

Aleksandra Klich

Uniwersytet Szczeciński, Mazurkiewicz Cieszyński Mazuro i Wspólnicy sp. p.
E-mail: aleksandra.klich@gmail.com

Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej

Kod JEL: K32

Słowa kluczowe: prawo medyczne, dokumentacja medyczna, elektroniczna dokumentacja medyczna, ochrona danych medycznych

Streszczenie. W aktualnie obowiązującym porządku prawnym polski ustawodawca dopuszcza tworzenie dokumentacji medycznej w dwóch postaciach – tradycyjnej papierowej i elektronicznej. Zgodnie z założeniem legislatora po 31 grudnia 2017 roku w publicznym systemie opieki zdrowotnej forma elektroniczna ma stać się jedyną akceptowalną formą prowadzenia dokumentacji medycznej. Z tego względu celem niniejszego artykułu jest zwrócenie szczególnej uwagi na praktyczne aspekty związane z tworzeniem, prowadzeniem i udostępnianiem EDM, co nierozdzielnie związane jest z bezpieczeństwem danych medycznych.

Wprowadzenie

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do dokumentacji medycznej. Adresatami obowiązku jej sporządzania są tzw. specjaliści medyczni, biorący udział w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Znaczenie dokumentacji medycznej jest ogromne, zarówno na etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jak i na etapie dochodzenia roszczeń przed organami wymiaru sprawiedliwości. Bezsporne jest to, że dane i informacje uzyskane z dokumentacji medycznej mogą być efektywnie wykorzystywane jedynie wtedy, gdy będzie ona starannie sporządzana, właściwie kompletowana i gromadzona (Szymczyk, Horoch, 2013). Z tego względu akcentuje się w sposób szczególny konieczność prawidłowego jej sporządzania, zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami prawnymi.

Postępujący rozwój nowoczesnych rozwiązań technologicznych, stopniowo przyczynia się do systematycznego ich wdrażania i wykorzystywania w codziennym funkcyj-

nowaniu podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Dostrzegalny w tym zakresie dynamizm bezspornie świadczy o zmianach zachodzących w dostosowywaniu uregulowań prawnych do nowoczesnych technologii, współcześnie determinujących coraz większy obszar codziennego funkcjonowania społeczeństwa, także w obrocie prawnym (Klich, 2016). Jednym z najważniejszych procesów w omawianym zakresie jest informatyzacja szeroko pojmowanego systemu ochrony zdrowia. Pojęcie „informatyzacji” nie zostało prawnie zdefiniowane, co prowokuje do utożsamiania go z m.in. z projektowaniem, wdrażaniem, eksploatacją, integracją, rozwojem i udostępnianiem systemów teleinformatycznych wykorzystywanych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Postępująca informatyzacja stanowi zatem kolejny etap wykorzystywania nowoczesnych narzędzi technologicznych, którego początku upatrywać należy w komputeryzacji pojmowanej w literaturze (Gołaczyński, Kotecka, 2011; Kotecka, 2010) jako zwykle wykorzystywanie komputerów w codziennej pracy – w tym wypadku – podmiotów leczniczych. Od 1 stycznia 2016 roku w życie weszło Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Rozporządzenie, 2015), na mocy którego do 31 grudnia 2017 roku możliwe jest tworzenie dokumentacji medycznej w postaci tradycyjnej i elektronicznej, która po tym czasie będzie jedyną dopuszczalną formą przewidzianą przez ustawodawcę¹.

Należy podkreślić, że zwiększona dostępność informacji na temat zdrowia w formie elektronicznej ma strategiczne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia i związana jest z poprawą jakości i obniżeniem kosztów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu wzmoczonych działań związanych z ochroną danych medycznych i zagwarantowaniem prywatności uczestnikom opieki zdrowotnej. Obecny poziom rozwoju technologicznego sprzyja uznaniu, że elektroniczna dokumentacja medyczna stanowi większą gwarancję zapewnienia bezpieczeństwa ochrony danych medycznych niż tradycyjnie prowadzona dokumentacja, tj. w formie papierowej. Z pewnością bezpieczeństwo i ochrona danych medycznych jest niezbędna z uwagi na poważne szkody natury zarówno ekonomicznej, psychologicznej, jak i społecznej, które mogą zostać wyrządzone przez nieuprawnione ich ujawnienie (Barrows, Clayton, 1996). Polski ustawodawca dopuszcza możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, co stanowi aktualnie alternatywę dla dokumentacji prowadzonej w tradycyjnej, papierowej formie, zaś po 31 grudnia 2017 roku będzie wyłącznie dopuszczalną formą.

¹ Mimo że termin 31.12.2017 r. jest terminem wiążącym, należy mieć na uwadze możliwość jego przedłużenia przez ustawodawcę. Na prawdopodobieństwo takie wskazuje dotychczasowa praktyka legislacyjna w zakresie zmiany omawianego terminu. Zgodnie z pierwotnym założeniem, dokumentacja medyczna wytworzona po 31.07.2014 r. miała być prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej (Ustawa, 2011). Wprowadzono przepis, zgodnie z którym do 31.07.2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej (Ustawa, 2014), zaś w aktualnie obowiązującym stanie prawnym termin ten został wydłużony do 31.12.2017 r. (Ustawa, 2015).

1. Zakres przedmiotowy, rodzaje i forma dokumentacji medycznej

Prawo do dokumentacji medycznej zagwarantowane jest zarówno na poziomie konstytucyjnym, jak i ustawowym. Jak wskazano, stanowi ono jedno z podstawowych praw pacjenta, ściśle powiązanych z prawem do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach leczenia czy rokowaniu, a także o pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie. Jedną z form realizacji tego prawa, obok obowiązku informacyjnego profesjonalisty medycznego względem pacjenta, jest rzetelne sporządzanie dokumentacji medycznej (Klich, 2014). Zakres przedmiotowy dokumentacji medycznej został określony w sposób ogólny przez ustawodawcę, bowiem powinny się w niej znaleźć co najmniej: oznaczenie pacjenta, podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem daty sporządzenia (Ustawa, 2008, art. 25). Zgodnie ze stanowiskiem judykatury, są to minimalne elementy treściowe dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmiot prowadzący działalność leczniczą (Wyrok SA w Szczecinie, 2012). Legislator zdefiniował pojęcie dokumentacji medycznej w sposób ogólny, świadczący o tym, że ma on charakter otwarty. Z tego względu stwierdzić należy, że dokumentacją medyczną są dane i informacje o stanie zdrowia pacjenta, jak również o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych (Kurowska, 2016). Dane zawarte w dokumentacji medycznej nie odnoszą się zatem wyłącznie do informacji umożliwiających identyfikację tożsamości pacjenta, ale dotyczą także stanu jego zdrowia, podejmowanych czynności leczniczych czy też proponowanych i wdrożonych metodach diagnostyczno-terapeutycznych.

Niezbędne jest wyróżnienie dwóch podstawowych rodzajów dokumentacji medycznej – dokumentacji indywidualnej i zbiorczej (Rozporządzenie, 2015, § 2). Pierwsza z nich dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zaś druga (tj. zbiorcza) – odnosi się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Z punktu widzenia niniejszego artykułu fundamentalne znaczenie mają kwestie odnoszące się wprost do indywidualnej dokumentacji medycznej, bowiem są to zarówno informacje przeznaczone dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (tzw. indywidualna dokumentacja wewnętrzna), jak i informacje przeznaczone na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot (tzw. indywidualna dokumentacja zewnętrzna). Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarstwie i karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego czy też karta uodpornienia. Z kolei dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, karta przebiegu ciąży, książeczka zdrowia dziecka, karta informacyjna z leczenia szpitalnego czy też pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowe-

go i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, książeczka szczepień, a także zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska (Rozporządzenie, 2015, § 2, pkt. 3–4). W przypadku wydania dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, niezbędne jest dokonanie odpowiedniego wpisu w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej o jej wydaniu. Zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia (2015), dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej, jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Zgodnie z przywołaną już ogólną zasadą, na mocy obowiązujących przepisów dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej (Rozporządzenie, 2015, § 1). Elektroniczną dokumentacją medyczną jest zatem: 1) dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 Ustawy (2004), apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym; 2) wytworzona w postaci elektronicznej dokumentacja medyczna indywidualna, z wyłączeniem skierowań, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 30 Ustawy 2008 (Ustawa, 2011, art. 2, pkt 6).

2. Znaczenie EDM i systemu informacji medycznej

Analizując dotychczasowe zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia, dostrzegalna jest tendencja określania ram prawnych dla zastosowania technik informatycznych do rejestrowania i przechowywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu leczenia. Jak zauważa Kamiński, samo ustalenie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej było unormowaniem długo oczekiwany przez osoby zarządzające podmiotami, udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej. Związane to było przede wszystkim z dążeniem do uzyskania możliwości archiwizowania na nośnikach informatycznych ogromnej liczby dokumentów medycznych przechowywanych w formie papierowych wydruków (Kamiński, 2008). Z tego też względu ustawodawca dopuścił możliwość tworzenia, przechowywania i przetwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Zgodnie z aktualnym założeniem, po 1 stycznia 2018 roku podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych będą mogły prowadzić dokumentację medyczną wyłącznie w postaci elektronicznej, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia realizacji koncepcji e-zdrowia w polskim systemie opieki zdrowotnej. Ten sposób prowadzenia dokumentacji medycznej skutkować będzie z pewnością znacznie szybszym i sprawniejszym dostępem do informacji gwarantowanym zarówno profesjonalistom medycznym (tj. szeroko pojmowanym pracownikom ochrony zdrowia), jak i pacjentom. Należy zgodzić się z Kwiatkowską, która podnosi, że wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej wiązać się będzie z jednokrotnym zbieraniem informacji o pacjencie, przy jednoczesnej możliwości zwielokrotnienia możliwości dostępu do nich. Ma to istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia szybkości w dostępie do in-

formacji o stanie zdrowia pacjenta i procesie diagnostyczno-terapeutycznym, ale jest to korzystne także z punktu widzenia rachunku ekonomicznego i bezpieczeństwa pacjenta (Kwiatkowska, 2016). Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej z pewnością przyczyni się do ogólnej poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych. Wyłączy to także konieczność powielania przeprowadzania i dokonywania niektórych czynności medycznych, które są aktualne, mimo upływu czasu od ich pierwotnego wykonania (dot. to np. pewnej kategorii badań, których wyniki nie dezaktualizują się). Wyeliminuje to także brak możliwości porównania przeprowadzonych badań i ich wyników w przeszłości z aktualnie wykonanymi.

Warunkiem *sine qua non* korzystania z tego uprawnienia (tj. prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej) przez podmioty prowadzące działalność leczniczą jest funkcjonowanie dedykowanego systemu teleinformatycznego, którego ramy prawne związane z organizacją i zasadami działania określono w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia (Ustawa, 2011). Zgodnie z założeniem ustawodawcy, w systemie tym przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia (Ustawa, 2011, art. 1, ust. 1). Jak podkreślono, termin uruchomienia systemu i wdrożenia obiegu elektronicznej dokumentacji medycznej w tzw. placówkach medycznych był kilkakrotnie przesuwany. Biorąc pod uwagę raport Najwyższej Izby Kontroli, należy zauważyć, że w ocenie NIK dotychczasowy stopień zaawansowania przygotowań świadczeniodawców do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej (SIM) i trudności wskazane przez kierownictwo kontrolowanych podmiotów świadczą o istnieniu ryzyka niezapewnienia prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej po 31 grudnia 2017 roku (NIK, 2016).

Biorąc jednak pod uwagę aktualnie obowiązujące przepisy, SIM jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców (Ustawa, 2011, art. 10, ust. 1). Zgodnie z założeniem legislacyjnym, system ten będzie przetwarzał dane pozyskiwane z tworzonych na mocy ustawy rejestrów, np. Centralnego Wykazu Usługobiorców czy Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, jak też z systemów teleinformatycznych usługodawców. Ma to istotne znaczenie w kontekście EDM, bowiem elektroniczna dokumentacja medyczna jest prowadzona przez usługodawców w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-informacyjnym oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z postanowieniami ustawy o systemie informacji medycznej dane, w tym dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, zawarte w EDM usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy, są udostępniane za pośrednictwem SIM, zaś ich udostępnianie następuje za zgodą usługobiorcy (Ustawa, 2011, art. 11). Ustawodawca nałożył na usługodawcę obowiązek zamieszczania w SIM danych umożliwiających pobranie danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez innego usługodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do

prowadzenia diagnostyki, zapewnienie ciągłości leczenia oraz zaopatrzenie usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Należy zaznaczyć, że w ramach SIM dane, w tym dane osobowe oraz jednostkowe dane medyczne przetwarzane są m.in. w celu: 1) poprawy dostępności usługobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych; 2) monitorowania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych; 3) umożliwienia płatnikom i usługobiorcom uzyskiwania informacji o udzielanych, udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej; 4) analizy przepływu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej; 5) uzyskania informacji niezbędnych do wykonywania zadań określonych ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez podmioty wymienione w tych przepisach; 6) dokonywania przez uprawnione podmioty oceny zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz przetwarzania danych dla potrzeb rejestrów medycznych; 7) wspomagania Systemu RUM-NFZ; 8) wymiany pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia; 9) wymiany dokumentów elektronicznych pomiędzy usługodawcami oraz pobrania danych w celu prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne (Ustawa, 2011, art. 12, ust. 1). Ze względu na ograniczone ramy niniejszego artykułu, poza jego obszarem pozostanie kwestia związana z technicznymi aspektami funkcjonowania tego systemu, co odnieść należy m.in. do szczegółowych zasad prowadzenia EDM, rodzajów modułów danych czy też zasad funkcjonowania i zakresu przedmiotowego rejestrów medycznych.

Istotne jest jednak to, że system informacji w ochronie zdrowia będzie obsługiwany przez dwie platformy wymiany danych, tj. Platformę Udostępniania Online Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych, a także Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Ustawa, 2011, art. 5, ust. 2). *De facto* są to dedykowane systemy teleinformatyczne, które będą wykorzystywane w przyszłości przez jednostki ochrony zdrowia w celu pozyskiwania danych medycznych pacjentów z systemów informatycznych innych usługodawców, przy jednoczesnym założeniu, że dane te okażą się konieczne w procesie leczenia lub postępowania diagnostycznego. Rozwiązania te należy ocenić pozytywnie, mając jednak na uwadze konieczność zapewnienia odpowiednich zabezpieczeń związanych z udostępnianiem online wytworzonej przez daną jednostkę dokumentacji. Aby w ogólnie możliwe było jednak prowadzenie tzw. wymiany danych w ramach dedykowanego systemu teleinformatycznego, konieczne jest uprzednie jej prowadzenie w formie elektronicznej.

Podsumowanie

Z prawem do dokumentacji medycznej nierozdzielnie powiązane jest prawo pacjenta do prywatności i do ochrony zawartych w niej danych medycznych. Jak wskazano, dokumentacja medyczna jest jednym z podstawowych gwarancji ochrony praw pacjenta i stanowi istotne znaczenie z punktu widzenia jego ochrony. Zdaniem Boratyńskiej i Konieczniaka podstawowe znaczenie mają w tym zakresie trzy aspekty, wśród których wskazać należy przede wszystkim to, że dokumentację medyczną postrzegać należy jako jedną z instytucjonalnych gwarancji praw i interesów pacjenta odnoszących się do jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Po drugie, w opinii tych autorów – ze względu na zawarcie w dokumentacji medycznej tzw. danych wrażliwych, pacjent ma w pełni uzasadnione prawo oczekiwać, że będzie ona należycie chroniona, zaś po trzecie – należy ona do podstawowych środków dowodowych przy dochodzeniu roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta (Boratyńska, Konieczniak, 2001). Użyte przez ustawodawcę pojęcie danych zawartych w dokumentacji medycznej podlegających ochronie (Ustawa, 2008, art. 23) świadczy o wyjściu przez ustawodawcę poza zakres ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zdaniem Karkowskiej, dane te określane jako „dane medyczne” odnoszą się do wszystkich danych związanych ze zdrowiem jednostki, jak i danych w sposób oczywisty i bliski związanych ze zdrowiem oraz danych genetycznych (Karkowska, 2016). W konsekwencji uznać należy, że zakresem ochrony tzw. danych medycznych objęte są zarówno wszystkie informacje pozbawione publicznego charakteru, odnoszące się do ogólnego psychofizycznego stanu zdrowia pacjenta.

Zwiększające się koszty związane z opieką zdrowotną jak również zmiany demograficzne, w tym szczególnie starzenie się społeczeństw, zagrożenie chorobami zakaźnymi czy też zwiększenie wielozachorowalności przyczynia się do tego, że dokonanie innowacji w świadczeniu opieki zdrowotnej staje się koniecznością. Zdaniem Kwiatkowskiej technologie e-zdrowia są dobrze zapowiadającym się, innowacyjnym narzędziem prowadzącym do rozwiązania tych problemów. Tzw. internet rzeczy (technologia łącząca internet z przedmiotami codziennego użytku) w połączeniu z usługami medycznymi, szczególnie e-zdrowiem, nabiera coraz większego znaczenia w zakresie praktycznego zastosowania i wykorzystania go w opiece zdrowotnej. Niezaprzeczalne jest to, że co do zasady jest to możliwe na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, począwszy od profilaktyki, przez diagnostykę, po udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Kwiatkowska, 2016).

Mimo istnienia dużego ryzyka związanego z niezapewnieniem prowadzenia po 31 grudnia 2017 roku dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, należy dostrzec istotne aspekty tego rozwiązania. Wiąże się ono przede wszystkim z zapewnieniem bezpiecznego dostępu do danych medycznych, przy jednoczesnej likwidacji podstawowych barier. Wśród naturalnych przyczyn utrudniających obecnie dostęp do dokumentacji medycznej należy wskazać przede wszystkim bariery geograficzne, fiskalne, a także formalne. W pierwszej kolejności jako fundamental-

ną zaletę prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej wskazać należy możliwość dostępu tak pacjenta, jak i podmiotów leczniczych do zgromadzonych danych medycznych z pominięciem jakichkolwiek barier przestrzennych i geograficznych, pod warunkiem dostępu do komputera i internetu. Nadto, pełna archiwizacja informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, w tym przede wszystkim wyników badań przyczyni się do zmniejszenia nakładów na udzielane świadczenia zdrowotne. Ograniczenie do niezbędnego minimum konieczności przeprowadzania uprzednio już wykonanych badań czy kompleksowej diagnostyki przyczyni się do zmniejszenia nakładów na leczenie danego pacjenta, a w konsekwencji – może ograniczyć czas oczekiwania na tzw. świadczenia refundowane. Z formalnego punktu widzenia, pełne z informatyzowanie zasad związanych z tworzeniem, przetwarzaniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej wpłynie pozytywnie zarówno na sam proces jej tworzenia, jak i ograniczy możliwość ewentualnej ingerencji *post factum* w jej treść, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia toczących się postępowań sądowych z udziałem pacjentów. Wykorzystanie w większym stopniu nowoczesnych rozwiązań technologicznych umożliwiających w niektórych przypadkach stosowanie tzw. automatyzacji również pozytywnie wpłynie na sam proces tworzenia dokumentacji medycznej, znacznie skracając czas niezbędny do jej utworzenia, jak i dalszego systematycznego prowadzenia. Reasumując rozważania, należy jednoznacznie pozytywnie wypowiedzieć się co do prowadzenia dokumentacji medycznej w jej elektronicznej postaci. Nowoczesne rozwiązania technologiczne wykorzystywane w niemalże każdej sferze życia codziennego z pewnością wpłyną pozytywnie na sytuację zarówno pacjentów, jak i tzw. profesjonalistów medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie zobowiązanych do tworzenia dokumentacji medycznej w sposób rzetelny, jasny i przejrzysty. Pozostaje mieć więc nadzieję, że termin 31 grudnia 2017 roku jest ostatecznie granicznym terminem i nie zostanie kolejny raz przedłużony przez ustawodawcę.

Bibliografia

- Barrows, R.C., Clayton, P.D. (1996). Privacy, Confidentiality: and Electronic Medical Records. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 3 (2), 139–148.
- Boratyńska, M., Konieczniak, P. (2001). *Prawa pacjenta* (s. 361–362). Warszawa: Difin.
- Flaga-Gieruszyńska K., Klich A., Kubala M. (2014). Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach o unieważnienie małżeństwa i stwierdzenie nieważności małżeństwa na tle prawa cywilnego i kanonicznego (s. 43-67), W: M. Andrzejewski, K. Dadańska (red.), *Współczesne problemy prawa rodzinnego i spadkowego*, Szczecin.
- Gołączyński, J., Kotecka, S. (2011). Klikając Temidę. *Prawo Mediów Elektronicznych*, 3, s. 11.
- Kamiński, M. (2008). Powierzenie przetwarzania osobowych danych medycznych a perspektywę prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. *Prawo Mediów Elektronicznych*, 8, *Dodatek do Monitora Prawniczego*, 16.

- Karkowska, D. (2016) (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* (s. 462 i n.). Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer SA.
- Klich, A. (2016). Prawo dostępu do sądu – rozważania na tle informatyzacji postępowania cywilnego. W: M. Boratyńska (red.), *Ochrona strony słabszej stosunku prawnego. Księga Jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Adamowi Zielińskiemu* (s. 809–821). Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Kotecka, S. (2010). Informatyzacja postępowania cywilnego w Polsce. W: J. Gołaczyński (red.), *Informatyzacja postępowania sądowego i administracji publicznej* (s. 3–4). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kurowska, E. W: Z. Cnota, G. Gura, E. Kurowska (2016). *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz* (s. 104–107). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kwiatkowska, E. (2016). Internet rzeczy. Czy będą nas leczyć komputery? *Internetowy Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny. Seria Regulacyjna*, 6, 20–32.
- NIK (2016). *Informacja o wynikach kontroli. Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej*. Warszawa (s. 7–8). Pobrano z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10736, vp,13069.pdf>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. z 2015 r., poz. 2069.
- Szymczyk, D.M., Horoch, A. (2013). Implementacja elektronicznej dokumentacji medycznej. Część 2 – korzyści dla uczestników systemu ochrony zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19 (3), 324–330.
- Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793.
- Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 186.
- Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1535.
- Ustawa z 26.06.2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2014 r. poz. 998.
- Ustawa z 9.10.2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 1991.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 27.9.2012 r., I ACA 500/12, Legalis nr 743116.

ELECTRONIC HEALTH RECORDS (EHR) – SELECTED LEGAL ISSUES

Keywords: medical law, health records, electronic health records, medical data protection

Summary. In the Polish legal system, that is currently in force, the legislator allows to create health records in two forms – traditional paper and electronic. According to the legislator's assumption, after 31st December 2017, in the system of public health services the electronic form is about to become the only acceptable form of keeping health records. Therefore the aim of this paper is to pay particular attention to the practical aspects of creating, keeping and sharing electronic health records, which is inseparably related to protection of medical data.

Translated by Michał Wojdała

Cytowanie

Klich, A. (2017). Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej. *Ekonomiczne Problemy Usług, 1* (126/2), 351–360. DOI: 10.18276/epu.2017.126/2-35.