

Prawo w pigułce

**PAWELCZYK
KOZIK**

KANCELARIA
RADCÓW
PRAWNYCH

Bartosz Pawelczyk
radca prawny

e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl



Agnieszka Wojcieszak
doktorantka WPIA UAM



Po co elektroniczna dokumentacja medyczna?

Wizyta lekarska. Zebranie wywiadu, przeprowadzenie badania, postawienie diagnozy, wystawienie recepty. Te kluczowe dla zdrowia pacjenta czynności lekarza stanowią tylko początek jego obowiązków, niezbędne bowiem również jest wypełnienie zwykle wielu papierowych formularzy składających się na dokumentację medyczną, wpisanie świadczeń udzielonych w ramach NFZ do programu komputerowego, ich zweryfikowanie, sprawozdanie do NFZ, poprawienie ewentualnych błędów w raportach zwrotnych, rozliczenie itd. Bywa, że – z konieczności – działania administracyjno-finansowe zajmują więcej czasu niż samo diagnozowanie i leczenie. Tych obowiązków uniknąć się nie da, gdyż wynikają z przepisów prawa. Można je natomiast uprościć – wartym rozważenia rozwiązaniem wydaje się wprowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.

Na razie nie jest to obowiązkowe – każdy lekarz sam decyduje, czy prowadzić dokumentację papierową, czy też przejść na elektroniczną bądź prowadzić ją częściowo w obu tych postaciach. Termin powstania obowiązku wprowadzenia wyłącznie dokumentacji elektronicznej był już przesuwany – obecnie datę graniczną stanowi 31 grudnia 2017 r.

Szczegółowe kwestie dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej reguluje ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj.: Dz.U.2016.186), rozporządzenie ministra zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), a także ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tj. Dz.U.2015.636, ze zm.).

Zalety elektronicznej dokumentacji

Po co dokumentacja elektroniczna? Korzyści są różnorodne. Na przykład taka forma umożliwia łatwiejsze i szybsze przekazywanie danych medycznych i statystycznych do NFZ, zapewnia też szybki dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta, pozwala na ułatwienia i oszczędności związane z brakiem konieczności przechowywania dokumentacji w formie papierowej. Pomaga lekarzom szybciej uzupełniać standardowe elementy wpisów do dokumentacji, ułatwia kontrolę prowadzenia dokumentacji – zwłaszcza w wypadku wykonywania działalności przez podmiot w kilku lokalizacjach. Co więcej, dane medyczne zawarte w systemie informatycznym są zawsze w pełni czytelne, czego zapewnienie jest w praktyce trudniejsze przy dokumentacji papierowej.

Elektronizacja danych medycznych lepiej chroni je też przed utratą, m.in. dzięki możliwości automatycznego tworzenia kopii zapasowych. Z pewnością wprowadzenie takiej dokumentacji bywa na pierwszym etapie kłopotliwe, co jest charakte-

rystyczne dla każdej nowości, ale zazwyczaj szybko dostrzeżga się korzyści tego rozwiązania.

Prowadzenie dokumentacji medycznej

Co do zasady, dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej musi spełniać te same wymogi co dokumentacja w postaci papierowej, ale do tego obwarowana jest szczególnymi warunkami. Oto niektóre z nich:

- w wypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej strony wydruku są numerowane;
- w wypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta (nazwisko i imiona, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imiona przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania), a kolejne strony co najmniej imię i nazwisko pacjenta;
- w wypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego (o którym mowa dalej);
- gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. W takim wypadku dokumentacja dostarczona przez pacjenta jest zwracana pacjentowi albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Umożliwienie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej spowodowało konieczność uregulowania nowych, dodatkowych sposobów jej udostępniania. Oprócz dotychczasowych (tj. do wglądu, poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii oraz poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu) pojawiło się udostępnianie:

- poprzez sporządzenie jej wydruków,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

Zatem podmiot prowadzący elektroniczną dokumentację medyczną jest zobowiązany zapewnić możliwość jej udostępnienia w powyższy sposób, z zachowaniem integralności oraz ochrony danych osobowych. Jeżeli dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię, nazwisko, stanowisko i podpis.

Dodatkowe wymogi techniczne przy dokumentacji elektronicznej

Szczegółowe wymogi dotyczące dokumentacji w postaci elektronicznej zostały uregulowane w rozdziale 9. przywołanego na wstępie rozporządzenia. Mają one charakter zwłaszcza techniczny i informatyczny, wobec czego ich przywoływanie tu w całości byłoby niecelowe. Wspomnimy jedynie, że dokumentacja elektroniczna musi być prowadzona w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności:

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem bądź utratą;
- integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- funkcjonalność wydruku dokumentacji.

Informatyzacja w sferze ochrony zdrowia nie jest już tylko melodią przyszłości, lecz staje się rzeczywistością. Wnioski do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wymagają składania ich w wersji elektronicznej, przy wykorzystaniu podpisu elektronicznego lub tzw. profilu zaufanego. Sprawozdawczość do NFZ również dokonywana jest elektronicznie. Od 1 stycznia 2016 r. lekarze mogą wystawiać elektroniczne zwolnienia lekarskie (e-ZLA), a możliwość ich wystawiania w wersji papierowej została utrzymana tylko do końca 2017 r. Przykłady można by mnożyć. Wprawdzie prowadzenie w formie elektronicznej dokumentacji medycznej nie jest jeszcze obowiązkowe, jednak z uwagi na pączkującą dookoła informatyzację, coraz trudniej już w tej chwili bez niej funkcjonować. Wydaje się zatem warto rozważenia jej wdrożenie już obecnie.