

Piotr Pochopień, Krzysztof Kęsek

## Dokumentacja medyczna – coraz bardziej elektroniczna

**Słowa kluczowe:** elektroniczny rekord medyczny, dokumentacja medyczna, dane medyczne, regulacje prawne

### Zmiany prawnego statusu elektronicznej dokumentacji medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia

Zapoczątkowana wejściem w życie w czerwcu 2009 roku Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> (dalej: ustawa o prawach pacjenta) reorganizacja zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej została zakończona 1 stycznia 2011 roku wraz z wejściem w życie wydanego na podstawie owej ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>2</sup> (dalej: rozporządzenie).

Ustawa o prawach pacjenta określa dostęp do dokumentacji medycznej jako jedno z podstawowych praw pacjenta, chociaż obowiązywało już wcześniej:

- ze strony zakładów opieki zdrowotnej przysługiwało już od 1992 roku na mocy Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
- ze strony praktyk lekarskich od 2001 roku na mocy Ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i wydanego do niej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania;
- ze strony praktyk pielęgniarskich od 2003 roku na podstawie Ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej i wydanego do tejże ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

Ustawa o prawach pacjenta wyjęła z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w niemal niezmiennym brzmieniu podstawowe przepisy dotyczące zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycz-

nej, stając się podstawowym aktem prawnym regulującym przedmiot dokumentacji medycznej dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ustawa ta wprowadziła bowiem pojęcie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, przez co rozumie podmiot leczniczy, a także indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek lub położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek lub położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek lub położnych. Ten zabieg legislacyjny przygotował grunt m.in. pod ujednoczenie zasad postępowania z dokumentacją medyczną w stosunku do wszystkich wymienionych wyżej podmiotów określanych wspólnym mianem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ujednoczenie zasad oznaczało konieczność zrównania w tej kwestii podmiotów, których do tej pory dotyczyły często odmienne (uregulowane w odrębnych aktach prawnych) zasady prowadzenia, przechowywania, udostępniania i usuwania dokumentacji medycznej. Jak wspomniano na wstępie, gruntowna zmiana w podejściu do uregulowania zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, zapoczątkowana ustawą o prawach pacjenta, została uściślona wydaniem do tej ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Rozporządzenie to zakończyło więc z dniem 1 stycznia 2011 roku rozdział zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zawartych dotąd w trzech rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>3</sup>, z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania<sup>4</sup> oraz z 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji me-

dycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, połączoną udzielającą świadczeń zdrowotnych<sup>5</sup>.

W rezultacie najczęściej zmian dotyczy praktyk lekarskich i pielęgniarskich. Włączenie standardów prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez praktyki lekarskie i pielęgniarskie do dotychczasowych regulacji odnoszących się do zakładów opieki zdrowotnej oznacza dla tychże praktyk nowe uprawnienia, ale również nowe obowiązki czy raczej ich poszerzenie. Do najistotniejszych, z punktu widzenia praktyk lekarskich i pielęgniarskich, zmian należą m.in. wydłużenie podstawowego okresu przechowywania dokumentacji medycznej – z 10 do 20 lat i określenie maksymalnych stawek za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie kopii, odpisu i wyciągu, tak w formie papierowej, jak i elektronicznej. Kwestie te pojawiły się już w ustawie o prawach pacjenta. Bardzo istotną zmianą, która pojawiła się dopiero wraz z wejściem w życie rozporządzenia, jest upoważnienie praktyk lekarskich i pielęgniarskich do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej. Możliwość skorzystania z tego uprawnienia zdaje się bardziej cenna z uwagi na wspomniane wydłużenie okresu przechowywania dokumentacji medycznej do 20 lat.

Zmiany dokonane poprzez zamieszczenie regulacji prawnych odnośnie do dokumentacji medycznej w ustawie o prawach pacjenta oraz w wydanym na jej podstawie rozporządzeniu należy ocenić pozytywnie z uwagi na trzy aspekty:

- dokonano spójnego ujęcia zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w stosunku do wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- poprawiono wiele mniej lub bardziej drobnych błędów, niespójności i nieściśłości cechujących poprzednio obowiązujące akty prawne. Dobrym przykładem jest dodanie zapisów odnośnie do skierowania, a w zasadzie tego, jakie dane powinien zawierać taki dokument;
- zmiana w podejściu do kwestii elektronicznej dokumentacji medycznej. Możliwość prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej miały do tej pory (od 2007 roku) tylko zakłady opieki zdrowotnej. Stosowne przepisy znajdowały się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Należy jednak krytycznie ocenić regulacje tam zawarte. Do jednych z podstawowych wymogów warunkujących możliwość sporządzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej należała konieczność składania pod sporządzonym dokumentem medycznym (lub kolejnym wpisem w dokumencie) podpisu elektronicznego oraz opatrywania następnie całości znacznikiem czasu.

## ■ Kontrowersje wokół zastosowania podpisu elektronicznego

Najwięcej kontrowersji wzbudzał początkowo rodzaj podpisu elektronicznego: czy ma to być tzw. podpis kwalifikowany, czy niekwalifikowany. Niejasności wynikały głównie z powodu zapisu rozporządzenia z 2006 roku (§ 55 ust. 1), który mówił, iż „sporządzenie i podpisanie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na informatycznym nośniku danych i podpisaniu tych danych, zgodnie z ustawą z 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym”<sup>6</sup>. Problem w tym, że ustawa o podpisie elektronicznym przewiduje istnienie różnego rodzaju podpisów elektronicznych, wśród których można wyróżnić te opatrzone kwalifikowanym certyfikatem (czyli spełniającym warunki określone w ustawie, wydanym przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne) i te opatrzone certyfikatem niekwalifikowanym. Stąd też podział na tzw. kwalifikowany podpis elektroniczny (płatny, wydawany przez jeden z kilku w kraju podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne) i tzw. podpis niekwalifikowany (czyli taki, który może być wydany przez każdy inny podmiot świadczący usługi certyfikacyjne, czyli przez każdego przedsiębiorcę). Początkowo powszechne było zjawisko forsowania przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne opinii, jakoby do sporządzania dokumentacji medycznej konieczne było użycie podpisu kwalifikowanego, czyli takiego, na który owe podmioty mają wyłączność sprzedaży i pewien wpływ na kształtowanie jego cen rynkowych. Ofiarą takich praktyk padło kilka większych krajowych zakładów opieki zdrowotnej, w tym duży szpital. Po pewnym czasie doszli do głosu prawnicy, którzy już obiektywnie rozumując i interpretując przepisy, rozpowszechnili prawdziwe intencje prawodawcy, zgodnie z którymi tylko dokumentacja udostępniana uprawnionym do tego podmiotom lub organom ma być opatrzona podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu. Stosując rozumowanie *a contrario* wynikało więc, iż dokumentacja, która nie jest udostępniana (czyli przede wszystkim cała dokumentacja wewnętrzna zakładu), może być opatrzona tzw. podpisem niekwalifikowanym.

## ■ Wymóg znakowania czasem w dokumentacji medycznej

Większy problem stanowił obowiązek znakowania czasem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Aż do końca obowiązywania rozporządzenia z 2006 roku pokutował pogląd (lansowany przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne), iż znaczniki czasu mają pochodzić od kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne. Podmioty te powoływały się przy tym na (nieszczęśliwy zresztą) zapis rozporządzenia z 2006 roku stanowiący, iż „przechowywanie dokumentacji w postaci elektronicznej opatrzonej właściwym rodzajem podpisu elektronicznego powinno być realizowane zgodnie z postanowieniami art. 7 Usta-

wy z 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym”. Mówi on w ustępie 1, iż „podpis elektroniczny może być znakowany czasem”, a w ustępie kolejnym, że „znakowanie czasem przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne wywołuje w szczególności skutki prawne daty pewnej w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego”. Nieprzystające w żadnym stopniu do dokumentacji medycznej sugerowanie (poprzez wspomniane odesłanie do rozporządzenia z 2006 r.), iż znacznikiem czasu koniecznym do sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest znacznik, o którym mowa w art. 7 ustawy o podpisie elektronicznym (czyli znacznik konieczny do dokonywania nielicznych czynności prawnych określonych w Kodeksie cywilnym np. przy umowie o ustanowienie zastawu), zostało wykorzystane przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne. W ten sposób stały się one monopolistami, jeśli chodzi o sprzedaż (i ustalanie cen) znaczników czasu. Gdyby zastosować taki rygor do dokumentacji papierowej, lekarz po sporządzeniu wpisu w dokumentacji i podpisaniu się musiałby następnie udać się do notariusza, aby ten urzędowo potwierdził datę sporządzenia i podpisania takiego wpisu w dokumentacji. To obrazuje nonsens takiej regulacji. Dopiero w lutym 2010 roku Ministerstwo Zdrowia dokonało wykładni, iż do sporządzania i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie jest konieczne nabywanie znaczników czasu od kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne z uwagi na to, że do znakowania czasem dokumentacji medycznej walor daty pewnej jest zbędny. Ta oczywistość nie została jednakże wystarczająco wcześniej wypowiedziana i rozpowszechniona.

Opisane wyżej perypetie związane z podpisem elektronicznym i znacznikiem czasu (a konkretnie błędne przekonanie o konieczności zakupu podpisów elektronicznych i znaczników wyłącznie u kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne po stosunkowo wysokich cenach) stały się istotnym powodem braku zainteresowania elektroniczną dokumentacją medyczną ze strony zakładów opieki zdrowotnej (obecnie – podmiotów leczniczych).

### ■ Nowe zasady prowadzenia dokumentacji elektronicznej

W obowiązującym od 1 stycznia 2011 roku rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dokonano daleko idącej liberalizacji przepisów o dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przynajmniej zniknęły zapisy o konieczności opatrywania takiej dokumentacji podpisem elektronicznym czy też znakowania jej czasem. Postęp rozwiązań prawnych i większy nacisk na zmierzanie w kierunku informatyzacji systemu ochrony zdrowia daje się odczuć w wielu przepisach tego rozporządzenia. Symboliczny jest już § 1 rozporządzenia, który stanowi, iż dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej. Poprzednie rozporządzenie<sup>7</sup> na pierwszym miejscu wymieniało postać papierową.

W tym miejscu warto wspomnieć o korzyściach i zagrożeniach wynikających z liberalizacji wymogów prawnych, jakie niosą z sobą zapisy nowego rozporządzenia oraz wymaganiach stawianych medycznym systemom informatycznym – docelowemu miejscu składowania dokumentacji. W rozdziale 8 rozporządzenia, który w całości został poświęcony tematyce wymagań wobec dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, ustawodawca wymienił szereg obwarowań. Są to m.in.: stosowne zabezpieczenie danych przed uszkodzeniem lub utratą, zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji, umożliwienie stałego dostępu do danych osobom uprawnionym, zabezpieczenie przed nieautoryzowanym dostępem, możliwość eksportu danych do popularnych formatów tekstowych lub innych aplikacji oraz wydruku zgodnego z wymogami stawianymi dokumentacji w formie papierowej. Wszystkie te wytyczne są standardowymi wymaganiami stawianymi przede wszystkim producentom systemów informatycznych, a ich zachowanie gwarantuje bezpieczeństwo danych nie mniejsze niż w przypadku tradycyjnej dokumentacji. W przypadku zmiany systemu informatycznego świadczeniodawca dodatkowo zobowiązany jest zachować informację na temat daty migracji oraz systemu, z jakiego zostały przeniesione dane.

Swoistym *novum*, ale zarazem istotnym krokiem w kierunku szeroko pojętej informatyzacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jest fakt umożliwienia świadczeniodawcom odwzorowania cyfrowego dokumentacji papierowej przyniesionej przez pacjenta lub pozyskanej od innego świadczeniodawcy, w czego następstwie oryginał może zostać przekazany pacjentowi lub zniszczony. Niestety, wraz z nowym użytecznym rozwiązaniem pojawia się problem związany z samym pojęciem odwzorowania cyfrowego. Brakuje bowiem definicji legalnej tego pojęcia, a te zawarte w słownikach języka polskiego<sup>8</sup>: odtworzenie czegoś według wzoru; skopiowanie – nie doprowadzają do wniosku, czy jest to zabieg polegający na automatycznym powieleniu np. dokumentu papierowego na zasadzie jego zeskanowania, czy też za dopuszczalne należy również uznać ręczne odwzorowanie (cyfrowe), np. poprzez wierne przepisanie treści dokumentu przy użyciu klawiatury komputera.

Zważywszy na specyfikę dokumentacji medycznej, należy uznać, iż pod pojęciem „odwzorowania cyfrowego” prawodawca rozumie techniki polegające na automatycznym przeniesieniu obrazu dokumentu medycznego do postaci cyfrowej. Argumentów można wymienić kilka. Jednym z nich jest kwestia zdolności do przeniesienia treści zawartych w dokumencie ze stu-procentową dokładnością przez osobę inną niż sporządzająca dokument pierwotny. W przypadku gdy mamy do czynienia z dokumentem medycznym sporządzonym piśmem odręcznym, istnieje duże prawdopodobieństwo pomyłki w odczytaniu nierzadko nieczytelnego pisma. Dokumentacja medyczna obfituje często w różnego typu dopiski, skróty i oznaczenia, których przepisanie przez osobę trzecią może doprowadzić do zmiany sensu wpisów dokonanych w dokumencie pierwotnym. Nie można także mówić o możliwości przeniesienia do po-

stacji cyfrowej np. zdjęcia RTG w sposób inny niż jego zeskanowanie.

## ■ Problem polskich i europejskich norm w elektronicznej dokumentacji medycznej

Wraz ze zliberalizowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wydaje się, iż prawodawca wpadł w pułapkę niedookreślenia sposobu sporządzania, przechowywania, udostępniania i usuwania dokumentacji medycznej. Po określeniu – wspomnianych wyżej – podstawowych zasad, jakich należy dochować przy prowadzeniu dokumentacji w postaci elektronicznej, rozporządzenie stanowi, iż sporządza się ją z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego. W przypadku ich braku uwzględnia się: normy międzynarodowe, Polskie Normy lub europejskie normy tymczasowe. W tym miejscu odczuwalny jest dysonans pomiędzy brzmieniem przepisów powyższego rozporządzenia a brzmieniem jednej z naczelnych zasad Ustawy z 12 września 2002 roku o normalizacji<sup>9</sup>, która mówi o dobrowolności uczestnictwa w procesie opracowywania i stosowania norm (art. 4 pkt 3). W art. 5 ust. 3 ustawa stanowi wprost, iż stosowanie Polskich Norm jest dobrowolne. Kolejny ustęp podaje co prawda, że Polskie Normy mogą być powoływane w przepisach prawnych po ich opublikowaniu w języku polskim, jednakże trudno uznać, iż enigmatyczne odesłanie do wszystkich norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, załatwia sprawę uregulowania kwestii sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Problem ten zauważano już podczas obowiązywania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, które zawierało takie same odesłania do Polskich Norm (a w ich braku do norm europejskich), jak przytoczone powyżej z obecnie obowiązującego rozporządzenia. Odnosząc się do tych przepisów, autorzy<sup>10</sup> wykonanej dla Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w ramach Projektu Transition Facilities ekspertyzy dotyczącej norm Unii Europejskiej odnośnie do zapisów dokumentacji medycznej uznali, iż „prezentowane zapisy w żaden sposób nie precyzują, których informacji i norm dotyczą wymogi oraz w jakim zakresie, co czyni te zapisy martwymi”.

W ramach uwag do projektu, a od 1 stycznia 2011 roku obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania eksperci prawa IT Jakub Rzymowski i Mateusz Kamiński wskazywali na jeszcze inne wady takiego rozwiązania. Ich uwagę zwracała szczególnie niejasność znaczenia pojęcia „uwzględnienia postanowień Polskich Norm (...)” przy sporządzaniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, gdyż nie wiadomo, jak w praktyce traktować taką regulację,

a wielu czytających taki przepis mogłoby próbować wywodzić z niego zalecenie uwzględnienia postanowień Polskich Norm.

Jak zauważają Rzymowski i Kamiński, nie można byłoby też przyjąć ustanowienia w rozporządzeniu powinności sporządzania dokumentacji w postaci elektronicznej w oparciu o Polskie Normy, które wprowadzałyby wyjątek od zasady dobrowolności stosowania Polskich Norm. Aktem wykonawczym nie można bowiem tego uczynić. Wyjątek taki musiałby wynikać z ustawy. Kolejnym argumentem przeciwko konieczności stosowania Polskich Norm jest dla tych autorów odpłatność za dostęp do nich, a zatem wpisanie do ustawy powinności ich stosowania skutkowałaby tym, iż osoby pragnące zapoznać się z całością normy prawnej wynikającej z ustawy łącznie z Polską Normą musiałby ponieść związane z tym koszty. Odpłatność za korzystanie z Polskich Norm byłaby faktycznym ograniczeniem dostępu do informacji o normie prawnej będącej źródłem obowiązku.

Problemem, który również pozostał nierozwiązany, a znacząco utrudnia proces cyfrowego prowadzenia dokumentacji medycznej, jest konieczność opatrywania podpisem własnoręcznym pacjenta wielu dokumentów związanych z leczeniem. Kwestia ta dotyczy m.in. medycyny pracy, rehabilitacji czy też wyrażania zgody na hospitalizację lub wykonanie zabiegu. Rozwiązaniem tego problemu jest wprowadzenie elektronicznych nośników zawierających indywidualny podpis elektroniczny obywatela (m.in. wstrzymany projekt nowego dowodu osobistego), co pozwoliłoby zrezygnować z konieczności kontynuacji dokumentacji papierowej i z pewnością jeszcze bardziej przyspieszyłoby informatyzację medycyny.

Kończąc wymienianie ujemnych stron obecnych regulacji prawnych w zakresie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, należy również wspomnieć o narzuconych (zawartych w załącznikach do rozporządzeń) wzorach formularzy dokumentacji medycznej. Pomijając opisaną wyżej kwestię konieczności wydruku takiego dokumentu w celu opatrzenia go również podpisem pacjenta, przykładem niech będzie karta badania profilaktycznego określona w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 lipca 2010 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów. Wielostronicowy formularz, z miejscami na kolejny raz powielane dane, jest z pewnością rozwiązaniem anachronicznym, które zasadniczo uniemożliwia pełne zinformalizowanie placówek medycyny pracy. Należy mocniej zalecać rozwiązania nienarzucające gotowych wzorów formularzy, których najczęściej nie sposób odwzorować w systemie informatycznym, a ewentualnie poprzestać na wskazaniu rodzaju i zakresu treści, jaka powinna się w takim dokumencie znaleźć.

## ■ Podsumowanie

Podsumowując powyższe, należy podkreślić, iż na szczególne uznanie wśród opisanych wyżej zmian zasługuje zmierzanie się z wprowadzeniem dokumentacji me-

dycznej w postaci elektronicznej. Konieczność wydania do ustawy o prawach pacjenta rozporządzenia szczegółowo regulującego rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, wzmogło dyskusje nad kierunkiem zmian, w jakim powinny iść nowoczesne regulacje w zakresie dokumentacji medycznej. Niewątpliwie zmierzają one w stronę coraz szerszej informatyzacji systemu ochrony zdrowia, o czym świadczą chociażby omówione wyżej zmiany legislacyjne. Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę na tę kwestię, która nie jest jeszcze dostatecznie dostrzegana i doceniana przez środowiska zajmujące się zarządzaniem w ochronie zdrowia, ale – zważywszy w szczególności na zakrojone na szeroką skalę plany informatyzacji polskiego systemu ochrony zdrowia w ciągu najbliższych kilku lat – temat ten niewątpliwie stanie się aktualny już niebawem i warto się nad nim pochylić i zainteresować już teraz.

### Przypisy

- <sup>1</sup> Dz.U. z 31 marca 2009 r.
- <sup>2</sup> Dz.U. z 29 grudnia 2010 r.
- <sup>3</sup> Dz.U. z 28 grudnia 2006 r.
- <sup>4</sup> Dz.U. z 13 sierpnia 2001 r.
- <sup>5</sup> Dz.U. z 26 sierpnia 2003 r.
- <sup>6</sup> Dz.U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.
- <sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

<sup>8</sup> Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, tom II, PWN, Warszawa 1979, 484.

<sup>9</sup> Dz.U. z 11 października 2002 r.

<sup>10</sup> Bogusław Pogorzelski, Edward Byczyński, Andrzej Gabryel, Waldemar Wierzbą.

### Abstract

#### *Medical data – increasingly electronic*

**Key words:** electronic medical record, medical data, law regulations

In last 10 years in Poland we could observe legislation changes and discussion about a vision and model of electronic medical data. The article presents chronologically historical regulations due the decade and emerge the chances and risks connected with the newest binding rules. Authors of the article are strictly interested and engaged into the legislation process of medical data in Poland.

### O autorach:

**Piotr Pochopień** – mgr prawa, mgr zdrowia publicznego, dyrektor ds. administracyjno-prawnych, Centrum Medyczne iMed24.

**Krzysztof Kęsek** – mgr zdrowia publicznego, ekspert ds. ochrony zdrowia, asystent w Zakładzie Medycznych Systemów Informacyjnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.