradzka, D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2019, s. 3–15.

²² Dz.Urz. UE L 199 z 4.05.2016, dalej także: RODO.

²³ M. Jagielski, *Pojęcie danych medycznych i zasady ich ochrony*, [w:] *Ochrona danych osobowych medycznych*, red. K. Andres, E. Bielak-Jomaa, M. Jagielski, P. Kawczyński, M. Krasieńska, P. Litwiński, A. Sieradzka, K. Wojsyk, Warszawa 2018, s. 4.

Warto również zwrócić uwagę, iż z przepisu art. 5 ust. 2 RODO wynika zasada rozliczalności, która zobowiązuje podmioty wykonujące działalność leczniczą, będące administratorami danych, do podejmowania aktywnych i odpowiednich działań w celu zapewnienia skutecznego poziomu bezpieczeństwa – właściwego dla specyfikacji oraz wartości przetwarzanych zasobów informacyjnych oraz związanych z nimi możliwych ryzyk²⁴.

Zarówno regulacje dotyczące funkcjonowania elektronicznej dokumentacji medycznej w Polsce, jak również unormowania prawne zabezpieczające jej prawidłowy obrót w systemie prawnym podlegają szczególnej ochronie. Zapewnia to pacjentowi prawo do rzetelnie prowadzonej oraz właściwie zabezpieczonej dokumentacji medycznej, co stanowi jeden z filarów ochrony zdrowia oraz praw pacjenta. EDM nie tylko usprawnia proces diagnostyczny i leczniczy, ale również zwiększa transparentność oraz kontrolę nad obiegiem informacji medycznych. Dzięki cyfryzacji pacjent ma możliwość szybszego dostępu do swoich danych zdrowotnych, co sprzyja świadomemu uczestnictwu w procesie leczenia²⁵.

Korzyści oraz zagrożenia związane ze stosowaniem elektronicznej dokumentacji medycznej w kontekście prawa pacjenta do informacji

Wprowadzenie EDM stanowi jedno z największych osiągnięć w związku z przemianami cyfrowymi w ochronie zdrowia. Prawo polskie, m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zapewnia każdemu obywatelowi prawo dostępu do własnych danych medycznych. Dzięki dokumentacji cyfrowej realizacja

²⁴ P. Litwiński, *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*, [w:] *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Wybrane przepisy sektorowe. Komentarz*, red. *idem*, Warszawa 2021, art. 5.

²⁵ K. Kordek, *Prowadzenie dokumentacji medycznej – implikacje dowodowe*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3, s. 100–110.

przedmiotowego prawa staje się prostsza, lecz jednocześnie wiąże się to z nowymi wyzwaniami, połączonymi chociażby z ochroną prywatności czy umożliwieniem dostępu do pozyskania pożądanych danych²⁶.

Ustanowienie EDM jako jedynej dopuszczalnej formy prowadzenia dokumentacji medycznej było odpowiedzią zarówno na tendencje i kierunki wyznaczone przez europejskiego prawodawcę, jak i na rosnące potrzeby społeczeństwa oraz środowiska medycznego. Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej wiązało się z różnymi trudnościami²⁷. Przede wszystkim istniało ryzyko zniszczenia dokumentów (np. w wyniku pożaru) czy ich zgubienia (np. na skutek zmiany siedziby biura archiwum). Kolejnym problemem był brak szybkiego dostępu do informacji: odnalezienie konkretnego dokumentu w dużych archiwach placówki medycznej zajmowało sporo czasu i wymagało fizycznej obecności, co opóźniało proces diagnostyki, a w konsekwencji leczenie.

Należy również zwrócić uwagę na problem ograniczonej czytelności tradycyjnych dokumentów. Ręczne wpisywanie informacji zwiększa ryzyko błędów w dokumentacji oraz trudności jej interpretacji przez innych specjalistów. Istotny jest też problem z przechowywaniem i archiwizacją dokumentacji. Dokumentacja papierowa zajmuje dużo miejsca, wymaga odpowiednich warunków przechowywania (np. 20 lat zgodnie z ustawą o prawach pacjenta)²⁸, a następnie wiąże się z kosztami utylizacji. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli z 2015 r., który obejmował analizę 1730 indywidualnych dokumentacji medycznych prowadzonych w 24 placówkach ochrony zdrowia zlokalizowanych na terenie siedmiu województw, stwierdzono istotne uchybienia w zakresie przechowywania dokumentacji w formie papierowej.

²⁶ K. Kukuryk, M. Sadowska, *Prawo a technologie medyczne*, Lublin 2017, s. 153–163.

²⁷ K. Klimas, *Prawo pacjenta do dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2018, nr 26, s. 92–103.

²⁸ Informacja o wynikach kontroli. Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej, KZD.430.002.2015, nik.gov.pl/plik/id,10736,vp,13069.pdf, s. 11.

Nieprawidłowości odnotowano w 46% przypadków, co wskazuje na systemowy problem związany z zapewnieniem odpowiednich warunków archiwizacji danych pacjentów²⁹.

Najbardziej rażące zaniedbania obejmowały przechowywanie dokumentacji w łatwo dostępnych, niezabezpieczonych miejscach (np. w drewnianych, otwartych szafach umiejscowionych w ogólnodostępnych przestrzeniach). Taki sposób przechowywania stwarzał ryzyko nieautoryzowanego dostępu do poufnych informacji medycznych przez osoby nieuprawnione, w szczególności przez innych pacjentów. Brak należytych zabezpieczeń stanowi istotne naruszenie standardów ochrony danych osobowych oraz przepisów regulujących zasady prowadzenia dokumentacji medycznej³⁰. Stosowanie rozwiązań tradycyjnych wiąże się z istotnymi uchybieniami, natomiast wprowadzenie EDM odwrotnie – z wieloma szansami na zmianę systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Zalety elektronicznej dokumentacji medycznej

Elektroniczne systemy zarządzania danymi medycznymi z założenia są wyposażone w mechanizmy autoryzacji dostępu, szyfrowania oraz archiwizacji, zgodne z obowiązującymi regulacjami. Wdrożenie EDM ma na celu znaczące zminimalizowanie ryzyka niekontrolowanego dostępu do wrażliwych informacji oraz poprawienie bezpieczeństwa i integralności gromadzonych danych wrażliwych, co czyni ją zgodną z normami prawnymi prowadzenia dokumentacji medycznej.

Istotną zaletą EDM jest odporność na zniszczenie bądź utratę³¹. Dzięki temu możliwe jest pozyskanie dokumentacji przez pacjentów w nienaruszonym, oryginalnym kształcie. EDM jest przechowywana w systemach informatycznych z zastosowaniem zabezpieczeń kryptograficznych, co zapewnia jej autentyczność i ochronę przed nieautoryzowanymi zmianami. Każda modyfikacja dokumentacji

²⁹ *Ibidem*, s. 2–3.

³⁰ K. Klimas, *Prawo pacjenta...*, *op. cit.*, s. 92–103.

³¹ B. Freedman, *Discovery of electronic records under Canadian law – a practical guide*, „Intellectual Property Journal” 2004, vol. 18, no. 1, s. 1.

zostaje odnotowana w systemie, co może stanowić istotny dowód w ewentualnym postępowaniu sądowym.

Dzięki temu, że dokumentacja ma formę cyfrową, możliwe jest szybkie wyszukiwanie i pobieranie danych. Pacjent może uzyskać dostęp do swojej dokumentacji medycznej w dowolnym miejscu i czasie za pośrednictwem takiej platformy jak Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Według danych z 23 stycznia 2024 r. 18 mln Polek i Polaków korzysta z IKP, co stanowi 48% społeczeństwa polskiego³². Konsekwencją wprowadzenia takiego rozwiązania jest wyeliminowanie konieczności osobistego stawiennictwa w placówce medycznej, co jest szczególnie istotne np. dla osób z niepełnosprawnością.

Dzięki dostępowi do wyników badań oraz historii leczenia w formie cyfrowej nie ma konieczności przechowywania dokumentów papierowych. Ułatwiony dostęp może się też przyczyniać do świadomego uczestnictwa w procesie leczenia, np. pacjent, korzystając z prawa do informacji, może z łatwością zmienić lekarza, a co za tym idzie – usprawnić proces terapeutyczny³³. EDM stanowi także rzetelne źródło informacji w przypadku konieczności dochodzenia roszczeń, np. z tytułu błędu medycznego. Możliwość weryfikacji pełnej historii leczenia wzmacnia pozycję pacjenta w ewentualnym sporze.

Dokumentacja medyczna w formie cyfrowej charakteryzuje się dużą czytelnością, zawiera opisy podejmowanych czynności (np. dane dotyczące leczenia szpitalnego), co usprawnia proces leczenia specjalistycznego i eliminuje konieczność chociażby powtarzania tych samych badań diagnostycznych. Dzięki kumulacji danych w jednym miejscu możliwe jest kompleksowe podejście do diagnozy, a prawdopodobieństwo potencjalnych błędów, wynikających z braku dostępu do pełnej dokumentacji, maleje.

Konieczność uwierzytelniania za pomocą podpisu zaufanego czy kwalifikowanego podpisu elektronicznego zapewnia pacjenta, iż jego dane wrażliwe są chronione przed dostępem osób

³² Już prawie połowa Polaków i Polek korzysta z IKP, 23.01.2024, cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/juz-prawie-polowa-polakow-i-polek-korzysta-z-ikp [dostęp: 21.02.2025] oraz 48 proc. Polaków używa IKP, 17.04.2024, pacjent.gov.pl/aktualnosc/48-proc-polakow-uzywa-ikp [dostęp: 21.02.2025].

³³ S.G. Honavar, *Electronic medical records – the good, the bad and the ugly*, „Indian Journal of Ophthalmology” 2020, vol. 68, no. 3, s. 417–418.

nieuprawnionych. Systemy zabezpieczające EDM podlegają rygorystycznym wymogom, wynikającym m.in. z przepisów ochrony danych osobowych, co zapewnia pacjentowi jeszcze większe bezpieczeństwo oraz przejrzystość w zakresie przetwarzania jego danych medycznych³⁴.

Wady elektronicznej dokumentacji medycznej

Mimo rozpowszechnienia Internetu w Polsce wciąż występuje zjawisko wykluczenia cyfrowego, które dotyczy głównie osób starszych oraz ubogich. Co prawda istnieją programy społeczne propagujące udogodnienia cyfrowe w zakresie dostępu do informacji medycznych, jednak ponad połowa Polaków nie posiada założonego IKP, zatem w przypadku konieczności/chęci realizacji prawa dostępu do informacji medycznych zmuszeni są udać się bezpośrednio do placówki medycznej, w której można uzyskać wydruk z systemu – wygenerowany dokument w formie tradycyjnej³⁵.

Zagrożeniem dla EDM jest ryzyko awarii systemów teleinformatycznych bądź ataków hakerskich, które mogą skutkować utratą danych pacjentów. Z kolei w przypadku wystąpienia przejściowych problemów z serwerami pacjent może tymczasowo stracić dostęp do swojej dokumentacji, co może mieć negatywne skutki zwłaszcza w sytuacjach nagłych, gdy szybka informacja o stanie zdrowia jest kluczowa³⁶.

Innym problemem jest to, że w praktyce różne placówki medyczne korzystają z odmiennych systemów informatycznych, które nie zawsze są ze sobą kompatybilne³⁷. Pojawia się wtedy problem

³⁴ M. Urbaniak, *Prawne aspekty elektronicznej dokumentacji medycznej*, [w:] *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, red. M. Śliwka, M. Urbaniak, wyd. 2, Warszawa 2018, s. 228.

³⁵ N. Bonin, *Dokumentacja medyczna – obowiązki placówki*, 4.07.2023, wolterskluwer.com/pl-pl/expert-insights/dokumentacja-medyczna-obowiazki-placowki [dostęp: 22.02.2025].

³⁶ K. Węclaś, *Przetwarzanie danych medycznych według przepisów ustawy o ochronie danych osobowych*, [w:] *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 255–262.

³⁷ K. Kukuryk, M. Sadowska, *Prawo a technologie medyczne...*, op. cit., s. 153–163.

utrudnionego dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów leczących się w kilku placówkach medycznych, a lekarze prowadzący napotykają trudności w wymianie danych między placówkami. Ponadto zdecydowana większość placówek medycznych w Polsce nadal prowadzi częściowo dokumentację medyczną w formie papierowej lub nie wprowadza pełnych danych do EDM. Niewspółgranie systemowe prowadzi do chaosu w obiegu dokumentów, co wpływa negatywnie na dostępność pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, a zatem ogranicza jego prawa do rzetelnej informacji.

Najwyższa Izba Kontroli w 2024 r. wykazała, że niemal połowa kontrolowanych szpitali dopuściła się poważnych uchybień w zarządzaniu dokumentacją medyczną pacjentów. Problemy te dotyczyły zarówno sposobu prowadzenia, zabezpieczania, jak i udostępniania. Żaden z ocenianych podmiotów nie stosował w pełni EDM: w większości placówek obowiązywał model hybrydowy, łączący dokumentację papierową z elektroniczną. Według NIK taki sposób organizacji nie tylko nie usprawniał pracy personelu, ale także utrudniał pacjentom dostęp do dokumentacji. Większe było też ryzyko powstania rozbieżnych wersji dokumentacji dotyczącej tego samego przypadku³⁸. NIK podkreśliła, że rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej ma istotne znaczenie, zwłaszcza w kontekście jej roli jako dowodu w postępowaniach sądowych.

W wielu placówkach nie zapewniono odpowiedniej ochrony dokumentacji przed uszkodzeniem, utratą czy zniszczeniem. Z kontroli wynikało, iż znaczna większość szpitali nie prowadziła w pełni dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Przykładowo w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz w Szpitalu Ogólnym im. dr. Witolda Gineła w Grajewie, mimo posiadanych możliwości (w postaci jednostki systemu elektronicznego), dokumentacja medyczna w znacznej części oddziałów nie była prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej, np. w przypadku sporządzania opisów badań czy historii. Zdarzało się, iż część dokumentów prowadzona była w sposób podwójny, zarówno

³⁸ Naczelna Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia*, KZD.430.1.2024, s. 8–43, plik.id,29710,vp,32576.pdf.

w formie elektronicznej, jak i papierowej, co stanowi naruszenie § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁹, który wskazuje, iż dokumentacja prowadzona przez podmiot posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych powinna być prowadzona w postaci elektronicznej oraz naruszenie § 1 ust. 3 – zgodnie z którym „dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2 [elektronicznej bądź w przypadkach wskazanych w ustawie w formie papierowej – A.G.] nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Z kolei w Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie część akt pacjentów była przechowywana w otwartych szafach i na niezabezpieczonych regałach. W trzech szpitalach dane pacjentów przetwarzały osoby, które nie miały do tego uprawnień ani odpowiedniego upoważnienia administratora danych. Szczególnie rażąco nieprawidłowość stwierdzono w Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim, gdzie w latach 2019–2022 przekazano do zniszczenia niemal 1500 tomów dokumentacji medycznej firmie, która nie zapewniała odpowiedniego poziomu ochrony danych osobowych. Co więcej, placówka nie podpisała z tym przedsiębiorstwem umowy na odbiór i niszczenie dokumentacji.

W 47% podmiotów objętych kontrolą stwierdzono, iż dokumentacja medyczna była prowadzona w sposób nieprawidłowy. Uchybienia polegały na nierzetelnym, wybrakowanym i ograniczonym sporządzaniu. Przykładowo placówki medyczne nie dokonywały wpisów dokumentujących przeprowadzane obserwacje stanu zdrowia, nie protokołowały przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, a powstałe wpisy charakteryzowały się nieczytelnością i brakami formalnymi, m.in. w postaci braku podpisów specjalistów. W Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim ujawniono uchybienia polegające na braku bieżących wpisów w systemie informatycznym OPTIMED, odnoszących się do codziennych obserwacji lekarskich (13 spośród 20 hospitalizowanych pacjentów). Przedmiotowe wpisy były dodawane ze znaczącym opóźnieniem

³⁹ T.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 798.

albo całkowicie pomijane. Analogicznie brakowało obowiązkowych zapisów co do ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjentów⁴⁰.

Naczelna Izba Kontroli wykazała także, że w 24% badanych podmiotów wystąpiły liczne nieprawidłowości w zakresie prowadzenia raportów i analizy zdarzeń niepożądanych. W ocenie NIK systematyczne i sumienne dokumentowanie zdarzeń niepożądanych stanowi istotny element mający na celu zapewnianie bezpieczeństwa pacjentów, a zaniechanie przeprowadzania regularnych analiz uniemożliwia wprowadzenie skutecznych działań o charakterze prewencyjnym⁴¹.

Jednym z głównych zagrożeń dla EDM jest potencjalne naruszenie poufności danych medycznych, bowiem w 41% kontrolowanych placówek medycznych wystąpiły liczne uchybienia w zakresie zabezpieczenia dokumentacji medycznej i jej przetwarzania. W przypadku nieautoryzowanego dostępu może dojść do ujawnienia wrażliwych informacji, co skutkować może naruszeniem praw pacjenta, a w konsekwencji problemami prawnymi podmiotów medycznych. NIK wykazała zaniedbania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej: w 18% podmiotów leczniczych dokumenty nie były właściwie zabezpieczone, a personel nie weryfikował tożsamości osób odbierających dokumentację. Stanowi to poważne naruszenie prawa pacjenta do informacji oraz prowadzi do nieautoryzowanego dostępu do wrażliwych danych medycznych⁴².

Podsumowanie

Prawo pacjenta do informacji to jeden z kluczowych elementów ochrony prawnej w systemie opieki zdrowotnej, a dostęp do EDM jest istotnym narzędziem wspierającym realizację tego prawa. Wprowadzenie przedmiotowego rozwiązania miało na celu m.in. usprawnienie zarządzania dokumentacją medyczną, zoptymalizowanie

⁴⁰ M. Gawroński, *Ocena skutków dla ochrony danych w podmiocie medycznym. Dokumentacja RODO w placówkach medycznych*, red. A. Sieradzka, D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2019, s. 35.

⁴¹ Naczelna Izba Kontroli, *op. cit.*, s. 31–35.

⁴² *Ibidem*, s. 8–43.

jej dostępności, poprawę komunikacji między placówkami oraz zwiększenie bezpieczeństwa obiegu dokumentacji. Dzięki cyfryzacji dokumentacji medycznej pacjenci zyskują możliwość szybszego uzyskania dostępu do własnej historii leczenia, co przekłada się na możliwość podejmowania sprawnych i świadomych decyzji dotyczących swojego zdrowia.

Mimo wielu zalet (np. przejrzystości, lepszej dostępności czy ułatwionej komunikacji pomiędzy placówkami medycznymi) istnienie systemu EDM wiąże się z wieloma problemami (takimi jak niedoścignięcia natury technicznej, aspekt społeczny i inne), co wykazała chociażby kontrola NIK z 2024 r., ujawniając, że większość placówek medycznych nie jest odpowiednio przygotowana na pełną cyfryzację dokumentacji medycznej.

Na podstawie ww. kontroli NIK i analizy aktualnego stanu EDM można jednoznacznie stwierdzić, że pomimo ogromnego postępu technologicznego odnoszącego się do sektora ochrony zdrowia, funkcjonowanie EDM napotyka wiele problemów: należy tu wskazać na poważne bariery wdrożeniowe, infrastrukturalne i operacyjne. Przeprowadzona przez NIK analiza ukazuje ogromne zaniedbania organizacyjne, związane z nieprzestrzeganiem wymogów związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, co przekłada się na niezapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania, udostępniania i przechowywania danych medycznych, brak spójności informacji oraz przede wszystkim na ograniczony dostęp pacjentów do ich własnych danych. Można wysnuć wniosek, że EDM, pomimo istnienia regulacji ustawowych określających ramy prawne i organizacyjne, nie jest obecnie w pełni funkcjonalna i wymaga dalszych działań naprawczych na poziomie organizacyjnym oraz legislacyjnym.

Celem usprawnienia systemu konieczne zdaje się zwiększenie nakładów na infrastrukturę informatyczną placówek medycznych, bowiem wiele problemów z EDM wynika z braków odpowiedniego sprzętu lub nieaktualnego oprogramowania. Konieczne jest zwiększenie wydatków z budżetu państwa na modernizację infrastruktury IT w zakresie ochrony zdrowia. Co więcej – niezbędne jest wprowadzenia obowiązkowych i regularnych szkoleń dla personelu medycznego z zakresu obsługi systemów EDM oraz zasad ochrony

danych osobowych. Należałoby również wprowadzić jednolity system EDM na terenie całej Polski, co przyczyniłoby się do eliminacji niespójności w prowadzonych dokumentacjach oraz do płynnej wymiany informacji dotyczących zdrowia pacjenta. Aspektem determinującym przestrzeganie przez podmioty medyczne regulacji prawnych w tym zakresie mogłoby być ustanowienie specjalistycznych zespołów kontrolnych działających przy Ministerstwie Zdrowia, których zadaniem byłoby monitorowanie prawidłowości sporządzenia przez podmioty medyczne dokumentacji. Można również rozważyć wprowadzenie środków dyscyplinujących w postaci sankcji za naruszenia przepisów dotyczących EDM, co zapewniłoby większą dyscyplinę wśród odpowiedzialnych za rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.

Najistotniejsze jednak, z punktu widzenia prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, jest zwiększenie dostępności EDM dla pacjentów. Należy nieustannie rozwijać infrastrukturę IT w przedmiotowym zakresie celem umożliwienia pacjentom łatwego, szybkiego i bezpiecznego dostępu do własnych danych medycznych, co wpłynęłoby pozytywnie na realizację prawa do informacji o stanie zdrowia. W tym zakresie można zmodernizować istniejące już narzędzia, tj. IKP, przez dodanie nowych funkcjonalnych rozwiązań, np. prostego pobierania historii leczenia czy wyników badań specjalistycznych, które umieszczane byłyby bezpośrednio w przedmiotowym systemie.

Niewątpliwie cyfryzacja dokumentacji medycznej jest rewolucyjnym krokiem w stronę nowoczesnej oraz efektywnej opieki zdrowotnej, jednakże jej skuteczność jest uzależniona od wielu czynników, np. stopnia informatyzacji zakładów opieki zdrowotnej, zapewnienia pacjentom odpowiednich standardów bezpieczeństwa oraz realnej możliwości korzystania z własnych praw. Niezbędne jest zatem dalsze doskonalenie EDM oraz ścisła kontrola jej funkcjonowania, aby zagwarantować pacjentom pełne prawo do informacji o stanie ich zdrowia w sposób szybki, bezpieczny i zgodny z obowiązującymi standardami prawnymi.

Bibliografia

Akty prawne

Polska

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 302).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1851).
- 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).

Unia Europejska

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.Urz. UE L 199 z 4.05.2016)).

Literatura

- 48 proc. Polaków używa IKP, 17.04.2024, pacjent.gov.pl/aktualnosc/48-proc-polakow-uzywa-ikp [dostęp: 21.02.2025].
- Art. 67y. *Dostęp do dokumentacji medycznej*, [w:] *Dochodzenie roszczeń w ochronie zdrowia i badaniach klinicznych. Komentarz do przepisów ustaw o funduszach kompensacyjnych*, red. K. Bączyk-Rozwadowska, D. Kaczan, K. Krupa-Lipińska, M. Wałachowska, M.P. Ziemiak, Warszawa 2025, s. 80–81.
- Bach-Golecka D., Stankiewicz R., *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, „System Prawa Medycznego”, t. 3, Warszawa 2020, s. 201–205.
- Bonin N., *Dokumentacja medyczna – obowiązki placówki*, 4.07.2023, wolterskluwer.com/pl-pl/expert-insights/dokumentacja-medyczna-obowiazki-placowki [dostęp: 22.02.2025].
- Bosek L., Art. 9, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, wyd. 2, Warszawa 2025.

- Cnota Z., Gura G., Grabowski T., Kurowska E., *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Freedman B., *Discovery of electronic records under Canadian Law – a practical guide*, „Intellectual Property Journal” 2004, vol. 18, no. 1, s. 59–81.
- Gawroński M., *Ocena skutków dla ochrony danych w podmiocie medycznym*, [w:] *Dokumentacja RODO w placówkach medycznych*, red. A. Sieradzka, D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2019, s. 33–48.
- Honavar S.G., *Electronic medical records – the good, the bad and the ugly*, „Indian Journal of Ophthalmology” 2020, vol. 68, no. 3, s. 417–418.
- Jagielski M., *Pojęcie danych medycznych i zasady ich ochrony*, [w:] *Ochrona danych osobowych medycznych*, red. K. Andres, E. Bielak-Jomaa, M. Jagielski, P. Kawczyński, M. Kasińska, P. Litwiński, A. Sieradzka, K. Wojsyk, Warszawa 2018, s. 1–46.
- Już prawie połowa Polaków i Polek korzysta z IKP, 23.01.2024, cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/juz-prawie-polowa-polakow-i-polek-korzysta-z-ikp [dostęp: 21.02.2025].
- Karkowska D., Art. 1, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 33–45.
- Kibil M., Kuźniecowa I., *Obowiązki informacyjne placówki medycznej względem pacjentów w praktyce*, [w:] *Dokumentacja RODO w placówkach medycznych*, red. A. Sieradzka, D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2019, s. 3–18.
- Klimas K., *Prawo pacjenta do dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2018, nr 26, s. 91–105.
- Kordek K., *Prowadzenie dokumentacji medycznej – implikacje dowodowe*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3, s. 100–110.
- Kozłowski R., *Aksjologiczne fundamenty praw pacjenta*, [w:] *Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. M. Urbaniak, R. Staszewski, Poznań 2017.
- Król-Całkowska J., *E-dokumentacja medyczna i telemedycyna. Aspekty prawne*, Warszawa 2021.
- Kukuryk K., Sadowska M., *Prawo a technologie medyczne*, Lublin 2017.
- Litwiński P., *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych*, [w:] *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Wybrane przepisy sektorowe. Komentarz*, red. P. Litwiński, Warszawa 2021, s. 11–158.

- Mazurska-Pawłowska E., *Zgody na leczenie i dokumentacja pacjenta w stomatologii – dokumentacja elektroniczna i papierowa*, Warszawa 2020.
- Naczelna Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia*, KZD.430.1.2024, nik.gov.pl/plik/id,29710,vp,32576.pdf.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej*, KZD.430.002.2015, nik.gov.pl/plik/id,10736,vp,13069.pdf.
- Pacian J., Pacian A., Kulik T.B., Skórzyńska K., Kaczor P., Czy prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej może zapewnić bardziej skuteczną ochronę tajemnicy lekarskiej?, „Hygeia Public Health” 2011, t. 46, nr 4, s. 418–422.
- Ponczek D., *Prawa pacjenta w Polsce*, Łódź 1999.
- Śliwka M., Urbaniak M., *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, wyd. 2, Warszawa 2018.
- Światała K., *Odpowiedzialność podmiotów wykonujących działalność leczniczą za przetwarzanie zasobów informacyjnych dotyczących pacjentów w kontekście unijnej reformy regulacji ochrony danych osobowych*, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018, s. 145–154.
- Światała K., *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018.
- Tykwieńska-Rutkowska D., *Zagadnienie praw pacjenta wobec zagrożenia epidemią Covid-19. Odniesienia Polskie*, „Zeszyty Prawnicze” 2024, t. 24, nr 2, s. 117–131.
- Urbaniak M., *Prawne aspekty elektronicznej dokumentacji medycznej*, [w:] *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*, red. M. Śliwka, M. Urbaniak, wyd. 2, Warszawa 2018, s. 227–236.
- Węclaś K., *Przetwarzanie danych medycznych według przepisów ustawy o ochronie danych osobowych*, [w:] *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 255–262.

Streszczenie

Prawo pacjenta do informacji a dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do informacji stanowi jedno z kluczowych praw w systemie ochrony zdrowia. W dobie rozwoju technologicznego zapewnienie pacjentowi dostępu do danych medycznych nabiera nowego

wymiaru. Elektroniczna dokumentacja medyczna to narzędzie, którego zadaniem jest ułatwienie dostępu do danych medycznych.

W artykule podjęto analizę tych zagadnień: wyjaśnienie podstawowych pojęć (tj. prawo pacjenta do informacji, dokumentacji medycznej oraz elektronicznej dokumentacji medycznej) – kończąc na analizie korzyści wynikających z prowadzenia i przetwarzania dokumentacji w formie cyfrowej. W artykule zwrócono również uwagę na główne przeszkody w korzystaniu z przedmiotowego „udogodnienia”, zachęcając tym samym do refleksji nad przyszłością funkcjonowania elektronicznej dokumentacji medycznej i jej wpływem na prawa pacjentów.

Słowa kluczowe: prawo pacjenta do informacji, dokumentacja medyczna, elektroniczna dokumentacja medyczna

Abstract

Patients' right to information and their access to electronic health records

The patient's right to information is one of the fundamental rights in the healthcare system. Undoubtedly, in the era of technological advancement, ensuring patient access to medical data takes on a new dimension. Electronic medical documentation serves as a tool designed to facilitate access to medical records.

Does electronic medical documentation truly enhance the patient's right to obtain information about their health status, or does it, in certain aspects, impose limitations?

This article provides a comprehensive analysis of these issues – starting with an explanation of key concepts, such as the patient's right to information, medical documentation, and electronic medical documentation, and concluding with an examination of the benefits of maintaining and processing medical records in digital form. It also explores the main obstacles to utilizing this 'convenience', thereby encouraging reflection on the future of electronic medical documentation and its impact on patients' rights.

Key words: patient's right to information, medical documentation, electronic medical documentation

