

Informatyzacja służby zdrowia

Paragraf w sieci

Marek Świerczyński



Problematyka prawna informatyzacji służby zdrowia jest bardzo złożona. Przyjrzyjmy się więc tylko kilku podstawowym sprawom, tj. ogólnym założeniom regulacyjnym, identyfikacji pacjenta (narzędziom zapewniającym dostęp do dokumentacji medycznej) oraz gromadzeniu i ochronie danych wrażliwych pacjentów. Są to bowiem główne problemy prawne, które należy rozwiązać przed opracowaniem szczegółowych propozycji zmian legislacyjnych.

Regulacje dotyczące informatyzacji służby zdrowia nie powstają w próżni prawnej. Istnieje odpowiednia podbudowa, która powinna zostać zastosowana, aby nie dublować rozwiązań, zwłaszcza nie tworzyć niepotrzebnych rejestrów, systemów czy platform. Podstawowym aktem prawnym jest ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Określa ona m.in. zasady ustanawiania projektów informatycznych. Wprowadziła również wymagania dla systemów teleinformatycznych używanych do realizacji zadań publicznych oraz dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w formie elektronicznej z podmiotami publicznymi. Istotny jest zatem

aspekt interoperacyjności z istniejącymi już innymi systemami i rejestrami publicznymi.

Zadanie dla ministra

Oznacza to również celowość przygotowania regulacji dotyczących informatyzacji służby zdrowia przez organy do tego właściwe, w szczególności ministra właściwego do spraw informatyzacji, aby przyjęte rozwiązania były zbieżne z projektami informatyzacji innych aspektów działalności władzy, choćby w zakresie dowodów elektronicznych (projekt pl.ID) czy ePUAP – rozbudowywanej platformy publicznych usług elektronicznych. Dzięki temu możliwe będzie również pełniejsze uwzględnienie założeń budowy społeczeństwa informacyjnego, które zostały opracowane przez UE.

Podstawowym uzasadnieniem wprowadzenia nowych regulacji powinna być skuteczna realizacja e-usług medycznych dla pacjentów, a nie tylko ułatwienie działalności administracji publicznej. Regulacja musi zatem przede wszystkim służyć zapewnieniu dostępu on-line do usług medycznych i w tym kontekście należy oceniać inne aspekty regulacji (np. w zakresie przekazywania danych pacjentów między placówkami). Przy tworzeniu tych rozwiązań należy uwzględnić bardzo szerokie możliwości korzystania z komunikacji on-line, co powinno pozwalać m.in. na zapisy u lekarza przez internet, zdalny dostęp do dokumentacji medycznej, jak również dostęp do informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach medycznych czy monitorowanie statusu na liście oczekujących w kolejce do lekarza lub na badanie.

Identyfikacja pacjenta

Dobrym przykładem potrzeby uwzględnienia dotychczasowych doświadczeń prawno-organizacyjnych jest problem autoryzacji użytkowników korzystających z usług on-line. Warto wskazać kompromitację systemu drogich i niewygodnych kwalifikowanych podpisów elektronicznych. Od tego modelu powszechnie odchodzi się podczas prac nad nowymi rozwiązaniami prawnymi zapewniającymi dostęp obywateli do usług publicznych. Przykładem są zmiany wprowadzone w procedurze administracyjnej w ramach nowelizacji ustawy o informatyzacji, które weszły w życie na początku tego roku. Pozwalają one na identyfikację użytkownika za pomocą innych metod aniżeli kwalifikowany podpis elektroniczny. Specyficzne rozwiązania wprowadzono również w zakresie dostępu do sądu elektronicznego w ramach funkcjonującego już elektronicznego postępowania upominawczego (jest to wzorcowe rozwiązanie dla innych procedur sądowych). Takie liberalne podejście uzasadnia się też sukcesem usług bankowości elektronicznej, które nie wymagają skomplikowanych metod dostępu. Nie ma więc żadnych przeciwwskazań, aby ten

” Faktem jest kompromitacja systemu drogich i niewygodnych kwalifikowanych podpisów elektronicznych ”

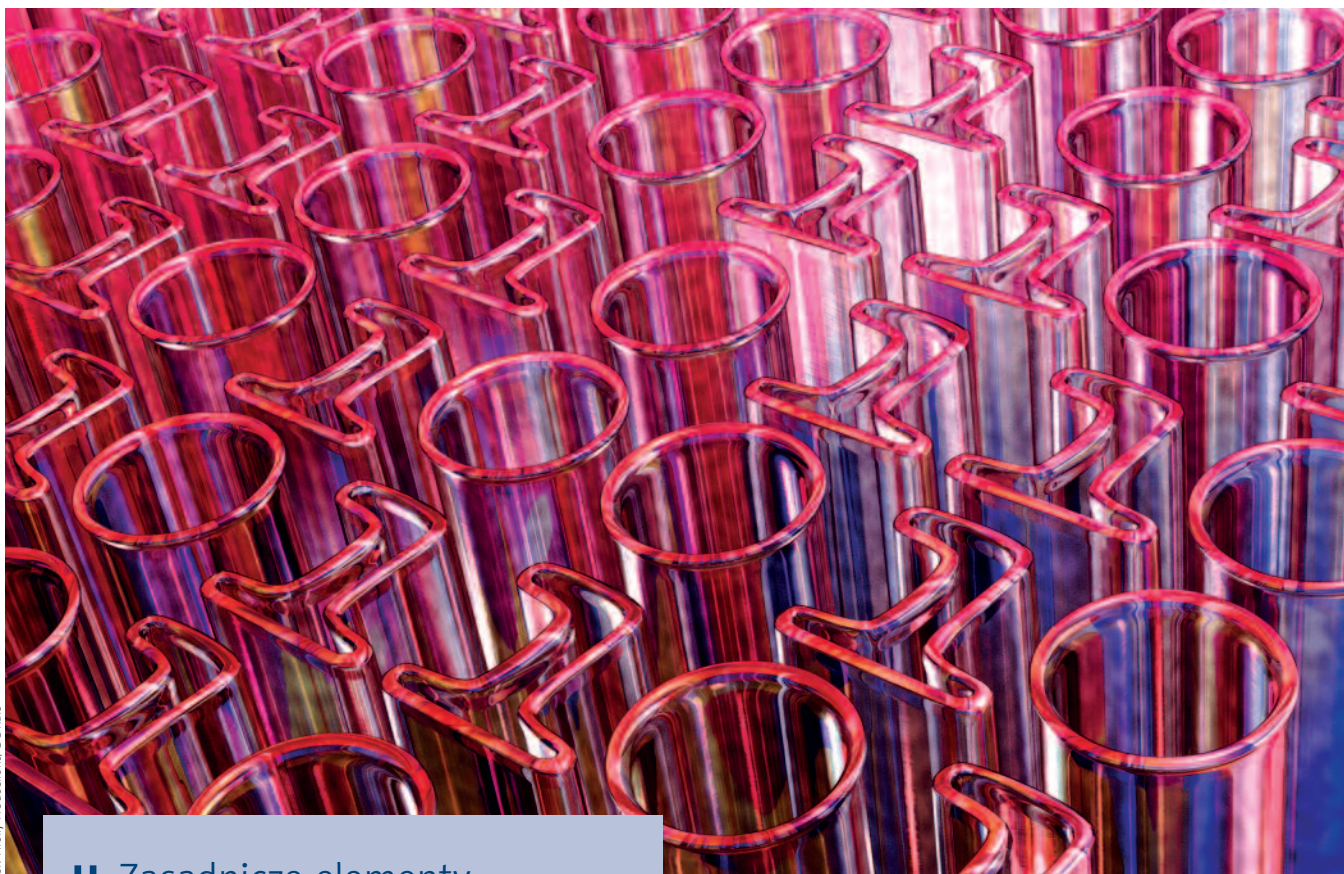
uproszczony (ale zapewniający wystarczający poziom bezpieczeństwa) model identyfikacji zastosować w usługach medycznych. Nie trzeba nawet w tym celu tworzyć odrębnej regulacji, wystarczy odesłanie do przepisów zawartych w ustawie o informatyzacji. Nie ma też sensu wprowadzać obowiązku doręczania pism poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą. Na marginesie warto wspomnieć, że planowana jest liberalizacja regulacji dotyczących podpisu elektronicznego, m.in. poprzez zastosowanie dodatkowych narzędzi identyfikacji (nie trzeba jednak czekać na ich wprowadzenie, skoro ustawa o informatyzacji daje już znaczne możliwości).

Klasyczny podpis elektroniczny może natomiast znaleźć ograniczone zastosowanie w prowadzeniu oraz wymianie dokumentacji medycznej pacjentów. Nie wydaje się jednak konieczny wymóg posługiwania się w tym celu kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Warto wskazać, że już w świetle obowiązujących przepisów zwykłemu podpisowi elektronicznemu nie można odmówić ważności i skuteczności prawnej. Nie ma również sensu wprowadzanie niepotrzebnych wymagań tzw. znakowania czasem. Co więcej, planowane jest usunięcie tej instytucji z reżimu podpisów elektronicznych.

Ochrona danych pacjentów

Ważnym problemem jest także elektroniczne gromadzenie danych medycznych, ich lokalizacja, dostęp do nich oraz związane z tym prawa pacjentów. Wiadomo, że technika informatyczna, oprócz niewątpliwych korzyści (możliwość łatwego zarządzania metadanymi, błyskawicznego tworzenia raportów i statystyk, szybkiego dostępu i wymiany informacji) tworzy również specyficzne zagrożenia (ryzyko włamania do sieci komputerowej, manipulacja danymi, wykorzystanie danych w innych celach niż związane z ochroną zdrowia pacjenta itp.).

Podstawowe wątpliwości dotyczą potrzeby elektronicznego gromadzenia przez państwo danych wrażliwych pacjentów, przetwarzanych w związku ze świadczeniem konkretnych usług medycznych. Powstaje więc pytanie, jaki model gromadzenia tych informacji powinien zostać zastosowany – czy centralistyczny, polegający na tworzeniu ogromnych państwowych



fot. Firefly Productions/CORBIS

„ Zasadnicze elementy informatyzacji służby zdrowia powinny się bezpośrednio opierać na obowiązujących regulacjach prawnych ”

baz danych, czy raczej model elektronicznego gromadzenia danych przez świadczeniodawców, z możliwością wzajemnej wymiany tych danych. Być może w tej sprawie powinien się szerzej wypowiedzieć nowy GODO ze względu na jego bogate doświadczenia w zakresie prawa informatycznego i potrzebę zapewnienia adekwatności przetwarzania danych. Nie ulega natomiast wątpliwości, jak ważne jest umożliwienie świadczeniodawcom wymiany dokumentów elektronicznych dotyczących stanu zdrowia pacjenta w celu prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne (co wiąże się też z zastosowaniem e-recepty i e-skierowania). Niezbędne jest jednak zachowanie odpowiednich mechanizmów chroniących dane wrażliwe (sensytywne) pacjentów.

Regulacje

Znów warto wskazać istniejące regulacje chroniące te dane. W zakresie przetwarzania danych pacjenta zastosowanie znajdują przepisy regulujące np. przetwarzanie dokumentacji medycznej poza placówką, co wymaga podpisania z podmiotem przetwarzającym

dane umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Trzeba jednak uwzględnić specyfikę elektronicznego przetwarzania danych, pamiętając o dotychczasowych doświadczeniach ze stosowania regulacji ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną (w MSWiA trwają prace nad modyfikacją tych przepisów), jak również przepisów wykonawczych regulujących wytwarzanie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej, które już teraz przewidują jej prowadzenie w postaci elektronicznej.

Z powyższych uwag wynika jednoznacznie, że zasadnicze elementy informatyzacji służby zdrowia powinny się bezpośrednio opierać na obowiązujących regulacjach prawnych, w szczególności na ustawie o informatyzacji. Praca projektodawców nowych regulacji powinna się więc skupiać raczej na uwzględnieniu i synchronizacji rozwiązań z obowiązującymi przepisami, przede wszystkim tymi, które sprawdziły się w praktyce (m.in. warto zwrócić uwagę na sposób funkcjonowania sądu elektronicznego, gdzie przecież również przetwarzane są dane poufne). Warto ponadto wykorzystać doświadczenia związane z funkcjonowaniem systemu informatycznego obsługującego rejestr zakładów opieki zdrowotnej, który umożliwi wnioskodawcom wprowadzanie zmian, także za pomocą aplikacji *online*. Doświadczenie pokazuje, że tworzenie całkowicie nowych, ignorujących inne rozwiązania, systemów informatycznych generuje niepotrzebne koszty i zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia korzystnych wyników.

Autor jest ekspertem kancelarii prawnej Baker & McKenzie