

## Bartłomiej Michalak

Naukowe Centrum Prawno-Informatyczne

# DOKUMENTACJA MEDYCZNA 3D

## Wprowadzenie

Dokumentacja medyczna jako logiczny system programowania, zbierania i przetwarzania danych zaczęła się wyłaniać w latach 50. XX w. Stała się nowym działem pomocniczym o znaczeniu podstawowym<sup>1</sup>. Ewolucja pojęcia dokumentacji medycznej wymaga zastosowania chronologii, która ma na celu urzeczywistnić wymiar czasowy. W perspektywie 2014 r., w sektorze zdrowia wyróżnia się trzy wymiary przestrzenne, pamiętając o czwartej współrzędnej – czasie.

Jak zauważa Grażyna Szpor, nowe akty prawne z działu informatyzacja rzadko przynoszą natychmiastową i spektakularną poprawę krytycznie ocenianej sytuacji<sup>2</sup>. Czy taki stan może odmienić Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, która poprzez prawne instrumenty wzmacnia dokumentację medyczną, jednocześnie sankcjonując datę bezwzględnego wprowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej?

Dla potrzeb artykułu posłużono się strzałką czasu Arthura Eddingtona, dzieląc czas na przeszły, teraźniejszy i przyszły. Mając usystematyzowany zakres kalendaryzowy, zostanie omówiony stan prawny wygenerowania dokumentacji medycznej.

## 1. Informacja w systemie ochrony zdrowia

W systemie zdrowia pojęcia informacji oraz dokumentacji zaczęły odgrywać ważną rolę z chwilą rozwoju technologii medycznych. Najwcześniejsze oceny technologii medycznych przeprowadzono w latach 30. i 40. XX w.<sup>3</sup>. Szczególny rozwój

---

<sup>1</sup> M. Troszyński, *O dokumentacji medycznej*, „Biuletyn Akademii Medycznej” 1969, nr 4.

<sup>2</sup> G. Szpor, *Diagnoza barier technologiczno-prawnych w zakresie informatyzacji lokalnej i regionalnej administracji samorządowej i ich wpływ na zdolność wykonywania zadań publicznych oraz rekomendacje rozwiązań prawnych i technologicznych*, Ekspertyza, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, biblioteka.wmi.pl [20.06.2013].

<sup>3</sup> H.D. Banta, B.R. Luce, *Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective*, Oxford University Press 1993.

nastąpił jednak w latach 60. XX w., kiedy to w Stanach Zjednoczonych przyjęto nowelizację do ustawy dotyczącą wprowadzenia na rynek żywności i leków – US Food and Drug Act z 1906 r. (poprawki z 1962 r.)<sup>4</sup>.

Drugim istotnym czynnikiem była teoria informacji i twierdzenie, którego twórcami są Ralph Hartley (1928 r.) i Claude E. Shannon (1948 r.)<sup>5</sup>. Henryk Staniewski wskazuje, że zastosowanie teorii informacji w medycynie dało naukowe podstawy dokumentacji danych zawartych w historii choroby. Jednocześnie dokumentacja stanowi główną metodologię dla medycznej informacji, która ma dwa źródła: bezpośrednią obserwację przypadków oraz zapisy tych obserwacji.

Przez wiele lat informacja medyczna opierała się na podstawowym dokumencie działalności lekarskiej, jakim jest historia choroby. Tadeusz Adynowski przedstawia historię choroby jako ilościowy wykładnik bogatego i bezpośredniego doświadczenia medycznego. Historia choroby ujmuje wiedzę medyczną jako zebrane, stale kontrolowane doświadczenie wielu pokoleń lekarzy<sup>6</sup>. Należy wskazać, że historia choroby jest dokumentem pierwotnym, powstałym w wyniku lekarskiego badania pacjenta.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej były uważane przez środowisko lekarskie jako źródło wiedzy naukowej, finansowej, statystycznej, prawnej (w tym sądowej). Jednakże w większym stopniu na podstawie dokumentacji medycznej poszukiwano nowych metod badania, wyjaśniania, gromadzenia i oceny danych medycznych. Obecnie uważa się, że prowadzenie dokumentacji medycznej jest i będzie uciążliwością, choćby ze względu na brak czasu<sup>7</sup>. Stan taki może być także wynikiem złej polityki rządu związanej z systemem kształcenia lekarzy<sup>8</sup>.

## 2. Dokumentacja medyczna – początek

Termin „dokumentacja medyczna” nie występował w nomenklaturze aktów prawnych aż do 1991 r. W Ustawie z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza<sup>9</sup> występują terminy „karta operacyjna” (art. 17, ust. 2), „recepta” (art. 18, ust. 1),

<sup>4</sup> M. Meadows, *Promoting Safe and Effective Drugs for 100 Years*, „FDA Consumer Magazine” 2006, www.fda.gov [21.06.2013].

<sup>5</sup> H. Staniewski, *Projekt karty obrzeżnie perforowanej do użytku oddziału zabiegowego i pierwsze doświadczenia kliniczne*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej im. K. Świerczewskiego w Szczecinie” 1976, t. XXII.

<sup>6</sup> T. Adynowski, *Historia choroby a dokumentacja lekarska*, „Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji” 1968, nr 2.

<sup>7</sup> Jest to fragment wypowiedzi prof. Romualda Krajewskiego z NIL, ogłoszonej w ramach X Konferencji OSOZ, która odbyła się w dniach 22-23 kwietnia 2010 r. w Warszawie.

<sup>8</sup> K. Nowosielska, *Zabraknie specjalistów leczących Polaków*, „Rzeczpospolita” 2013, www.prawo.rp.pl [09.07.2013].

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza. Dz. U. z 1950 r. Nr 50, poz. 458.

„świadczenie o stanie zdrowia” (art. 20, ust. 1). W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 1956 r. w sprawie przerywania ciąży<sup>10</sup> można odnaleźć termin „informacyjna karta szpitalna” (§ 1, ust. 2), czy „historia (karta) choroby” (§ 10). Jednak w 1959 r. „historia choroby” staje się „kartą (historią) choroby”, za sprawą Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 1959 r. w sprawie przerywania ciąży<sup>11</sup>. Rozporządzenie to wprowadziło dwa wzory ujednoczonych formularzy, pierwszy jako załącznik nr 1 Orzeczenie lekarskie o dopuszczalności przerwania ciąży, drugie załącznik nr 2 Orzeczenie lekarskie o niedopuszczalności przerwania ciąży. Pojęcie „dokumentacja lekarska” pojawiło się w § 1, ust. 1 Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 grudnia 1969 r. w sprawie oznaczenia numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów<sup>12</sup>, czy też w § 6, ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1976 r. w sprawie powszechnych badań lekarskich dzieci i młodzieży<sup>13</sup>. Wyliczenie to nie ma znamion katalogu zamkniętego, a jedynie celem autora jest ukazanie swobodnego operowania terminologią medyczną w aktach prawnych przez ówczesnego ustrojodawcę.

Za sprawą Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej pojawiło się na gruncie aktów prawa powszechnie obowiązującego pojęcie „dokumentacja medyczna” (art. 18, ust. 1), które jest używane do dnia dzisiejszego. Zmianie ulega jedynie jej objętość. Podział dokumentacji medycznej zastosowany w latach 90. nie został naruszony po dzień dzisiejszy. Mówiąc o dokumentacji medycznej trzeba więc rozróżnić:

- a) dokumentację medyczną indywidualną:
- dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną:
    - historię zdrowia i choroby,
    - historię choroby,
    - inne o podobnym charakterze i przeznaczeniu;
  - dokumentację medyczną indywidualną zewnętrzną:
    - skierowania do szpitala,
    - skierowania na badanie diagnostyczne,
    - zaświadczenia,
    - orzeczenia i opinie lekarskie,
    - karty informacyjne z leczenia szpitalnego,

<sup>10</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 1956 r. w sprawie przerywania ciąży. Dz. U. z 1956 r. Nr 13, poz. 68.

<sup>11</sup> Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 1959 r. w sprawie przerywania ciąży. Dz. U. z 1960 r. Nr 2, poz. 15.

<sup>12</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 grudnia 1969 r. w sprawie oznaczenia numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów. M. P. z 1969 r. Nr 52, poz. 413.

<sup>13</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1976 r. w sprawie powszechnych badań lekarskich dzieci i młodzieży. Dz. U. z 1976 r. Nr 25, poz. 150.

- inne o podobnym charakterze i przeznaczeniu;
- b) dokumentację medyczną zbiorczą<sup>14</sup>.

Co ciekawe już od 15 kwietnia 1993 r. dokumentacja medyczna mogła być sporządzana i przechowywana na komputerowych nośnikach informacji, jednakże przy jednoczesnym przechowywaniu jej wydruków. Możliwość taką niezmiennie utrzymały dwa rozporządzenia: pierwsze omawiające postępowanie z dokumentacją medyczną przez lekarzy wykonujących świadczenia poza zakładami opieki zdrowotnej<sup>15</sup>, drugie omawiające postępowanie z dokumentacją medyczną w zakładach opieki zdrowotnej<sup>16</sup>. Niewielka modyfikacja nastąpiła przy okazji wprowadzenia Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych<sup>17</sup>, która wprowadziła definicję sporządzania i utrwalania dokumentacji medycznej na elektronicznych nośnikach informacji.

Moment przełomowy nastąpił 29 czerwca 2007 r.<sup>18</sup>. Od tej daty dokumentacja medyczna „mogła” być prowadzona w postaci elektronicznej, przy zastosowaniu bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu oraz formatu XML<sup>19</sup>.

Pierwszą podziałką na strzałce czasu będzie okres od 29 listopada 1945 r.<sup>20</sup> do 31 grudnia 2010 r., stanowiący tło historyczne dla lepszego zrozumienia terminu dokumentacji medycznej.

---

<sup>14</sup> Podział został opracowany na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia (Dz. U. z 1993 r. Nr 3, poz. 13), które weszło w życie 15 kwietnia 1993 r.

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Dz. U. z 2001 r. Nr 83, poz. 903.

<sup>16</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Dz. U. z 2001 r. Nr 88, poz. 966.

<sup>17</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych. Dz. U. z 2003 r. Nr 147, poz. 1437.

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, oraz sposobu jej przetwarzania. Dz. U. z 2006 r. Nr 247, poz. 1819.

<sup>19</sup> eXtensible Markup Language – stosowany w celu zachowania czytelności i standaryzacji zapisu różnych danych, jest niezależny od systemów operacyjnych, [www.w3.org/XML/](http://www.w3.org/XML/) [21.06.2013].

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Dz. U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434.

### 3. Dokumentacja medyczna – terażniejszość

Zakres kolejnej części linii czasu, przeciwstawnej do przeszłości i przyszłości, stanowi okres od 1 stycznia 2011 r. do 30 lipca 2014 r. Początek może być dyskusyjny, jednak autor zdecydował się na dzień 1 stycznia 2011 r., który stanowi datę obowiązywania nowego aktu prawnego regulującego materię dokumentacji medycznej<sup>21</sup>.

W nowym akcie zdefiniowano zakres informacji (tzw. katalog) jakie powinny być gromadzone w dokumentacji medycznej. Katalog nie jest zamknięty, mieszczą się w nim informacje dotyczące m.in. stanu zdrowia i choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego i rehabilitacji. Początkowa data obowiązywania nowego rozporządzenia nie jest ostra, gdyż do 30 czerwca 2011 r. istniała możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej na tzw. starych zasadach<sup>22</sup>. Jednakże okres przejściowy nie zakłócał wprowadzania nowego ładu, a jedynie zapewniał komfort środowisku medycznemu w celu dostosowania się.

Kolejnym elementem wdrażanym do systemu ochrony zdrowia było opracowanie i przygotowanie dokumentacji opisującej politykę bezpieczeństwa w zakresie odnoszącym się do sposobu przetwarzania danych osobowych oraz środków ich ochrony, a także instrukcji określającej sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych, ze szczególnym uwzględnieniem wymogów bezpieczeństwa informacji<sup>23</sup>. Każdy podmiot leczniczy powinien zawrzeć w polityce bezpieczeństwa w szczególności: wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym są przetwarzane dane osobowe; wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych; opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi; sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami; określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przy przetwarzaniu danych<sup>24</sup>. Instrukcja, określająca sposób zarządzania systemem informatycznym,

<sup>21</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697.

<sup>22</sup> B. Michalak, *Nadzór nad informacją w polskim systemie ochrony zdrowia* [w:] *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym'11*, red. J. Gołuchowski, A. Frączkiewicz-Wronka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2012, s. 150-151.

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. Dz. U. Nr 100 poz. 1024.

<sup>24</sup> *Wytyczne dotyczące opracowania i wdrożenia polityki bezpieczeństwa*, Poradnik, GIODO 2004-2009, [http://www.giodo.gov.pl/163/id\\_art/1063/j/pl/](http://www.giodo.gov.pl/163/id_art/1063/j/pl/) [22.06.2013].

służącym do przetwarzania danych osobowych, powinna natomiast obejmować zagadnienia dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa informacji, a w szczególności: procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności; stosowane metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem; procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu; procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania; sposób, miejsce i okres przechowywania: a) elektronicznych nośników informacji zawierających dane osobowe, b) kopii zapasowych; sposób zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, o którym mowa w pkt III, ppkt 1 załącznika do rozporządzenia; sposób realizacji wymogów, o których mowa w § 7, ust. 1, pkt 4 rozporządzenia; procedury wykonywania przeglądów i konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych<sup>25</sup>.

Ramy prawne dokumentacji medycznej w systemie informacji w ochronie zdrowia pozwalają podmiotom leczniczym na kreowanie elektronicznego rekordu pacjenta. Jednakże „Informacja o wynikach kontroli. Informatyzacja szpitali”<sup>26</sup> wskazuje, że ramy te nie są zbyt jasne. Brak dostatecznego przekazu pociągnął za sobą: brak rozwoju zasobów organizacyjnych oraz znikome zasoby finansowe. Wyniki kontroli wskazują na zaniedbania ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

Krótki termin, dzielący nas od zakończenia drugiej podziałki na linii czasu, czyli 30 lipca 2014 r. pozwala stwierdzić, że próby wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wśród sporej części podmiotów leczniczych zakończą się niepowodzeniem<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> *Wskazówki dotyczące opracowania instrukcji zarządzania systemem informatycznym*, Poradnik, GIODO 2004-2009, [http://www.giodo.gov.pl/163/id\\_art/1064/j/pl/](http://www.giodo.gov.pl/163/id_art/1064/j/pl/) [22.06.2013].

<sup>26</sup> KZD-4101-05/2012 *Informacja o wynikach kontroli. Informatyzacja szpitali*, NIK 10 kwietnia 2013 r., <http://www.nik.gov.pl> [22.07.2013].

<sup>27</sup> W uzasadnieniu do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który wpłynął do Sejmu 4 czerwca 2014 r. (druk nr 2477), zaproponowano wydłużenie okresu przejściowego do dnia 1 sierpnia 2017 r. Wydłużenie, zdaniem projektodawców, wynika ze skali przedsięwzięcia oraz zróżnicowanego stopnia z informatyzowania podmiotów. Sejm w dniu 26 czerwca 2014 r. uchwalił ustawę, która została podpisana przez Prezydenta RP w dniu 23 lipca 2014 r. Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. Dz.U. z 2014 r. poz. 998. W art. 56, ust. 1 wprowadziła zapis pozwalający na prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej lub elektronicznej do dnia 31 lipca 2017 r.

#### 4. Jaka przyszłość dokumentacji medycznej?

Świadczeniodawcy zostali zobligowani do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w sposób umożliwiający pobranie danych zawartych w tej dokumentacji przez innego świadczeniodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługoborców w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Peter F. Drucker stwierdził, że najlepszą metodą przewidywania przyszłości jest jej tworzenie. Kontynuując tę myśl, należy wykazać, że przyszłość elektronicznej dokumentacji medycznej leży w dochowaniu norm prawnych, które sięgają nawet 1997 r.<sup>28</sup> Ustawa w art. 27, ust. 1 i ust. 2, pkt 7 co do zasady zabrania przetwarzania danych m.in. o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym. Jednakże dopuszczalne jest przetwarzanie tych danych, jeżeli jest ono prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>29</sup> zezwala na prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej do dnia 31 lipca 2014 r. Od dnia 1 sierpnia 2014 r. będzie istniał obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej. Podstawowy okres przechowywania dokumentacji medycznej wynosi dwadzieścia lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano czynność, dla której istnieje ustawowy obowiązek udokumentowania zdarzenia medycznego<sup>30</sup>. Co oznacza, że era elektronicznej dokumentacji medycznej zacznie w pełni obowiązywać od 1 stycznia 2035 r.

Jest to efektem braku wydania aktów prawnych dotyczących migracji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej do systemu P1. Pozytywnym przykładem przeniesienia treści dokumentu w postaci papierowej do struktury dokumentu w postaci elektronicznej jest migracja ksiąg wieczystych. Migracja ksiąg wieczystych polega na przeniesieniu treści dotychczasowej księgi wieczystej do struktury księgi wieczystej prowadzonej w systemie informatycznym, której dokonuje ośrodek migracyjny ksiąg wieczystych przy użyciu systemu informatycznego<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.

<sup>29</sup> Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657.

<sup>30</sup> Okresy przechowywania dokumentacji medycznej zostały określone w art. 29, ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 14 lutego 2003 r. o przenoszeniu treści księgi wieczystej do struktury księgi wieczystej prowadzonej w systemie informatycznym. Dz. U. z 2003 r. Nr 42, poz. 363.

Wszelkie potknięcia legislacyjne nie powinny mieć wpływu na wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. O ile termin 1 sierpnia 2014 r. na trzeciej już podziałce linii czasu może zostać przesunięty w przyszłość<sup>32</sup>, to trend wprowadzenia EDM jest nieodwracalny. Wpływ na to ma przynależność Polski do Unii Europejskiej, która stara się najpóźniej do 2020 r., wprowadzić technologie informacyjno-komunikacyjne w całym obszarze eZdrowia<sup>33</sup>.

## Podsumowanie

Najbliższy okres ma przynieść rzeczywistą, a nie teoretyczną możliwość zarządzania prawami dostępu do dokumentacji medycznej. Jest to wymóg prawny, który odpowiada oczekiwaniom społeczeństwa. Jak wskazuje Kajetan Wojsyk, usługi z zakresu ochrony zdrowia wymagają osobistego uczestniczenia pacjenta w procesach medycznych. Są jednak działania, do których dostęp można ułatwić, np. odbiór lub przekazanie wyników badań laboratoryjnych w postaci elektronicznej<sup>34</sup>.

Podsumowując, należy stwierdzić, że wraz z rozwojem cywilizacji/kultury ewoluje również „kwestia” dokumentacji medycznej. Pojęcie w przeszłości niemal nieznanne jest obecnie obiektem zainteresowań wielu grup społecznych, by w przyszłości stać się wyjątkowym opisem człowieka jako całości (3D).

## Literatura

- Adynowski T., *Historia choroby a dokumentacja lekarska*, „Aktualne Problemy Informatyki i Dokumentacji” 1968, nr 2.
- Banta H.D., Luce B.R., *Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective*, Oxford University Press, 1993.
- biblioteka.wmi.pl  
<http://www.giodo.gov.pl>  
<http://www.nik.gov.pl>  
<http://www.rcl.gov.pl>
- KZD-4101-05/2012 *Informacja o wynikach kontroli. Informatyzacja szpitali*, NIK 10 kwietnia 2013 r., <http://www.nik.gov.pl> [22.07.2013].
- Meadows M., *Promoting Safe and Effective Drugs for 100 Years*, „FDA Consumer Magazine” 2006, [www.fda.gov](http://www.fda.gov) [21.06.2013].

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. w art. 56 ust. 2 zmieniła zapis na 01 sierpnia 2017 r.

<sup>33</sup> Europejska Agenda Cyfrowa.

<sup>34</sup> K. Wojsyk, *Edukacyjno-informacyjny portal e-zdrowie* [w:] *Internet. Prawno-informatyczne problemy sieci, portali i e-usług*, red. G. Szpor, W.R. Wiewiórowski, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 351.



- Michalak B., *Nadzór nad informacją w polskim systemie ochrony zdrowia* [w:] *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym'11*, red. J. Gołuchowski, A. Frączkiewicz-Wronka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2012.
- Nowosielska K., *Zabraknie specjalistów leczących Polaków*, „Rzeczpospolita” 2013, [www.prawo.rp.pl](http://www.prawo.rp.pl) [09.07.2013].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 1956 r. w sprawie przerywania ciąży. Dz. U. Z 1956 r. Nr 13, poz. 68.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 1959 r. w sprawie przerywania ciąży. Dz. U. z 1960 r. Nr 2, poz. 15.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1976 r. w sprawie powszechnych badań lekarskich dzieci i młodzieży. Dz. U. z 1976 r. Nr 25, poz. 150.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych. Dz. U. z 2003 r. Nr 147, poz. 1437.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. Dz. U. Nr 100 poz. 1024.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, oraz sposobu jej przetwarzania. Dz. U. z 2006 r. Nr 247, poz. 1819.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697.
- Staniewski H., *Projekt karty obrzeżnie perforowanej do użytku oddziału zabiegowego i pierwsze doświadczenia kliniczne*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej im. K. Świerczewskiego w Szczecinie” 1976, t. XXII.
- Szpor G., *Diagnoza barier technologiczno-prawnych w zakresie informatyzacji lokalnej i regionalnej administracji samorządowej i ich wpływ na zdolność wykonywania zadań publicznych oraz rekomendacje rozwiązań prawnych i technologicznych*, Ekspertyza, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, biblioteka.wmi.pl [20.06.2013].
- Troszyński M., *O dokumentacji medycznej*, „Biuletyn Akademii Medycznej” 1969, nr 4.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Dz. U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434.
- Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza. Dz. U. z 1950 r. Nr 50, poz. 458.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 14 lutego 2003 r. o przenoszeniu treści księgi wieczystej do struktury księgi wieczystej prowadzonej w systemie informatycznym. Dz. U. z 2003 r. Nr 42, poz. 363.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657.
- Wojsyk K., *Edukacyjno-informacyjny portal e-zdrowie* [w:] *Internet. Prawno-informatyczne problemy sieci, portali i e-usług*, red. G. Szpor, W.R. Wiewiórowski, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012.

*Wskazówki dotyczące opracowania instrukcji zarządzania systemem informatycznym*, Poradnik, GIO-DO 2004-2009, [http://www.giodo.gov.pl/163/id\\_art/1064/j/pl/](http://www.giodo.gov.pl/163/id_art/1064/j/pl/) [22.06.2013].

[www.fda.gov](http://www.fda.gov)

[www.prawo.rp.pl](http://www.prawo.rp.pl)

[www.w3.org/XML/](http://www.w3.org/XML/)

*Wytyczne dotyczące opracowania i wdrożenia polityki bezpieczeństwa*, Poradnik, GIO-DO 2004-2009, [http://www.giodo.gov.pl/163/id\\_art/1063/j/pl/](http://www.giodo.gov.pl/163/id_art/1063/j/pl/) [22.06.2013].

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 grudnia 1969 r. w sprawie oznaczenia numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów. M. P. z 1969 r. Nr 52, poz. 413.

## 3D IN MEDICAL DOCUMENTATION

### Summary

The concept of health system information and documentation began to play an important role at the time of the development of medical technologies. For many years medical information was based on the core document of medical activities, which is a medical report. Data included in the medical documentation, was regarded by the medical profession as the source of financial, statistical, legal and scientific knowledge. In the perspective of 2014, the area of medicine recognizes a human being as the three dimensional description of medical report.