

Gašper ŠMID\*, Žarko ŠTRUMBL\*\*

## DOSTOPNOST IN NEDOSTOPNOST ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE\*

### Izvleček:

Avtorja sta poskušala predstaviti varstvo osebnih podatkov v zdravstveni dokumentaciji, za katero ne morejo veljati pravila, kakršna veljajo za arhivsko gradivo. Predstavila sta trenutno veljavno zakonsko podlago in problematiko v zvezi z neustavnostjo enih in drugih nekaterih določb. Predstavila sta »medicinske« deklaracije, ki se nanašajo na varstvo zdravstvenih podatkov in predstavila lastništvo osebnih zdravstvenih podatkov in vrsti zdravstvene dokumentacije z roki hranjenja.

Prav tako sta se dotaknila varovanja podatkov s področja zdravstva na osnovi obstoječe zakonodaje, kdo ima dostop do zdravstvene dokumentacije bolnikov in njen znanstveno-raziskovalni pomen za kasnejše rodove zaradi preglednosti zdravljenja v preteklosti, možnosti odkrivanja napak, ki so se zgodile pri zdravljenju ter njihova odprava. Opozorila sta na zdravstveno dokumentacijo po raznih evropskih državah in v Združenih državah Amerike, kjer nimajo enotnih rokov glede hrambe zdravstvene dokumentacije, ne načina prevzemanja v državne arhive in tudi ni enotnih smernic, ki bi na splošno urejalo tako roke hrambe, kot predaje dokumentacije arhivom.

### Ključne besede:

dostopnost zdravstvene dokumentacije, varovanje osebnih podatkov, roki hranjenja zdravstvene dokumentacije

### Abstract:

#### Accessibility and Inaccessibility of Medical Records

In the paper, the authors try to present the protection of personal data in medical records, which should be excluded from directives concerning other categories of archives in this regard. They present the current legislation and problems with decrees on the unconstitutionality. The article presents "medical" declarations, which refer to the protection of medical data, the proprietorship of personal medical information and categories of medical records with retention periods.

The authors also discuss the protection of data in the field of healthcare on the basis of the current legislation in view of who has access to patients' medical records and its scientific research value for future generations, for an overview of treatment in the past, possibilities of detecting mistakes which occurred in treatment and their prevention. The authors point out medical records in various European countries and in the United States of America, where there are no unified retention periods concerning the storage of medical records, no manner of transferring such records to state archives and also no unified guidelines generally defining retention periods or acquisitions.

### Key words:

access to medical documentation, protection of personal data, medical records retention periods

\* Mag. Gašper Šmid, Arhiv Republike Slovenije, Zvezdarska 1, 1000 Ljubljana, Slovenija, kontakt: [gasper.smid@gov.si](mailto:gasper.smid@gov.si).

\*\* Žarko Štrumbl, Arhiv Republike Slovenije, Zvezdarska 1, 1000 Ljubljana, Slovenija, kontakt: [zarko.strumbl@gov.si](mailto:zarko.strumbl@gov.si).

\* Prispevek je bil prvotno objavljen v reviji Arhivska praksa 17 (2014), str. 385.

## 1 UVOD

Osnovna zdravstvena dokumentacija vsebuje po definiciji Zakona o zbirkah podatkov v zdravstvu (2000) osnovne podatke pacienta, to so: osebno ime, datum rojstva, spol, enotna matična številka občana (EMŠO), številka zdravstvenega zavarovanja, vrste in obseg zdravstvenih zavarovanj, zakonski stan (zunajzakonska skupnost ali istospolna skupnost), izobrazba in delo, ki ga opravlja, naslov stalnega prebivališča, telefon in elektronski naslov. Sekundarni pa so podatki o zdravstvenem stanju pacienta in o poteku zdravljenja, kot so: družinska, socialna in klinična anamneza, krvna skupina, alergije in preobčutljivosti, cepljenja, nosečnost in predviden datum poroda, klinični pregled, diagnostični in terapevtski postopki, diagnoze, terapije, napotitve, razlog in vsebina zdravstvene obravnave, datum zdravstvene obravnave, datum smrti in njen vzrok, identifikacija zdravnika in drugega zdravstvenega osebja. Kot del osnovne zdravstvene dokumentacije se prištevajo naslednji dokumenti: izvidi in odpustnice, napotnice in delovni nalogi, recepti in naročilnice, diagnostično dokumentarno gradivo, zdravniška spričevala in potrdila .... Zakon predvideva, da se osnovna zdravstvena dokumentacija hrani še deset let po smrti pacienta, na katerega se nanaša, če pa datum smrti pacienta ni znan, se osnovna zdravstvena dokumentacija hrani 100 let od datuma njene vzpostavitve. Zakon tudi predvideva, da se po poteku roka zdravstvena dokumentacija anonimizira, komisijsko uniči ali pa se gradivo, za katero je pristojni arhiv določil, da ima lastnosti arhivskega gradiva, odbere iz zbirke in hrani v izvorniku, dokler se v skladu s predpisi, ki urejajo hrambo dokumentarnega in arhivskega gradiva, ne izroči pristojnemu arhivu.

## 2 PREDSTAVITEV PROBLEMATIKE

Anonimizacija je le ena izmed delne zaščite zasebnosti posameznika. Popolna zaščita podatkov je nemogoča. Osnovna ideja anonimizacije je, da se karakteristične oznake vsakega posameznika skrijejo v množici. Dokumenti z anonimizacijo postanejo nerazpoznavni v zvezi s posameznikom. Anonimnost je namenjena varstvu osebnih podatkov udeležencev in predstavlja tehniko varovanja osebnih podatkov, s katero se ščiti zasebnost udeležencev v povezavi z dokumentom. Izvaja se na različne načine: s skrajševanjem, v zvezi z opredeljevanjem nepremičnin npr. parcelne številke, pri varstvu poslovnih skrivnosti. Banalno z izpiskom stanja na našem bančnem izpisku, ko so izpisane samo običajno zadnje 3-4 številke, ostale pa na izpisku niso vidne. Pri tem je potrebno paziti, da se udeležencem v postopku ne bi povzročila nepotrebna škoda, zato naj bi bili izpuščeni ali zakriti le tisti podatki, ki lahko dokument napravijo prepoznaven, vendar dokument ne sme izgubiti svojega prvotnega pomena.

## 3 ZAKONSKA OSNOVA GLEDE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Za zdravstveno dokumentacijo, le-ta je svojevrstna zbirka občutljivih osebnih podatkov, ne morejo veljati splošna pravila, kakršna veljajo za drugo arhivsko gradivo. Ustavno sodišče Republike Slovenije je na zahtevo Varuha človekovih pravic v svojem aktu U-I-70/12 (2014) ugotovilo, da je Zakon o varstvu dokumentarnega in arhivskega gradiva ter arhivih (2006) v neskladju z Ustavo Republike Slovenije, če med gradivo uvršča tudi zdravstveno dokumentacijo. Pozvalo je Državni zbor Republike Slovenije, naj v letu dni neustavnost odpravi, do takrat pa se za to dokumentacijo omenjeni zakon ne sme uporabljati. Varuh človekovih pravic je namreč izpodbijal zakonsko določbo, ki izvajalcem zdravstvene dejavnosti kot javne službe nalaga dolžnost izročitve oziroma prenosa odbrane zdravstvene dokumentacije, ki vsebuje osebne podatke, javnemu arhivu. Presodilo je, da gre pri tem v poseg pravice bolnika do varstva osebnih podatkov

in pravice do varstva njegove zasebnosti, hkrati pa je ogrožena tudi nedotakljivost osebnega dostojanstva. Že sama hramba občutljivih osebnih podatkov, zajetih v zdravstveni dokumentaciji, pri javnem organu, prav tako pa tudi arhiviranje ter prenos gradiva iz zdravstvenega zavoda oziroma ambulante, v katerih je to nastalo, v javni arhiv z namenom omogočiti dostopnost tega gradiva javnosti pomenijo poseg v pravico posameznika do varstva osebnih podatkov (38. člen Ustave RS) in do varstva njegove zasebnosti (35. člen Ustave RS), hkrati pa ogrožajo tudi nedotakljivost osebnega dostojanstva (34. člen Ustave RS).

Posebej je Ustavno sodišče RS opozorilo na 40. člen Zakona o varstvu dokumentarnega in arhivskega gradiva. Ta določa, da morajo javnopravne osebe arhivsko gradivo izročiti arhivu najkasneje 30 let po nastanku, tudi ko gre za gradivo, ki vsebuje občutljive osebne podatke. Če pa se nanaša na gradivo psihiatričnih ustanov, ki vsebujejo podatke o psihiatričnem zdravljenju, so v neskladju z 2., 14., 34., 35. in 38. členom Ustave RS. Ustavno sodišče RS je v postopku za oceno ustavnosti, začetem z zahtevo varuhinje človekovih pravic, na svoji seji 24. maja 2012 sprejelo sklep, da se izvrševanje prvega odstavka 40. člena ZVDAGA, v kolikor se nanaša na gradiva psihiatričnih ustanov, ki vsebujejo občutljive osebne podatke o psihiatričnem zdravljenju, do končne odločitve Ustavnega sodišča zadrži.

Prav tako je Ustavno sodišče v postopku za oceno ustavnosti z zahtevo Varuha človekovih pravic že na seji 21. marca 2014 odločilo, da je Zakon o varstvu dokumentarnega in arhivskega gradiva ter arhivih v neskladju z Ustavo, če med javno arhivsko gradivo uvršča tudi gradivo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki vsebuje osebne podatke o zdravljenju in zdravstvenem stanju pacientov.

Prav tako ZVDAGA v 65. členu določa, da javno arhivsko gradivo, ki vsebuje občutljive osebne podatke, postane dostopno za uporabo 75 let po svojem nastanku ali deset let po smrti osebe, na katero se nanaša, če je datum smrti znan. Na tem mestu je Ustavno sodišče RS posebej opozorilo tudi na določbe Zakona o varstvu osebnih podatkov glede dostopnosti tovrstnih občutljivih osebnih podatkov za nazaj. Pri tem je zagovarjalo stališče, da gre za podatke o občutljivih stanjih posameznika, za katere je značilno, da so bili v zdravstveno gradivo zabeleženi v času posameznikovih duševnih stisk. Dostopnost arhivskega gradiva s tovrstnimi občutljivimi osebnimi podatki, četudi so v skladu s pravili ZVDAGA (2006) in Zakona o varstvu osebnih podatkov, v nadaljevanju ZVOP-1 (2007), lahko nepopravljivo posega v osebno dostojanstvo posameznika in v zasebno življenje posameznikov, pri čemer gre za položaje, ki jih Ustava RS varuje v 34., 35. in 38. členu. Z začasnim zadržanjem izvrševanja omenjene določbe je nastop navedenih nepopravljivih oziroma težko popravljivih posledic mogoče preprečiti.

Poraja se retorično vprašanje, zakaj se je Ustavno sodišče RS odločilo za tak korak pri zdravstveni dokumentaciji. V zdravstveni dokumentaciji zbrani podatki po eni strani razkrivajo informacije iz zasebnega življenja pacienta, ki so varovane v okviru nedotakljivosti človekove zasebnosti (35. čl. Ustave RS), še preden so postale zabeleženi podatek in s tem del zdravstvenega gradiva; po drugi strani pa imamo njihovo razkrivanje stigme, ki je povezana z določenimi boleznimi ali stanji v družbi in ogroža osebno dostojanstvo pacienta, njegovih bližnjih ali celo njegovih potomcev. V tem primeru je toliko bolj poudarjena potreba po varstvu tovrstnih podatkov, zabeleženih v zdravstveni dokumentaciji, in je svojevrstna zbirka občutljivih osebnih podatkov. Poudariti je treba, da ne zadoščajo le ustrezno stroga predvidena pravna jamstva varstva zasebnosti pacientov, še posebej, ko gre za tako občutljive osebne podatke. Dosledno spoštovanje zdravniške molčečnosti je tako nepogrešljiv del uresničevanja pravice pacienta do varstva njegovih osebnih podatkov, zbranih v

dokumentaciji. Že sama hramba podatkov, zajetih v zdravstveni dokumentaciji, kot tudi arhiviranje ter prenos iz zdravstvenega zavoda v javni arhiv z namenom omogočiti dostopnost tega gradiva javnosti, pomeni po presoji sodišča poseg v pravico pacienta do varstva osebnih podatkov (38. čl. Ustave RS).

#### 4 DOSEDANJE UREJANJE VARSTVA ZDRAVSTVENIH PODATKOV V REPUBLIKI SLOVENIJI

V Republiki Sloveniji trenutno ni posebnega zakona, ki bi urejal varstvo zdravstvenih podatkov. V ta namen se uporablja Zakon o varstvu osebnih podatkov (2007), varstvo zdravstvenih podatkov pa je urejeno v področnih zakonih, ki pa si nasprotujejo pri zahtevi po zdravniški molčečnosti in s tem tajnosti podatkov. Po ZVOP-1 je osebni podatek katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na obliko, v kateri je izražen. Posameznik je določena ali določljiva fizična oseba, na katero se nanaša osebni podatek, fizična oseba je določljiva, če se jo lahko neposredno ali posredno identificira, predvsem s sklicevanjem na identifikacijsko številko ali na enega ali več dejavnikov, ki so značilni za njeno fizično, fiziološko, duševno, ekonomsko, kulturno ali družbeno identiteto, pri čemer način identifikacije ne povzroča velikih stroškov, nesorazmerno velikega napora ali ne zahteva veliko časa. Pomembna je tudi obdelava osebnih podatkov, ta pomeni kakršnokoli delovanje ali niz delovanj, ki se izvajajo v zvezi z osebnimi podatki, ki so avtomatizirano obdelani ali so pri ročni obdelavi del zbirke osebnih podatkov ali so namenjeni vključitvi v zbirko osebnih podatkov, zlasti zbiranje, pridobivanje, vpis, urejanje, shranjevanje, prilagajanje ali spreminjanje, vpogled, uporaba, razkritje s prenosom, sporočanje, širjenje ali drugo dajanje na razpolago, razvrstitev ali povezovanje, blokiranje, anonimiziranje, izbris ali uničenje. Obdelava podatkov je lahko ročna ali avtomatizirana. V 19. točki 6. člena ZVOP-1 so obravnavani občutljivi osebni podatki o rasnem, narodnem ali narodnostnem poreklu, političnem, verskem ali filozofskem prepričanju, članstvu v sindikatu, zdravstvenem stanju, spolnem življenju, vpisu ali izbrisu v ali iz kazenske evidence ali evidenc, ki se vodijo na podlagi zakona, ki ureja prekrške (v nadaljnjem besedilu: prekrškovne evidence); občutljivi osebni podatki so tudi biometrične značilnosti, če je z njihovo uporabo mogoče določiti posameznika v zvezi s kakšno od prej navedenih okoliščin.

Glede varstva podatkov v zdravstvu je bilo izdanih že več deklaracij in listin. Najbolj znane so:

Hipokratova prisega je temelj vsem današnjim listinam, namenjenim zdravstvenemu osebju. Nastala je med letoma 460 in 377 pred našim štetjem. 9. čl. Hipokratove prisega pravi: »Da bom molčal o vsem, kar bom pri izvrševanju prakse ali tudi izven nje videl ali slišal o življenju in vedenju ljudi in česar ne gre obešati na veliki zvon, ker sem mnenja, je take reči treba ohraniti zase kot (poklicno) skrivnost« (Milčinski, 1982, str. 267). Toda absolutna tajnost, ki jo zahteva Hipokratova prisega, je možna samo v stiku med dvema osebama, med bolnikom in zdravnikom, brez kakršnih koli prič. To pa ni več primerljivo z današnjim časom, ko se je zdravljenje preselilo v zdravstvene ustanove, kjer se v postopku hranjenja podatkov pojavlja vedno več oseb. Namesto ene zaupne osebe se pojavlja vedno več oseb, ki imajo vpogled v dokumentacijo.

Omenila bi še Ženevsko zdravniško prisego, slednja je bila sprejeta leta 1948 in dopolnjena leta 1968 in ima zgodovinsko inspiracijo prav v Hipokratovi prisegi. Je pravzaprav temeljni dokument Svetovnega zdravniškega združenja in neke vrste posodobitev tradicij Hipokratove prisega oziroma humanističnih etičnih nazorov za

opravljanje zdravnikovega poklica. Znan je tudi pod imenom Svečana zaprisega, nekatere medicinske fakultete jo uporabljajo za svečano zaprisego svojih diplomantov ob podelitvi diplome. Po Antonu Dolencu pomeni: »Svečana zaobljuba začetek prizadevanj Svetovnega zdravniškega združenja, da bi postavilo vest in zavest svetovnega zdravništva na sodobno raven, obenem pa da ne bi razvrednotilo s preveliko radikalnostjo tradicionalnih temeljev zdravniške etike in morale ...« (Dolenc, 1993, str. 44). Ta prisega med drugim govori o spoštovanju skrivnosti in varovanju skrivnosti tudi po bolnikovi smrti. »Spoštoval bom skrivnost tistega, ki se mi bo zaupal; to skrivnost bom varoval tudi po bolnikovi smrti« (Milčinski, 1982, str. 271).

Leta 1949 je bil sprejet tudi Mednarodni kodeks zdravniške etike, kasneje je bil še dopolnjen v Sydneyju leta 1968, v Benetkah leta 1983 in Hongkongu leta 1990. Sestavljajo ga trije deli, in sicer del o splošnih dolžnostih zdravnika, del o dolžnostih zdravnika in tudi del, kjer je zapisano: »Zdravnik naj ohrani popolno molčečnost o vsem, kar ve o svojem bolniku, tudi po njegovi smrti« (Dolenc, 1993, str. 46).

Lastnik osebnih zdravstvenih podatkov ni bolnik, ampak je lastnik zdravstvena ustanova oziroma lečeči zdravnik. Glede urejanja varovanja zdravstvenih podatkov nimamo v Sloveniji posebnega zakona, ampak se tu uporablja Zakon o varstvu osebnih podatkov (2007), le-ta podatke o zdravstvenem stanju uvršča med občutljive osebne podatke. Tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000) navaja, da se za zbiranje, obdelavo in posedovanje osebnih podatkov, vsebovanih v zbirkah podatkov iz tega zakona, uporabljajo določbe zakona o varstvu osebnih podatkov, če v Zakonu o varstvu osebnih podatkov za posamezne primere ni drugače določeno (2. čl.). Upravljavca osebnih podatkov mora za vsako zbirko vzpostaviti katalog zbirke osebnih podatkov in te podatke posredovati Državnemu nadzornemu organu za varstvo osebnih podatkov, ki opravlja tudi institucionalno varstvo. Institucionalno varstvo opravlja še Varuh človekovih pravic in Urad informacijskega pooblaščenca, slednji je pristojen za nadzor nad izvajanjem zakona in drugih predpisov, ki urejajo varstvo ali obdelavo osebnih podatkov oziroma iznos osebnih podatkov iz Republike Slovenije.

In zopet se poraja vprašanje, kakšno je zdravniško stališče. Njihovo stališče je, da ima pravico vpogleda v zdravstvene podatke samo bolnik in tisti, ki ga bolnik pooblasti. Poklicna skrivnost pa zavezuje uslužbence zdravstvenih ustanov, ne smejo je kršiti niti državni organi (Dolenc, 1997, str. 47). Prav tako je po njihovem nesprejemljivo, da ima pravico vpogleda v medicinsko dokumentacijo informacijski pooblaščenec, saj mu tudi evropska direktiva ne daje pravice do samodejnega vpogleda v medicinsko dokumentacijo.

## 5 ZVRSTI ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE Z ROKI HRANJENJA

Zakon o zbirkah s področja zdravstvenega varstva (2000) določa roke hranjenja posameznih podatkov. Tako je v Prilogi zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva določeno, da se hranijo naslednji osebni podatki:

- osnovna medicinska dokumentacija - zobozdravstveni karton trajno, zdravstveni karton in popis bolezni 10 let po smrti bolnika, ostala medicinska dokumentacija 15 let;
- evidenca osnovnega zdravstvenega varstva - 5 let po smrti bolnika;
- evidenca preventivnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine - 5 let po smrti bolnika;

- evidenca preventivnega zdravstvenega varstva delavcev, udeležencev v prometu in športnikov - 15 let;
- evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov - 15 let;
- evidenca o zdravstvenih razlogih za podaljšanje porodniškega dopusta in dopusta za nego in varstvo otroka - 15 let;
- evidenca poškodb pri delu - 5 let;
- evidenca patronažne zdravstvene nege - 15 let;
- evidenca zdravstvene nege - 15 let;
- evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialističnih ambulantnih dejavnostih - 15 let;
- evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici - 15 let;
- register prejemnikov delov človeškega telesa - trajno;
- evidenca poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici - 15 let;
- register hudo poškodovanih bolnikov - 10 let;
- evidenca zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici - 15 let;
- register o zastrupitvah in drugih učinkih kemikalij - trajno;
- evidenca obravnave uživalcev drog - 15 let;
- evidenca o ambulantni in bolnišnični medicini in rehabilitaciji bolnikov - 15 let;
- evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov - trajno;
- perinatalni informacijski sistem - trajno (kazalniki, ki prikazujejo živorojene in umrle na 1000 prebivalcev, stopnjo rodnosti, naravni prirast itd.);
- register žensk uporabnic materničnih vložkov s komplikacijami ob uporabi materničnega vložka (IUV) - trajno;
- fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti - trajno;
- register prirojenih anomalij - trajno;
- evidenca sterilizacije in umetne osemenitve - 15 let;
- register oploditev z biomedicinsko pomočjo - trajno;
- evidenca krvodajalcev - do 65. leta starosti krvodajalca;
- evidenca potreb bolnikov po krvi - 5 let po smrti bolnika;
- register raka - trajno;
- register organiziranega odkrivanja materničnega vratu - trajno;
- register žilnokirurških bolnikov - 5 let po smrti bolnika;
- register bolnikov s sladkorno boleznijo in vrojenimi presnovnimi motnjami - trajno;
- register TBC-bolnikov - trajno;
- register hospitaliziranih psihiatričnih bolnikov - 5 let po smrti bolnika;
- register samomorov in samomorilskih poskusov - trajno;
- register bolnika, ki prejema kisik in umetno ventilacijo na domu - trajno;
- register hemofilikov - trajno;
- register rizičnih otrok - trajno;

- register cerebrovaskularnih bolnikov - trajno;
- register ekstrapiramidnih bolnikov - 10 let;
- register oseb odvisnih od alkohola - 10 let;
- register družinske polipoze (dedna družinska oblika raka črevesja) - trajno;
- register oseb s cerebralno paralizo - trajno;
- register bolnikov s kronično vnetno boleznijo črevesa - trajno;
- evidenca zdravstvenega stanja vojaških obveznikov med trajanjem vojaške dolžnosti - 10 let;
- register slepih in slabovidnih oseb v Republiki Sloveniji - trajno;
- register poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom - trajno;
- register bolnikov srca in ožilja - 30 let;
- register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni - trajno;
- zdravniško poročilo o umrli osebi - trajno;
- register dednega nepolipoznega koloktalnega karcinoma - trajno;
- evidenca nalezljivih bolezni - trajno;
- register obveznikov za cepljenje in izvajanja cepljenja - trajno;
- evidenca varstva prebivalcev pred steklino - trajno;
- register stranskih pojavov po cepljenju - trajno;
- evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa - trajno;
- evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni (SPB) - trajno;
- evidenca o delu zobne ordinacije - trajno;
- evidenca o rezultatih preventivnih pregledov zob in ustne votline - 15 let;
- evidenca o delu specialistične ambulantne službe - 15 let;
- evidenca o delu ambulantne in bolnišnične fizikalne medicine in rehabilitacije - 15 let;
- evidenca bolnišnične dejavnosti - 15 let;
- evidenca dela kliničnih-biokemijskih laboratorijev - 15 let;
- evidenca o delu reševalne službe - 15 let;
- evidenca zdravstvenega varstva psihosocialno motenih otrok in mladoletnikov - 15 let;
- evidenca zdravil na tržišču - trajno;
- evidenca porabe zdravil izdanih na recept - 15 let;
- evidenca porabe zdravil, izdanih brez zdravniškega recepta, na naročilnico - 15 let;
- evidenca porabe zdravil v bolnišnicah - 15 let;
- evidenca o delu lekarn - 15 let;
- evidenca število dijakov in študentov na srednjih, višjih in visokih šolah ter fakultetah zdravstvene in farmacevtske smeri - trajno;
- evidenca o delu javnozdravstvenih laboratorijev (medicinska mikrobiologija, sanitetna mikrobiologija, sanitarna kemija, medicinska citogenetika) - 15 let;

- evidenca zdravstvene ustreznosti živil in predmetov splošne rabe - 15 let;
- evidenca preskrbe prebivalstva s pitno vodo - 15 let;
- evidenca higienske ustreznosti vode - 15 let;
- evidenca kopalnih voda - 15 let;
- register o odstranjevanju odpadkov iz zdravstvenih zavodov - 15 let;
- evidenca onesnaženosti zraka in vpliva na zdravstveno stanje prebivalcev - 15 let.

## 6 VAROVANJE PODATKOV S PODROČJA ZDRAVSTVA

Zakon o varstvu osebnih podatkov (2007) v 25. čl. določa, da so upravljavci osebnih podatkov in pogodbeni obdelovalci dolžni zagotoviti zavarovanje osebnih podatkov na način iz 24. člena, ta pa določa varovanje prostorov, opreme in systemske programske opreme, vključno z vhodno-izhodnimi enotami, da se preprečuje nepooblaščen dostop do osebnih podatkov pri njihovem prenosu, vključno s prenosom po telekomunikacijskih sredstvih in omrežjih, da se zagotavlja učinkovit način blokiranja, uničenja, izbrisa ali anonimiziranja osebnih podatkov. Omenjeni člen prav tako določa, da so osebe, ki obdelujejo omenjene podatke, dolžne varovati tajnost osebnih podatkov, s katerimi se seznanijo pri opravljanju svojih funkcij in nalog. Upravljavci teh podatkov v svojih aktih predpišejo postopke in ukrepe za zavarovanje osebnih podatkov ter določijo osebe, ki so odgovorne za določene zbirke podatkov, in osebe, ki lahko zaradi narave njihovega dela obdelujejo določene podatke.

Postavlja pa se vprašanje, koliko ljudi naj ima dostop do zdravstvene dokumentacije bolnikov. Iz dosedanje prakse lahko trdimo, da ima dostop do zdravstvene dokumentacije veliko zdravstvenega osebja od zdravnika, medicinskih sester do dokumentalista zaradi hitrejšega ukrepanja v primeru nujne zdravniške pomoči. Še vedno obstaja papirna dokumentacija, ki so jo ponekod po določenih rokih hrambe posneli na mikrofilm, drugje pa jo imajo že v elektronski obliki. Zdravstvena dokumentacija je pomembna tudi za kasnejše rodove, in sicer zaradi preglednosti zdravljenja v preteklosti, možnosti odkrivanja napak, ki so se zgodile. Prav tako je zdravstvena dokumentacija potrebna tudi v različnih zadevah: na sodiščih oz. pri zavarovalnicah v primeru odškodnine, nezgodnega zavarovanja, reševanju zapuščinskih zadev. Zdravstvena dokumentacija slej ko prej pride tudi v ustrezni državni arhiv, odvisno od pristojnosti, kjer pa se hrani trajno. V ta namen so bili tudi napravljeni klasifikacijski načrti, ki ustrezno določajo roke hrambe na podlagi zakona.

O obdelavi osebnih podatkov umrlih posameznikov je odločalo tudi Vrhovno sodišče, slednje je v svoji sodbi št. I Up 517/2000 zapisalo, da »... je sama pravica do varstva osebnih podatkov (38. člen Ustave RS), posebej urejena v Zakonu o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 59/99) in je tako, kot druge osebnostne pravice, strogo vezana na samo osebnost in zato s smrtjo nosilca sicer ugasne. Sodno varstvo osebnih podatkov, ki se glede na določbo 20. člena ZVOP uveljavlja v upravnem sporu, se nanaša tudi na pravico do vpogleda v zbirko osebnih podatkov, kot eno izmed številnih pravic, urejenih v 17. in 18. členu ZVOP. Vendar pa ima umrli še v času, ko je živ, interes, da bo kot osebnost tudi še po svoji smrti užival določeno varstvo. Zato pravo priznava pravico do pietete, spoštovanja in lepega spomina na umrlega. Po smrti nosilca osebnostnih pravic se torej določene njegove osebne dobrine varujejo kot osebne dobrine ožjih svojcev, to je na podlagi njim pripadajoče osebnostne pravice. To velja tudi osebne podatke.« (Vrhovno sodišče, 2000).



Seznanitev z osebnimi podatki, ki jih vsebuje zdravstvena dokumentacija umrlih pacientov, je v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008) urejena drugače kot v ZVOP-1. V 42. členu Zakona o pacientovih pravicah so predvideni štiri možni načini seznanitev z zdravstveno dokumentacijo umrlih pacientov: osebe, za katere je pacient za časa svojega življenja dal pisno privolitev za osebe, ki so za to pooblaščenice (zavarovalnice, policija), pacientov najbližji sorodnik, partner, otroci in druge osebe, ki pokažejo pravni interes z ustreznim dokumentom.

## 7 ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA PO RAZNIH DRŽAVAH

Evropska unija nima enotnih rokov glede hrambe zdravstvene dokumentacije, prav tako ne načina prevzemanja v državne arhive (povzeto po Korošec, 2008, str. 61-68).

**Avstrija** - tu je določeno, da se hranijo osebni podatki v neanominizirani obliki, brez določitve roka uničenja. Drugo prepuščajo arhivom. Posebej je opredeljena zdravstvena dokumentacija, ki je drugačna za zdravnike (10 let po smrti) kot za bolnice (30 let po zaključku obravnave pacienta).

**Belgija** - 20 let za hranjenje zdravstvene dokumentacije. Ta rok velja za bolnišnice in splošno za zdravnike, a za slednje velja absolutno.

**Ciper** - tu prepuščajo odločitve o hranjenju vsakemu subjektu posebej, saj Zakon o javni dokumentaciji določa, da vsak upravljavec podatkov sam sprejme odločitve, kdaj podatki niso več potrebni, in jih zaradi tega lahko uniči.

**Češka** - tu je rok hrambe zdravstvene dokumentacije 5 let po smrti, za psihiatrične bolnike pa 10 let.

**Danska** - določa se 10 let hrambe po zadnjem zapisu.

**Francija** - določeno je 20 let hrambe od zadnjega zapisa, za mladoletnike 20 let po polnoletnosti, po smrti pa 10 let.

**Irska** - določa s smernicami 20 let po zadnjem vpisu in 8 let po smrti, ostala zdravstvena dokumentacija pa se hrani 2 do 30 let.

**Islandija** - določeno je, da se po 30 letih preda gradivo državnemu arhivu.

**Italija** - predpisuje posebne zdravstvene arhive, bolnice hranijo 40 let in potem predajo v drug arhiv.

**Latvija** - določa od 1 leta do 75 let v bolnišnicah in 75 let po zadnjem zapisu pri družinskih zdravnikih.

**Litva** - določa za zdravljenje v bolnicah 25 let.

**Nemčija** - ima določene roke hrambe in po teh se mora celotna zdravstvena dokumentacija uničiti ali anonimizirati. Za zasebne zdravnike je določeno 10 let, za bolnice pa 30 let po končanem zdravljenju.

**Norveška** - roke določajo tu arhivski zakoni. V državnih bolnicah se hrani dokumentacija 10 let po zadnjem vpisu.

**Združene države Amerike** - določajo 7-letni rok od zadnjega vpisa ali 3 leta po smrti.

## 8 SKLEPNE MISLI GLEDE VARSTVA ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE IN NJENE ANONIMIZACIJE

ZVOP-1 (2004) ima tudi opredelitev o anonimizaciji v 6. čl., 18. točki, in pravi: »Anonimiziranje - je takšna sprememba oblike osebnih podatkov, da jih ni več mogoče povezati s posameznikom, ali je to mogoče le z nesorazmerno velikimi napori, stroški ali porabo časa«.

Osnovni namen anonimizacije v zdravstveni dokumentaciji je zameglitev karakterističnih podatkov o pacientu s tem, da se identiteta vsakega posameznika skriva v množici. Zato naj bi tudi novela slovenskega arhivskega zakona predvidela, da se, kadar posamezni dokumenti vsebujejo podatke, ki jih varujejo roki nedostopnosti, poleg njih pa tudi varovane osebne podatke, do katerih bi bilo mogoče dostopati, za dostop pripravi anonimizirana kopija dokumenta, na kateri so podatki, ki jih varujejo roki nedostopnosti, prekriti tako, da neposreden ali posreden vpogled ni omogočen. V tem primeru se uporabnost takega anonimiziranega dokumenta za različne raziskave zmanjša, saj lahko zamegli kompleksnost nekega dogodka.

## VIRI IN LITERATURA

- Korošec, T. (2008). *Varovanje zdravstvenih podatkov v Sloveniji, diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Dolenc, A. (1993). *Medicinska etika in deontologija. Dokumenti s komentarjem*. Ljubljana: Tangram.
- Milčinski, J. (1982). *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum.
- Parlament Republike Slovenije, EVA 2008-2711-0138.
- Vrhovno sodišče, Sodba št. I Up 517/2000.
- Zakon o informacijskem pooblaščenju. (2005). Uradni list RS, št. 113. Spremembe: Uradni list RS, št. 51/2007-ZUstS-A, 14/2010- Odl.Us: U-I-303/08-9.
- Zakon o pacientovih pravicah. (2008). Uradni list RS, št. 15.
- Zakon o varstvu dokumentarnega in arhivskega gradiva ter arhivih. (2006). Uradni list RS, št. 30.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov. (2004, 2007). Uradni list. RS, št. 86/2004 in 94/2007.
- Zakon o varuhu človekovih pravic - ZvarCP, Uradni list RS, št. 71/1993, popravek 15/1994, spremembe: Uradni list RS, št. 56/2002-ZJU in 109/2012.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva ZZPPZ, Uradni list RS, št. 65/2000.
- Žumer, V. (2013). Klasifikacijski načrti za razvrščanje dokumentacije z roki hranjenja v Sloveniji. V: N. Gostenčnik (ur.). *Tehnični in vsebinski problemi klasičnega in elektronskega arhiviranja [Elektronski vir] : arhivi in ustvarjalci gradiva : stanje in perspektive : zbornik mednarodne konference, Radenci, 10. - 12. april 2013*, URL: <http://www.pokarh-mb.si/si/s/36/zbornik-mednarodne-konference-2013.html>.

## SUMMARY

*Gašper ŠMID\**, *Žarko ŠTRUMBL\*\**

### ACCESSIBILITY AND INACCESSIBILITY OF MEDICAL RECORDS

Anonymization of medical records is only one of (mostly partial) solutions for the protection of an individual in the time of his life. A complete protection of all patient's data is impossible. Anonymization of medical records would not be necessary in the view of the Hippocratic Oath, where only two people know the diagnosis: the treating doctor and his superior. Even if records were managed only in an anonymized form, without the patient's name and on the basis of various identifiers, the patient's identity would indirectly be revealed eventually.

The purpose of anonymization in healthcare is not to protect the medical staff, which is under oath already; it protects patients and their "problematic information" about their health respectively. Use of medical information for medical research purposes will never be disputable, since it strives for new, better manners of treatment and rehabilitation. The process of anonymization is fully expressed in cases of processing medical data for populist and publicist purposes, even with an intention of discrediting certain individuals.

In short, anonymization of medical records would not be needed, if the records were processed only for medical purposes. However, with the inclusion of other researches, the main characters, patients and their intimacy, must be protected. The same rules that apply to other archival holdings cannot be valid for medical records. The human rights ombudsman ruled that the transfer of medical records to public archives presents an encroachment upon the patients' right to personal data protection and the right to privacy protection and at the same time jeopardizes the untouchability of human dignity. Storage of sensitive personal information at a public administration body itself is a violation of the individual's right to the personal data and privacy protection as seen by the Slovene constitution. The Slovenian constitutional court ruled that storage of data in medical records alone and their transfer to the public archives with the intention of public use is an encroachment upon the patients' rights.

Several laws regulate the protection of medical data, numerous declarations and acts have been issued in the past, among them the Hippocrates Oath which originates from between years 460 and 377, the Declaration of Geneva from 1945, the International Code of Medical Ethics from 1949, supplemented in 1968 in Sydney, 1983 in Venice and in 1990 in Hong Kong. The most important axiom in the last code of medical ethics is: "A doctor shall preserve absolute secrecy on all he knows about the patient, even after the patient's death."

The owner of the personal medical data is not the patient, but the medical institution or the treating doctor with the right to access medical records. By the European directive, not even the information commissioner is permitted to an independent examination of medical records. The Slovene legislation prescribes four

---

\* *Gašper Šmid*, M. Phil., Archives of the Republic of Slovenia, Zvezdarska 1, 1000 Ljubljana, Slovenia, contact: [gasper.smid@gov.si](mailto:gasper.smid@gov.si).

\*\* *Žarko Štrumbel*, Archives of the Republic of Slovenia, Zvezdarska 1, 1000 Ljubljana, Slovenia, contact: [zarko.strumbl@gov.si](mailto:zarko.strumbl@gov.si).

categories of persons for accessing medical records of patients deceased: a person with a written consent of the person in question, an authorized person (insurance company, police ...), patient's close relative or his descendants.

The Healthcare Databases Act also defines retention periods for individual personal data from one to fifteen years and for certain data it demands permanent storage. However, it does not prescribe unified retention periods about storage of medical records and their transfer to the state archives.