

# Aspekty ochrony danych osobowych pacjentów w świetle obowiązujących regulacji prawnych w Polsce oraz Unii Europejskiej

## Aspects of patients' personal data protection under legal regulations in Poland and in the European Union

ANNA JACEK<sup>1,2/</sup>, KATARZYNA SZWED<sup>1/</sup>, KATARZYNA OŻÓG<sup>1/</sup>, SŁAWOMIR PORADA<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

<sup>2/</sup> Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp.k., Warszawa

**Wstęp.** Prawo obywateli Rzeczypospolitej Polskiej do ochrony danych – zarówno osobowych jak i medycznych – jest chronione na bardzo wielu obszarach przez polskiego ustawodawcę. Ochrona danych osobowych i medycznych wynika zarówno z przepisów prawa konstytucyjnego, prawa cywilnego, prawa karnego jak i prawa administracyjnego.

**Cel pracy.** Poznanie opinii na temat stanu wiedzy pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie dokumentacji medycznej, a w szczególności w zakresie zasad ochrony, przechowywania i jej udostępniania.

**Materiał i metody.** W badaniach uczestniczyło 270 osób, wśród których znalazło się 150 pacjentów oraz łączna grupa 120 lekarzy i pielęgniarek. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, do którego wykorzystano technikę ankietową. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

**Wyniki.** Wykazano, iż 74,1% ankietowanych zostało poinformowanych, że stosowane formy udostępniania dokumentacji medycznej to wyciąg i odpis dokumentacji. 13,3% osób uzyskało informację, że mogą uzyskać dokumentację medyczną w postaci kopii. 6,7% ankietowanych w swojej placówce uzyskało informację, że formą udostępniania dokumentacji medycznej w jego placówce jest odpis. Zaledwie 5,9% respondentom przekazano informację, że w placówce są stosowane wszystkie formy udostępniania dokumentacji medycznej, czyli wgląd do dokumentacji w zakładzie opieki zdrowotnej, wyciąg dokumentacji, kopia oraz odpis. Zaledwie 2,2% ankietowanym przekazano, że jedyna forma udostępniania dokumentacji to wgląd do dokumentacji medycznej.

**Wnioski.** Stwierdzono, że istnieje duże zapotrzebowanie na edukację pacjentów oraz personelu medycznego z zakresu sposobów i form udostępniania dokumentacji medycznej. Istnieje zapotrzebowanie personelu medycznego na edukację w zakresie odpowiedzialności za właściwy sposób przechowywania dokumentacji medycznej oraz szkolenie z zakresu regulacji dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.

**Słowa kluczowe:** *pacjent, personel medyczny, dane osobowe, dokumentacja*

**Introduction.** The right of Polish citizens to data protection, both personal and medical, is assured in many areas by the legislator of Poland. The protection of personal and medical data stems from the constitutional rights, civil law, penal law as well as administrative law.

**Aim.** Recognition of the patients' and the medical staff's level of knowledge in the area of medical documentation, in particular with regard to security principles, access and storage of information.

**Material & methods.** 270 people participated in the research, with 150 patients and 120 doctors and nurses. The research was made using a diagnostic poll with the survey technique. The main research tool was a questionnaire of the authors' own construction.

**Results.** It was demonstrated that 74.1% of the surveyed were informed about commonly used forms of making medical documentation accessible, i.e. excerpts and document transcripts. 13.3% of the surveyed got the information that they could receive a copy of medical documentation. 6.7% of the surveyed were informed that the common form of providing medical documentation in their health care facility was a document transcript. Only 5.9% of the respondents were informed that in their facility medical documentation was available in all forms, i.e. as excerpt, copy and document transcript. Only 2.2% surveyed were informed that the only form of providing documentation was the access to documents in the health care facility.

**Conclusions.** It was observed that there is a need to educate patients and medical staff in the area of the ways and forms of the medical documentation availability. There is a necessity to instruct medical staff about the responsibility for the proper way of documentation storage and the need to train them in the scope of regulations related to medical documentation storage.

**Key words:** *patient, medical staff, personally identifiable information, documentation*

## Wstęp

Pacjent musi się czuć bezpiecznie w czasie zbierania wywiadu lekarskiego, gromadzenia wyników laboratoryjnych, czy stawiania rozpoznań medycznych związanych z jego stanem zdrowia; musi być pewny, że nikt nie dowie się, bez jego świadomej i faktycznej zgody, o zapisach w dokumentacji medycznej dotyczącej konkretnego świadczenia medycznego [1].

Prawo do ochrony danych, w tym dotyczących jego zdrowia i sposobu leczenia, a także danych genetycznych, jest istotnym prawem pacjenta. Specjalne postanowienia zawiera Dyrektywa nr 95/46/CE, która dotyczy tzw. danych wrażliwych. Dyrektywa pozwala na przetwarzanie danych do celów medycyny prewencyjnej, diagnostyki medycznej, świadczeń opieki lub leczenia albo też zarządzenia opieką zdrowotną, jak również gdy dane są przetwarzane przez uprawnionego pracownika służby zdrowia zgodnie z przepisami krajowymi lub zasadami ustalonymi przez właściwe kraje instytucyjne, z zastrzeżeniem obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej przez właściwego pracownika służby zdrowia lub inną osobę zobowiązaną do zachowania tajemnicy. Ponadto przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest dopuszczalne w przypadku wyraźnie udzielonej zgody na ich przetwarzanie lub gdy jest to konieczne dla ochrony żywotnych interesów podmiotu lub innej osoby w przypadku, gdy podmiot danych jest fizycznie lub prawnie niezdolny do udzielenia zgody.

Pierwszym kompleksowym, czyli ustawowym uregulowaniem z zakresu danych osobowych, była ustawa o ochronie danych osobowych uchwalona w Hesji w 1970 roku, co zapoczątkowało w tamtej dekadzie powstawanie dalszych tej rangi aktów w Szwecji, Danii, Norwegii, Francji i Luksemburgu i następnie na przełomie lat osiemdziesiątych, a początkiem roku 1990 w Austrii, Islandii, Irlandii, Wielkiej Brytanii [2]. Określając przesłanki powstania tych dokumentów najtrafniej można to ująć jako dostrzeżenie przez osobę jednostki, która traci wpływ na możliwość kontrolowania procesów zbierania i przechowywania informacji, które ją dotyczą, jak również sprawowania przez jednostkę kontroli w zakresie treści przekazywanych informacji na jej temat. Istotnym momentem wskazującym na konieczność prawnego wzmocnienia pozycji jednostki był (i jest) fakt nieograniczonego wzmocnienia pozycji organów i instytucji dysponujących rozbudowanymi bankami danych osobowych. Nowe formy i metody gromadzenia danych, rzucając nowe wyzwania przed osobami, których dane są przetwarzane, jak i przed określonymi władzami państwowymi i organami ochrony człowieka i obywatela [2].

Pojęcie danych osobowych zaczęło się pojawiać w polskiej doktrynie prawniczej początkiem lat

osiemdziesiątych XX w. Dopiero jednak w latach dziewięćdziesiątych ożywione dyskusje na łamach czasopism prawniczych oraz orzecznictwo pozostające od wpływem standardów europejskich i światowych doprowadziły, iż stworzono konstrukcje prawne mające na celu wyłącznie ochronę danych osobowych [3]. Pojęcie ochrony danych pojawiło się po raz pierwszy w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości [4]. Definicję ochrony danych określa art. 71 ust. 1 i 2 ww. ustawy z którego wynika, że są to: „księgi rachunkowe, dowody księgowo, dokumenty inwentaryzacyjne i sprawozdania finansowe, które należy przechowywać w należyty sposób i chronić przed niedozwolonymi zmianami, nieupoważnionym rozpowszechnianiem, uszkodzeniem lub zniszczeniem”. Przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych, przy użyciu komputera, ochrona danych powinna polegać na stosowaniu odpornych na zagrożenia nośników danych, na doborze stosownych środków ochrony zewnętrznej, na systematycznym tworzeniu rezerwowych kopii zbiorów danych zapisanych na informatycznych nośnikach danych, pod warunkiem zapewnienia trwałości zapisu informacji systemu rachunkowości, przez czas nie krótszy od wymaganego do przechowywania ksiąg rachunkowych, oraz na zapewnieniu ochrony programów komputerowych i danych systemu informatycznego rachunkowości, poprzez stosowanie odpowiednich rozwiązań programowych, chroniąc przed nieupoważnionym dostępem lub zniszczeniem [5]. Tak więc z powyższej regulacji wynika obowiązek w zakresie prawidłowego przechowywania, przetwarzania danych oraz konieczność zabezpieczenia danych z uwagi na niebezpieczeństwo płynące z ich utraty, niedozwolonych zmian, czy też nieupoważnionym rozpowszechnianiem.

Aktem normatywnym regulującym ochronę danych osobowych w Polsce jest ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych [6]. Zgodnie z art. 6 ww. ustawy za dane osobowe uważa się: „wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności przez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne” [6]. Prawo do ochrony danych osobowych stanowi istotny element ochrony własnej prywatności, a więc do tego, aby – w miarę możliwości – pozostać anonimowym, jeśli tego sobie życzymy, oraz abyśmy sami mogli decydować o tym, jakie informacje o nas można udostępniać osobom trzecim. Prawo do prywatności musi ulec ograniczeniu ze względu na interes publiczny lub usprawiedliwiony interes innych osób. Prawo do prywatności, jak i samo prawo do ochrony danych osobowych, zostało w Polsce podniesione do

rangi prawa konstytucyjnego [7]. Należy podkreślić, że informacja dotycząca osób indywidualnych podlega ochronie, jeśli pozwala na określenie tożsamości osoby fizycznej. Chodzi tu o identyfikację indywidualną, o możliwość wskazania konkretnej osoby. Taki efekt jest uzależniony nie tylko od treści informacji wyjściowych – a w tym przypadku chronionych – ale również od treści informacji powszechnie dostępnych, wiadomości wcześniej posiadanych, czy możliwość asocjacyjnych i zdolności logicznego myślenia podmiotu usiłującego skutecznie dokonać identyfikacji. Zatem określenie tożsamości danej osoby może być rezultatem wzajemnego oddziaływania czynników o zróżnicowanych charakterze [8].

### Cel pracy

Poznanie opinii na temat stanu wiedzy personelu medycznego oraz pacjentów w zakresie dokumentacji medycznej, a w szczególności w zakresie zasad ochrony, przechowywania i jej udostępniania.

### Materiał i metody

Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym zastosowanym w pracy był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji – opracowany odrębnie dla personelu medycznego oraz pacjentów. Ankieta dla pacjentów składała się z 25 pytań zamkniętych, ankieta dla personelu medycznego zawierała 28 pytań. Badani ankietę wypełniali anonimowo.

W badaniach uczestniczyło 270 osób zamieszkałych na terenie powiatu rzeszowskiego. Grupę badawczą stanowili pacjenci (150 osób) oraz pracownicy służby zdrowia, którą stanowili lekarze i pielęgniarki (łącznie 120 osób). Personel medyczny to pracownicy placówek rzeszowskich oraz okolic – publicznych oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podobnie było z pacjentami, którzy ze świadczeń zdrowotnych korzystali w placówkach publicznych lub w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 26-35 lat (25,3%). Duży był również odsetek osób w wieku 36-45 lat (23,7%). Równie liczne grupy to ankietowani w wieku 18-25 lat (18,8%) oraz 46-55 lat (17,6%). Najmniej liczną grupą byli ankietowani powyżej 56 roku życia (14,7%). W grupie badanych lekarzy i pielęgniarek dokonano rozgraniczenia pod względem wykonywanego zawodu i miejsca pracy. Analizując strukturę zawodową badanego personelu medycznego pielęgniarki w liczbie 60 stanowiły 54,5% badanej grupy, lekarze w liczbie 50 to 45,5% ankietowanych. Najliczniejszą grupą był personel pracujący w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej; stanowił 30% (33 osoby) ankietowanych. Porównywalnie liczne były grupy osób pracujących

w szpitalu (23 osoby; 20,9%) oraz w przychodni rejonowej (22 osoby; 20%). Dwie inne równie liczne grupy to osoby pracujące w wiejskim ośrodku zdrowia (11 osób; 10,1%) oraz grupa prowadząca indywidualną praktykę lekarską (12 osób; 10,9%). Najmniej liczne były grupy pracujące w placówkach zaznaczonych jako inne (4 osoby; 4,5%): indywidualną praktykę pielęgniarską (3 osoby; 2,7%) oraz w NZOZ pielęgniarskim (1 osoba; 0,9%).

### Wyniki

Spośród ankietowanych, aż 102 osoby odpowiedziały, że w placówce, w której się leczą, nie zostały zapoznane ze sposobami udostępniania dokumentacji medycznej. Pozostałe 33 osoby (24,4%) odpowiedziały, że taka informacja została im przekazana.

Wśród osób, które odpowiedziały twierdząco, 100 (74,1%) zostało poinformowanych, że stosowane formy udostępniania dokumentacji medycznej to wyciąg i odpis dokumentacji; 18 osób posiadało informację, że mogą uzyskać dokumentację medyczną w postaci kopii, 6,7% (9 osób) uzyskało w swojej placówce informację, że formą udostępniania dokumentacji medycznej w jego placówce jest odpis. Zaledwie 8 osobom przekazano informację, że w placówce są stosowane wszystkie formy udostępnienia dokumentacji medycznej, czyli wgląd do dokumentacji w zakładzie opieki zdrowotnej, wyciąg dokumentacji, kopia oraz odpis. Zaledwie 3 osobom przekazano, że jedyną formą udostępnienia dokumentacji to wgląd do dokumentacji medycznej.

Zdecydowana większość, bo aż 103 osoby (76,3%) odpowiedziały, że dotąd nigdy nie odmówiono jej wglądu do dokumentacji medycznej. Pozostałe 32 osoby odpowiedziały, że miała miejsce odmowa wglądu do dokumentacji medycznej.

Spośród 134 respondentów na pytanie „czy kiedykolwiek odmówiono Panu/Pani wykonania kopii Pana/Pani dokumentacji medycznej?” 114 osób odpowiedziało, że nie było takiej sytuacji. Pozostali (16%) odpowiedzieli, że niestety były takie sytuacje, kiedy odmówiono im wykonania kopii ich dokumentacji medycznej. Spośród osób, którym odmówiono wykonania kopii dokumentacji medycznej, zdecydowana większość (104 osoby) odpowiedziała, że była to odmowa wykonania kopii wyniku badania USG, RTG oraz historii choroby z kilku poradni. Następną pod względem liczebności była grupa, której odmówiono wykonania kopii historii choroby (13 osób). Dwie porównywalnie liczne grupy (6 osób) odpowiedziały, że odmówiono im wykonania kopii karty informacyjnej z pobytu szpitalnego oraz dokumentacji oznaczonej jako „inne”; 5 osób odpowiedziało, że nie chciano im wykonać kopii skierowania. Po 4 osoby (3%) zaznaczyły, że dokumentacja, z której nie mogą otrzymać

kserokopii, to wynik badania laboratoryjnego oraz historii choroby z kilku poradni; 3 osoby (2,2%) podały, że nie mogły otrzymać kopii swojej karty historii choroby.

Najczęstszym argumentem, którym tłumaczono odmowę wykonania kopii dokumentacji, były problemy techniczne z obsługą kserokopiarki oraz zbyt duża kolejka pacjentów czekających na rejestrację. Tak uzasadniona została odpowiedź odmowna w 76% przypadków (104 osoby). Dość często udzieloną odpowiedzią personelu medycznego było tłumaczenie się brakiem czasu. Takie argumenty usłyszało 10 osób (7%); 8 osobom odmówiono udostępnienia dokumentacji medycznej z powodu braku stosownych dokumentów potwierdzających tożsamość. W dwóch grupach liczących po 5 pacjentów odmowę uzasadniono brakiem kserokopiarki na terenie zakładu opieki zdrowotnej oraz zbyt dużą kolejką pacjentów czekających na rejestrację; 3 osoby nie mogły uzyskać kopii swojej dokumentacji z powodu braku kserokopiarki na terenie placówki świadczącej usługi medyczne. Zaledwie 2 osoby (1%) spotkały się z odmową wynikającą z braku środków finansowych na wykonanie kopii. 57% respondentów podało, że podczas udostępniania im dokumentacji medycznej wymagano od nich dokumentu potwierdzającego ich tożsamość. Pozostałe 43% (58 osób) zaznaczyło, że nie proszono ich o dokument tożsamości celem wykonania kserokopii dokumentacji medycznej. 60% ankietowanych przyznało, że odbierało dokumentację medyczną dla członka rodziny. Pozostali (40%) odpowiedzieli, że taka sytuacja nigdy nie miała miejsca. 72,5% ankietowanych przyznało się, że odbierali dokumentację dla członka rodziny pomimo nie posiadania odpowiedniego upoważnienia do odbioru dokumentów; zaledwie 37 osób (27,5%) takie upoważnienie posiadało. Wśród ankietowanych, którzy odpowiedzieli, że nie posiadali stosownego upoważnienia do odbioru dokumentacji bliskiej osoby, prawie połowa (47,5%) odpowiedziała, że dokumentacja została wydana przez pracownika zakładu opieki zdrowotnej. Pozostali respondenci (52,2%) odpowiedzieli, że nie uzyskali dokumentacji z powodu braku stosownych dokumentów. Od 45 ankietowanych poza stosownym upoważnieniem do odbioru dokumentacji medycznej wymagano również dokumentu potwierdzającego tożsamość. Pozostałe 90 osób (66,6%) odpowiedziało, iż nie wymagano od nich przedłożenia dokumentu potwierdzającego tożsamość podczas odbierania dokumentacji medycznej.

Wśród pacjentów 58 osób (43%) stwierdziło, że zna prawa pacjenta, ale nie potrafiło ich wymienić. Kolejno 51 osób (37,8%) przyznało, że wiedzą iż jakieś prawa pacjenta są, ale nie byli w stanie ich wymienić. Niestety aż 23 osoby (17%) odpowiedziały, że nic nie wiedzą na temat praw im przysługujących jako

pacjentom. Tylko 5 osób (3,7%) stwierdziło, że bardzo dobrze zna prawa pacjenta.

Aż 56 osób (50,9%) spośród badanej grupy personelu medycznego twierdziło, że zna prawa pacjenta, ale nie potrafiło ich wymienić. Dwie grupy liczące po 26 osób (23,6%) przyznały, że bardzo dobrze znają prawa, które przysługują pacjentowi oraz że wiedzą, iż jakieś prawa są, ale nie byłyby w stanie ich wymienić. 2 osoby (1,8%) podały, że nic nie wiedzą na temat praw przysługujących pacjentowi.

Na pytanie „czy Pana/Pani zdaniem są odrębne przepisy regulujące udostępnianie i przetwarzanie dokumentacji medycznej?” 77,3% ankietowanych odpowiedziało twierdząco. Pozostałe 22,7% (25 osób) udzieliło odpowiedzi przeczącej. Spośród tych osób z personelu, którzy odpowiedzieli twierdząco, 66 osób (60%) odpowiedziało, że organem upoważnionym do wydawania rozporządzeń jest Minister Zdrowia. Aż 27 ankietowanych odpowiedziało, że Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji jest uprawniony do wydawania stosownych rozporządzeń z zakresu dokumentacji medycznej pacjenta. Pozostałe odpowiedzi to 12 osób (10,9%) wskazujących Ministra Obrony Narodowej oraz 5 osób (4,5%) wskazujących Ministra Sprawiedliwości. 66 respondentów (60%) odpowiedziało, że odpowiedzialność za prawidłowe przechowywanie dokumentacji medycznej spoczywa na wszystkich wymienionych podmiotach, czyli lekarzu, pielęgniarkie oraz kierowniku zakładu opieki zdrowotnej. 23 ankietowanych (20,9%) obowiązkiem tym obciążyło kierownika placówki. Lekarza, jako osobę odpowiedzialną, wskazało 15 osób (13,6%). Najmniej, bo 8 osób, obowiązek ten przypisało do kompetencji pielęgniarki.

Najliczniejsze były odpowiedzi (41 osób; 37,3%), że czas przechowywania dokumentacji medycznej w archiwum to 10 lat. Pozostałe odpowiedzi były następujące: 26 osób (23,6%) twierdziło, że medyczna dokumentacja jest przechowywana 5 lat, 22 osoby (20%) uważały, że 15 lat oraz 21 osób (19,1%) było zdania, że dokumentację należy przechowywać 20 lat.

Respondentów, zapytano czy rodzaj dokumentacji medycznej na wpływ na okres jej archiwizowania. Spośród zapytanych 79 osoby (71,8%) odpowiedziały, że tak. Pozostałe 31 (28,2%) zaznaczyło odpowiedź przeczącą.

Ankietowanych zapytano, czy wraz z likwidacją zakładu opieki zdrowotnej należy również zniszczyć jego dokumentację archiwalną. Spośród zapytanych 86 osób (78,2%) odpowiedziało negatywnie, pozostałe 24 osoby zaznaczyły odpowiedź twierdzącą.

Zdecydowana większość badanych (239 osoby; 97,6%) odpowiedziało, że imię i nazwisko oraz adres

zamieszkania to dane osobowe. Pozostali ankietowani (6 osób; 2,4%) odpowiedziało, że tego typu informacje nie stanowią danych osobowych. Aż 23 osób (93,9%) twierdziło, że PESEL można zaliczyć do danych osobowych. Natomiast 15 osób (6,1%) odpowiedziało, że numeru PESEL nie można zaliczyć do danych osobowych.

Na pytanie, czy numer telefonu i miejsce pracy to dane osobowe, 174 ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, zaś 71 (29%) odpowiedziało negatywnie.

Respondenci zostali zapytani, czy ich zdaniem pacjenci mają ustawowo zagwarantowane prawa dotyczące relacji z lekarzami, przebiegu leczenia, itp. Zdecydowana większość, bo aż 154 osoby, odpowiedziało, że wiedzą, iż takie prawa istnieją; 60 osób (24,5%) odpowiedziało, że coś słyszało na ten temat, ale nic konkretnego nie potrafiło podać; 12,7% (30 osób) zadeklarowało, że nie ma żadnej wiedzy na temat odrębnych praw pacjenta.

Na pytanie o istnienie odrębnych przepisów regulujących udostępnianie i przetwarzanie dokumentacji medycznej 187 osób (76,3%) odpowiedziało, że tak; pozostałe 23,7% (58 osób) udzieliło odpowiedzi przeczącej. Spośród osób, które odpowiedziały pozytywnie na powyższe pytanie zdecydowana większość (158 osób; 64,6%) uważała, że organem legitymowanym do wydawania aktów prawnych regulujących kwestie dotyczące dokumentacji medycznej jest Minister Zdrowia; 36 ankietowanych wskazało Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, 31 ankietowanych – Ministra Obrony Narodowej, najmniej było odpowiedzi wskazujących Ministra Sprawiedliwości jako

uprawnionego do wydawania rozporządzeń regulujących postępowanie z dokumentacją medyczną.

139 (56,7%) respondentów odpowiedziało, że odpowiedzialność za prawidłowe przechowywanie dokumentacji medycznej spoczywa na takich podmiotach, jak: lekarz, pielęgniarka oraz kierownik zakładu opieki zdrowotnej; 61 ankietowanych (24,9%) obowiązkiem tym obciążyło kierownika zakładu opieki zdrowotnej; lekarza, jako osobę odpowiedzialną, wskazało 29 osób (11,8%); najmniej, bo tylko 19 osób, obowiązek ten przypisało do kompetencji pielęgniarki. Udzielając odpowiedzi na to pytanie: 79 badanych (32,2%) uważało, że czas przechowywania dokumentacji medycznej w archiwum to 10 lat; w opinii 71 osób (29%) archiwalna dokumentacja medyczna jest przechowywana przez 5 lat; podobnie wiele było wskazań, że dokumentację należy przechowywać przez okres 20 lat. Mniej liczne były wskazania do 15 lat (14,3%).

Respondentów zapytano czy wraz z likwidacją zakładu opieki zdrowotnej należy również zniszczyć dokumentację archiwalną. Spośród zapytanych 192 osoby (78,4%) odpowiedziały negatywnie; pozostałe 49 osób zaznaczyło odpowiedź twierdzącą.

## Wnioski

1. Istnieje zapotrzebowanie – zarówno wśród pacjentów jak i personelu medycznego – na edukację z zakresu ochrony danych osobowych oraz udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej.
2. Poziom wiedzy o ustawowo zagwarantowanych prawach regulujących relacje pacjenta z personelem medycznym jest niedostateczny.

## Piśmiennictwo / References

1. Strzesak E. Jak udostępniać dokumentację medyczną. *Mag Pielęgn Położ* 2002, 12: 34-35.
2. Goździewicz G, Szablowska M (red). Prawna ochrona danych osobowych na tle europejskich standardów. Dom Organizatora, Toruń 2000: 8.
3. Jackowski M. Ochrona danych medycznych. ABC, Warszawa 2002: 20.
4. Ustawa z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości. Dz.U. z 2009, nr 152, poz. 1223 z późn. zm.
5. Goździewicz G, Szablowska M (red). Prawna ochrona danych osobowych na tle europejskich standardów. Dom Organizatora, Toruń 2000: 8.
6. Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz.U. z 2002, ,r 101, poz. 926 z późn. zm.
7. Mednis E. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz. Wyd Prawnicze, Warszawa 1999: 11-12.
8. Szałowski R. Ochrona danych osobowych. Komentarz do ustawy z dnia 29.08.1997 r. Wyd Zachodnie Centrum Organizacji, Zielona Góra 2000: 27.