

BARTŁOMIEJ MICHALAK

BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI W REJESTRACH MEDYCZNYCH

I. WPROWADZENIE

Polski system informacji medycznej, będący orężem w walce o zdrowie pacjenta, podlega ochronie prawnej. Czy jednak obowiązek ten wykonywany jest w sposób właściwy? Czy poprzez decentralizację władzy w systemie ochrony zdrowia, informacja medyczna nie uległa znacznej dekoncentracji, stając się podatną na możliwość zafałszowania?

W Polsce istnieje ok. 32 rejestrów medycznych¹ prowadzonych na podstawie przepisów prawa. Brak głównego rejestru medycznego – z jednej strony – zapewnia bezpieczeństwo użytkowników systemu ochrony zdrowia w Polsce, czyli pacjentów, świadczeniodawców, ubezpieczycieli itd., z drugiej – stwarza niebezpieczeństwo fałszowania informacji medycznej².

Rejestr publiczny jest to rejestr, ewidencja, wykaz, lista, spis albo inna forma ewidencji służąca do realizacji zadań publicznych, prowadzona przez podmiot publiczny na podstawie odrębnych przepisów ustawowych³. Za uzupełnienie definicji ustawowej posłuży podział przedstawiony przez Tomasza Staweckiego⁴, gdzie rejestr publiczny jest to taki zbiór informacji o osobach, rzeczach lub prawach, który spełnia następujące warunki:

- utworzony jest na podstawie przepisów prawa;
- prowadzony jest przez organ rejestrowy o charakterze publicznym;
- przyjęcie, utrwalenie, a następnie ujawnienie określonych w nim informacji co do zasady następuje w drodze decyzji;
- prowadzenie rejestru i ujawnianie zawartych w nim danych rodzi skutki prawne zarówno dla osoby, której wpis dotyczy, jak i dla organu;
- jest jawny.

¹ Opracowanie własne, na podstawie Ewidencji Rejestrów MSWiA. Stan na dzień 1 czerwca 2009 r.

² Szerzej na temat fałszowania informacji medycznej: „Gazeta Prawna” dodatek „Biznes i zdrowie” nr 82 (2458), 28 kwietnia 2009 r. *Nieuczciwi świadczeniodawcy zapłacili 20 mln kar do Funduszu*, s. B1; Portal „rynekzdrowia.pl” – *Śląskie: mają pośrednika, który załatwiał zaświadczenia lekarskie dla gangstera*, PAP/Rynek Zdrowia 30 czerwca 2009 r.; Warszawa: *lekarze-oficerowie oskarżeni o fałszowanie dokumentacji medycznej*; „Rzeczpospolita”/Rynek Zdrowia, 26 czerwca 2009 r.; Jacek Paszkiewicz, *Niektóre szpitale fałszują dokumentację medyczną*, PAP/Rynek Zdrowia, 23 kwietnia 2009 r.; Artykuły z portalu dostępne na: <http://www.rynekzdrowia.pl/Listy.Aktualnosci/fałszowanie-dokumentacji-medycznej>.

³ Ustawa z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. 2005, Nr 64, poz. 565 z późn. zm.).

⁴ T. Stawek, *Rejestry publiczne. Funkcje instytucji*, LexisNexis, Warszawa 2005, s. 28-29.

W publicznym systemie ochrony zdrowia należy zwrócić uwagę na powiązanie czterech ustaw: z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Punktem wyjścia powinien być art. 2 ustawy o informatyzacji, który ma zastosowanie zarówno do publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których świadczenia finansowane są ze środków publicznych. Z kolei w odniesieniu do ustawy o finansowaniu świadczeń, należy zwrócić uwagę na art. 188 oraz 190-192, które to przepisy regulują kwestię przetwarzania i ochrony danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej wskazują na art. 32 e i art. 32 f regulujące kwestię rejestru usług medycznych, który funkcjonuje na terenie kilku oddziałów wojewódzkich NFZ⁵. I wreszcie w ustawie o izbach lekarskich na szczególną uwagę zasługuje rozdział 4. Jest to swoisty „szkielet” społecznej infrastruktury informacyjnej w polskim systemie ochrony zdrowia, który dostarczając informacji niezbędnych, ale i bezpiecznych umożliwi sprawne korzystanie z przysługujących obywatelom praw, ułatwiając funkcjonowanie w skomplikowanym systemie zdrowia⁶. Oczywiście szkielet ten w demokratycznym państwie prawa powinien współgrać z ustawą z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawą z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej, a także z pozostałymi aktami prawnymi tworzącymi tzw. prawo medyczne⁷.

II. REJESTR LEKARZY JAKO ELEMENT INFORMACJI MEDYCZNEJ

Obecnie w Polsce rejestr lekarzy i lekarzy dentystów nie znajduje się bezpośrednio w gestii Ministerstwa Zdrowia, jak to miało miejsce w latach 90. XX w. Istniał wtedy system SEKAMED funkcjonujący przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, który był centralnym systemem gromadzenia danych i centralnym rejestrem kadr medycznych. Obecnie funkcjonuje Centralny Rejestr Lekarzy⁸ (CRL) prowadzony zgodnie z art. 50 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁹. Jednak główne założenia Centralnego Rejestru Lekarzy powstały na podstawie nieobowiązującego już art. 35 ust. 1 pkt 15 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich¹⁰ oraz uchwały nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z 26 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy¹¹ (zwanej dalej

⁵ OW NFZ w Katowicach, OW NFZ w Opolu, OW NFZ Warszawa na Pradze.

⁶ J. Oleński, *Ekonomika informacji. Metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.

⁷ Jak zauważa M. Zralek, w: A. Frąckiewicz-Wronka, W. Koczur (red.), *Promocja zdrowia*, w: *Reforma systemu ochrony zdrowia. Szanse i bariery*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 1999, s. 133-137, brak w prawodawstwie polskim dostatecznej definicji zdrowia czy pojęcia ochrony zdrowia.

⁸ Uruchomiony został w I półroczu 2001 r.

⁹ Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708 (zwana dalej u.i.l.).

¹⁰ Dz. U. 1989, Nr 30, poz. 158 z późn. zm.

¹¹ Uchwała dostępna na: http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_rl/prawo/uc_k2.

uchwałą 104 NRL) w związku z art. 8 ust. 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹².

Zgodnie z art. 8 ust. 1 u.zaw.lek., każdy lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu (jest to lekarz/lekarz dentysta po ukończonych studiach medycznych, który nie ukończył stażu podyplomowego i nie uzyskał pozytywnego wyniku z Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarskiego Dentystycznego Egzaminu Państwowego), podlega wpisowi do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską. Przepis ten jest zgodny z art. 25 pkt 12 u.i.l., który stanowi, że okręgowa rada lekarska prowadzi okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów. Wpis na listę członków okręgowej rady lekarskiej jest jednoznaczny z wpisem do okręgowego rejestru lekarzy¹³, a co za tym idzie – dane osobowe będą gromadzone i przetwarzane w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Okręgowy rejestr lekarzy prowadzony jest przez okręgową radę lekarską i obejmuje zbiór dokumentów osobowych lekarzy oraz sporządzoną na jego podstawie komputerową bazę danych, z kolei Naczelna Rada Lekarska prowadzi Centralny Rejestr Lekarzy, obejmujący komputerową bazę danych sporządzoną na podstawie wybranych danych okręgowych rejestrów lekarzy oraz centralnych baz danych.

W § 15 uchwały 104 NRL zostały zawarte dane dotyczące lekarza, które zawiera okręgowy rejestr lekarzy. Są to: tytuł zawodowy; imiona i nazwisko; płeć; nazwisko rodowe i poprzednie, jeżeli dokumenty opiewają na inne nazwisko niż obecne; imiona rodziców; miejsce urodzenia; numer ewidencyjny PESEL lub datą urodzenia w odniesieniu do lekarza, który nie posiada numeru PESEL; numer NIP; obywatelstwo; numer prawa wykonywania zawodu (ograniczonego prawa wykonywania zawodu) i numer odpowiedniej uchwały okręgowej rady lekarskiej wraz z datą jej podjęcia; numer rejestracyjny oraz kolejne zmiany tego numeru wraz z datą wpisu do rejestru i numerem uchwały okręgowej rady lekarskiej w wypadku przeniesienia do innej izby; numery dotychczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i datą wydania; informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie; informację o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu; nazwa ukończonej wyższej uczelni medycznej, jej siedzibę i wydział; numer dyplomu wyższej uczelni medycznej i data wydania; rok ukończenia studiów; data rozpoczęcia wykonywania zawodu; data i miejsce ukończenia stażu podyplomowego lub praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej; informacja o złożeniu egzaminu państwowego (obowiązuje od 1 września 1999 r.); rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji oraz datę jej uzyskania i nazwę jednostki nadającej specjalizację; rodzaj umiejętności medycznej oraz data jej uzyskania i nazwę jednostki stwierdzającej posiadanie umiejętności; rodzaj i data uzyskania stopnia naukowego i nazwę jednostki nadającej stopień; rodzaj i data uzyskania tytułu naukowego i nazwę organu

¹² Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm. (dalej: u.zaw.lek.).

¹³ Załączniki do uchwały 104/97/II NRL: W-1 wniosek o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do rejestru okręgowej izby lekarskiej; W-2 wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do rejestru okręgowej izby lekarskiej.

nadającego tytuł; nazwa, adres miejsca pracy, w tym prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej, numer telefonu i faksu, numer poczty elektronicznej, numer statystyczny REGON oraz datę zatrudnienia – od... – do..., stanowisko (dla każdego kolejnego zakładu pracy lub miejsca, w tym prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu); datę rozpoczęcia ostatniej przerwy w wykonywaniu zawodu; informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony; informacja o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu; informacja o podjęciu wykonywania zawodu; informacje o przebywaniu na emeryturze lub rencie, data przyznania, nazwę organu wydającego decyzję; stosunek do służby wojskowej; adres zamieszkania, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej; adres do korespondencji; znajomość języków obcych i stopień ich znajomości; funkcje pełnione w samorządzie lekarskim, datę wyboru i zakończenia pełnienia funkcji; informacja o ukończonych studiach niemedycznych; datę ważności zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu lekarza (tylko dla lekarzy cudzoziemców, którzy uzyskali to zezwolenie przed dniem 27 września 1997 r.); numer seryjny i data wystawienia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu; numer seryjny i data wydania duplikatu dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu; numer seryjny legitymacji lekarza (po wydaniu legitymacji); informacja o skreśleniu z rejestru. Odpowiednikiem § 15 uchwały 104 NRL jest art. 49 ust. 5 nowej u.i.l., który nie wprowadza żadnej rewolucji w systemy teleinformatyczne okręgowych rad lekarskich. Dodano jedynie kod jednostki terytorialnej dla celów statystycznych (NTS) oraz identyfikator operatora rejestru, który może być pomocny w kwestiach wyszukiwania, czy też lepszej identyfikacji wprowadzanych danych.

Natomiast § 17 uchwały 104 NRL zawiera dane, na podstawie których tworzony jest Centralny Rejestr Lekarzy. W przeważającej części dane pochodzą z okręgowych rejestrów lekarzy oraz centralnych baz danych, w miarę potrzeb i merytorycznego rozwoju oprogramowania systemowego rozwijanych, m.in. z systemu PESEL¹⁴ prowadzonego przez Rządowe Centrum Informatyczne. Z kolei odpowiednikiem § 17 uchwały 104 NRL jest art. 50 nowej u.i.l., który centralne bazy danych definiuje jako system PESEL, rejestr prowadzony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych¹⁵, a także jako rejestry oraz archiwum danych osobowych lekarzy wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pochodzące ze źródeł o charakterze historycznym.

Centralny Rejestr Lekarzy RP został opublikowany przez Naczelną Izbę Lekarską w Internecie w formie ogólnodostępnego serwisu umożliwiającego sprawdzenie podstawowych informacji o lekarzach i lekarzach dentystach przez zainteresowanego pacjenta oraz sprawdzeniu lekarza przez innego lekarza w celach związanych z procesem leczenia pacjenta. Dane podstawowe lekarza zawierają: imiona i nazwisko; tytuł zawodowy; stan aktualności prawa

¹⁴ Rejestr PESEL – Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności. Ustawa z 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. 2006, Nr 139, poz. 993 z późn. zm.).

¹⁵ Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2005, Nr 31, poz. 267 z późn. zm.), art. 56 ust. 2 pkt 1-8.

wykonywania zawodu; nazwisko rodowe i kolejne; obywatelstwo; numer prawa wykonywania zawodu (ograniczonego prawa wykonywania zawodu); numer seryjny dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu; nr wpisu w rejestrze; członkostwo w okręgowej izbie lekarskiej; status informacji o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu; rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji; rodzaj uzyskania stopnia lub tytułu naukowego; termin upływu prawa wykonywania zawodu. Istnieje również możliwość korzystania z danych rejestrowych w sposób szerszy przez podmioty i organizacje na podstawie indywidualnej umowy na dostęp do Rejestru i na zasadach odpłatności¹⁶.

Kolejnym przykładem dostępu do danych o lekarzu/lekarzu dentyście jest udostępniona na internetowej stronie głównej Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁷ elektroniczna wersja Centralnego Monitoringu Świadczeń – Informator o umowach zawartych przez poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ¹⁸. Informacje zgromadzone w bazie Narodowego Funduszu Zdrowia i udostępnione na stronie internetowej zawierają: NIP; REGON; nazwę świadczeniodawcy (jeżeli nazwa świadczeniodawcy zawiera imię i nazwisko lekarza, również te dane są dostępne); adres świadczeniodawcy (z podaniem miejscowości, ulicy, numeru posesji oraz kodu pocztowego).

Istotne znaczenie informacyjne dla sektora medycznego ma Krajowy Rejestr Sądowy, a dokładniej wyszukiwarka podmiotów w Krajowym Rejestrze Sądowym. W przypadku odnalezienia Świadczeniodawcy w Centralnym Monitoringu Świadczeń NFZ, udzielającego usług medycznych w formie spółki kapitałowej, za pomocą opcji „Według numeru”, wpisując nr NIP, numer REGON, lub też za pomocą opcji „Według nazwy”, wpisując nazwę w pełnym brzmieniu, można uzyskać imiona i nazwiska członków zarządu¹⁹, z kolei tę informację można rozszerzyć za pomocą Centralnego Rejestru Lekarzy²⁰.

III. INFORMACJA MEDYCZNA CHRONIONA PRAWEM

Jeżeli najważniejszą informacją w systemie ochrony zdrowia jest informacja medyczna²¹, to nasuwa się pytanie, czy jest ona dobrze chroniona, czy podmioty, które tę informację przetwarzają i gromadzą są dobrze chronione.

¹⁶ Źródło: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/rejlek>.

¹⁷ Źródło: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=1&artnr=1483>.

¹⁸ Zgodnie z art. 135 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej: u.ś.o.z., Narodowy Fundusz Zdrowia zamieszcza na swojej stronie internetowej informacje o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.

¹⁹ Źródło: <http://krs.cors.gov.pl/Rejestr.aspx>.

²⁰ Zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 7 i 8 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), spółki prawa handlowego mieszczą się w grupie podmiotów zdolnych do utworzenia zakładu opieki zdrowotnej.

²¹ Jerzy Miller, były Prezes NFZ, wygłosił takie zdanie podczas Seminarium z cyklu Forum Medycyna 2010, „Publiczny system opieki zdrowotnej – potrzeba czy przeżytek?”, które odbyło się w Warszawie 19 czerwca 2008 r. w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie.

Każdy z wymienionych rejestrów jest prowadzony zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, np. art. 135 ust. 1 u.ś.o.z., w myśl którego „Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne”. W zamyśle Samorządu Lekarskiego korzystanie z Centralnego Rejestru Lekarzy RP ma na celu realizację pożytku publicznego²².

Czy informacje, które można uzyskać w sposób zgodny z prawem, zupełnie darmowy oraz anonimowy, nie mogą posłużyć przy dokonaniu przestępstwa, jakim będzie sfałszowanie dokumentacji medycznej, w celu wyłudzenia świadczenia medycznego lub kompromitacji konkurenta biznesowego? Gdzie należy upatrywać początków „możliwości” fałszowania tożsamości dokumentu, by znaleźć rozwiązanie dla „bezpiecznej” informacji medycznej wolnej od wad?

IV. REFORMA POJĘCIA INFORMACJI MEDYCZNEJ

Przed reformą zdrowotną ze stycznia 1999 r. o informacji mówiono w sensie bazy danych jako zbiorze informacji lub też zbiorze rekordów danych przechowywanych w pamięci komputera i dostępnych przy jego użyciu²³.

Informacja nie była również postrzegana jako oręż w walce z destabilizacją systemu ochrony zdrowia w początkowym okresie wdrażania reformy. Brak rejestrów usług medycznych, na których utworzenie wojewodowie mieli czas do końca 1998 r. (zgodnie z ustawą) oraz likwidacja rejestrów już istniejących (województwo lubelskie) wskazują na zaniedbania w sferze informacyjnej systemu ochrony zdrowia²⁴. Ignorancja wobec jednego z podstawowych narzędzi w systemie zdrowia, jakim jest informacja medyczna, przejawiała się również w decyzji ministra zdrowia o rezygnacji z tworzenia Rejestru Usług Medycznych.

Założeniem powstania RUM jest rozwiązanie problemu wiarygodności oraz bezpieczeństwa danych. Kluczowymi pojęciami w tej dziedzinie ma być identyfikacja polegająca na ustaleniu tożsamości podmiotów (osób) oraz uwierzytelnienie rozumiane jako uwiarygodnianie danych przez podmioty (osoby) biorące udział w transakcji medycznej, czyli – zgodnie z art. 49 ust. 1 u.ś.o.z. – „potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej”.

W systemie RUM II zagadnienia identyfikacji i uwierzytelnienia mają być rozwiązane przy pomocy elektronicznych kart procesorowych oraz technologii podpisu elektronicznego z wykorzystaniem infrastruktury klucza publicznego.

Wielofunkcyjny formularz, który może nosić nazwę „kupon RUM”, będzie oznaczony identyfikatorem transakcji medycznej (nadrukowany w kodzie kreskowym), „wiążąc” elektroniczne dane systemu RUM z dokumentacją medyczną, przy czym skierowania, zlecenia należy traktować jako dokumen-

²² E. Gwiazdowicz, *Rzecznik Prasowy NRL informuje*, „Gazeta Lekarska. Pismo Izby Lekarskich” 2001, nr 4.

²³ C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządowców*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999, s. 14-15.

²⁴ C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 196.

tację medyczną zewnętrzną (dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną jako potwierdzenie udzielenia świadczenia) albo jako recepty. Twórcy Rejestru rozważają nawet zunifikowanie formularzy poprzez nadruki identyfikujące i zabezpieczające zgodne z wymaganiami ZUS, z formularzami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, np. „Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy”.

W celu spełnienia wymogu standardów otwartości świadczeniodawcy i apteki będą musiały zaopatrzyć się w otwarte oprogramowanie dla obsługi elementów RUM.

Z kolei portal internetowy pozwoli personelowi medycznemu i pacjentom na dostęp do danych zgromadzonych w systemie RUM, przy czym dla personelu medycznego będą dostępne dane dotyczące jego zleceń oraz ich realizacji. Ponadto personel medyczny (najczęściej lekarz) może mieć dostęp do wszystkich danych zgromadzonych w systemie RUM dotyczących danego pacjenta, pod warunkiem uzyskania jego zgody. Dostęp do danych zgromadzonych w systemach medycznych świadczeniodawców będzie realizowany z wykorzystaniem uwierzytelnienia zgodnie z normą PN-ENV 13729²⁵. Dane odpersonalizowane, zagregowane lub analizy i zestawienia syntetyczne dostępne będą dla instytucji naukowo-badawczych, medycznych korporacji zawodowych oraz innych uprawnionych osób.

Zapisanie w pamięci elektronicznej karty danych osobowych i adresowych osoby ubezpieczonej mogą usprawnić odczytywanie i sporządzanie wydruków na dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, co złoży się na przyspieszenie tworzenia dokumentacji i poprawi jej jakość w zakresie danych identyfikacyjnych i adresowych osób ubezpieczonych oraz odciąży świadczeniodawców od wielokrotnego ręcznego przepisywania tych danych. A zaimplementowanie w karcie pacjenta narastającego chronologicznie licznika kontaktów medycznych (podpisów elektronicznych) może złożyć się na utrudnienie oszustw, uniemożliwiając tworzenie wstecznej dokumentacji medycznej i sprawozdawczej oraz utrudniając nieuprawnione, wielokrotne wykorzystywanie kopii zleceń lub recept²⁶.

Z przytoczonego fragmentu Koncepcji RUM wynika ogrom zmian legislacyjnych, chociażby: wprowadzenie do ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapisu o wykorzystaniu infrastruktury klucza publicznego do potwierdzenia wykonanej transakcji medycznej oraz rozwinięcia art. 190; wprowadzenie w rozporządzeniach z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej w placówkach ochrony zdrowia definicji wielofunkcyjnego formularza RUM; rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra

²⁵ PN-ENV 13729:2003 – Informatyka w ochronie zdrowia. Bezpieczna identyfikacja użytkownika. Silne uwierzytelnienie przy użyciu kart mikroprocesorowych (oryg.). Status normy aktualna – uznaniowa (ang.). Zatwierdzona 23 września 2003 r.

²⁶ Koncepcja systemu RUM II (projekt 5.1) z 21 września 2007 r.: <http://www.nfz.warszawa.pl>. Dokument zwany dalej Koncepcją RUM.

właściwego do spraw wewnętrznych²⁷, rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 19 września 2007 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania²⁸, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania²⁹, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania³⁰; rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich³¹; w rozporządzeniach ZUS związanych ze świadczeniami zdrowotnymi zunifikowanie formularzy, np. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy³²; wydanie aktów wykonawczych do art. 32e i 32f³³ ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

V. BRAK ASYMETRII INFORMACJI MEDYCZNEJ

Przy braku rzetelnej, weryfikowalnej, aktualnej informacji medycznej dochodzi do łamania obywatelskiego prawa do informacji, wynikającego bezpośrednio z prawa człowieka do prawdy³⁴. Ograniczanie, utrudnianie czy przekazywanie informacji nieprawdziwej, nierzetelnej oraz dezinformowanie jest naruszeniem praw pacjenta, natomiast z prawa obywatela do informacji wynika obowiązek państwa do zapewnienia obywatelom informacji³⁵, także medycznej.

Dezinformacja w systemie ochrony zdrowia jest szkodliwa dla wszystkich, czyli: pacjenta, personelu medycznego (w tym lekarza), ubezpieczyciela, ministra zdrowia, co prowadzi do braku asymetrii informacji³⁶. Dlatego ustawodawca, nowelizując akty związane z ochroną informacji medycznej, powinien rozpatrzyć skuteczność prawa w trzech płaszczyznach: jako relację skutków funkcjonowania norm prawnych do celów, które założył prawodawca; jako skuteczność aktów stosowania prawa; jako skuteczność sposobu wykonania aktów stosowania prawa³⁷.

²⁷ Dz. U. 2007, Nr 217, poz. 1614.

²⁸ Dz. U. 2007, Nr 185, poz. 1319.

²⁹ Dz. U. 2006, Nr 247, poz. 1819.

³⁰ Dz. U. 2001, Nr 83, poz. 903.

³¹ Dz. U. 2007, Nr 97, poz. 646.

³² Dz. U. 2005, Nr 145, poz. 1219.

³³ Rozdział 3a „Rejestr usług medycznych” został dodany 5 grudnia 1997 r. na mocy art. 1 pkt 40 ustawy z 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1997, Nr 104, poz. 661 z późn. zm.).

³⁴ Uniwersalna Deklaracja Prawa Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1949 r. w San Francisco jako dokument rangi konwencji.

³⁵ J. Oleński, *Ekonomika informacji...*, s. 17-19.

³⁶ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 13-22.

³⁷ Z. Kmiecik, *Z zagadnień metodologii badań skuteczności regulacji administracyjnoprawnej*, w: G. Szpor (red.), *Ochrona danych osobowych. Skuteczność regulacji*, Wyd. Municipium SA, Warszawa 2009, s. 13.

Trzecia płaszczyzna, największa, zdaje się potwierdzać legalność prawodawstwa w zakresie bezpieczeństwa informacji medycznej, gdyż ustawodawca spełnił swą powinność, zapewniając normy prawne niezbędne do funkcjonowania informacji w systemie zdrowia. Decydent ma możliwość wyboru, natomiast każdy z podmiotów, na który nałożono dyspozycję, wywiązał się z niej. Z kolei pierwsza płaszczyzna, najszersza, wskazuje na nieskuteczność ochrony informacji medycznej poprzez badanie działania norm prawnych, które odnosi się do sposobu wykonywania tych aktów.

VI. BRAK DOSTATECZNYCH DEFINICJI W SYSTEMIE ZDROWIA

Przyglądając się jednak analizom i strategiom, opracowywanym na zlecenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji³⁸ oraz Ministerstwa Zdrowia³⁹, zauważyć można nową drogę, a raczej próbę stworzenia tej drogi. Zasygnalizowana sytuacja braku dostatecznych definicji w systemie ochrony zdrowia, stanowi problem w przejrzystym określeniu zasad i przynależności aktów prawnych⁴⁰. Jak wskazują S. Wronkowska i M. Zieliński, pojęcia prawne powinny być definiowane, gdy nie są jednoznaczne, ostre i powszechnie zrozumiałe⁴¹, jeżeli jednak zachodzi potrzeba zapewnienia elastyczności tekstu aktu normatywnego, można posłużyć się określeniami nieostrymi, klauzulami generalnymi⁴².

W projekcie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴³ wprowadzono zapisy, które mają na celu uzupełnienie przepisów ustaw: z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, z 22 stycznia 1999 r. o ochronie informacji niejawnych; a także zmianę szeregu innych ustaw regulujących działalność systemu ochrony zdrowia, np. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej. Projektodawca przyjął założenie o potrzebie wyszczególnienia wszystkich potrzebnych w sektorze ochrony zdrowia systemów informacyjnych oraz zdefiniowania relacji i przepływu między nimi⁴⁴. Rozwiązania projektowe ustawy prowadzą również do utworzenia systemu, do którego dostęp

³⁸ „Strategia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce do roku 2013”, Załącznik nr 1, MSWiA, Warszawa 2005.

³⁹ J. Ombach, W. Słomczyński, *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej w Polsce. Ekspertyza*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2000; Projekt „Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2009-2015”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2009.

⁴⁰ B. Michałak, *Aspekty prawne informatyzacji podmiotów medycznych*, Konferencja „IT w Służbie Zdrowia GigaCon”, Warszawa 22 września 2008 r.

⁴¹ S. Wronkowska, M. Zieliński, *Problemy i zasady redagowania tekstów prawnych*, Urząd Rady Ministrów, Warszawa 1993.

⁴² § 155 ust. 1 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. 2002, Nr 100, poz. 908).

⁴³ Projekt z 20 listopada 2008 r., źródło CSIOZ.

⁴⁴ Pismo Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia NFZ/CF/BP/Eko/2008/073/0220/W/00670/Eko z 13 stycznia 2009 r. do pana Jakuba Szulca, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, oceniające projekt ustawy krytycznie, s. 1.

posiadać będzie bardzo duża liczba podmiotów, co stwarza niebezpieczeństwo bezprawnej ingerencji w przetwarzane dane, w tym dane wrażliwe (art. 27 ust. 1 u.o.d.o.) posiadające wysoką wartość rynkową⁴⁵.

VII. NOWA JAKOŚĆ, STARY PROBLEM

Ustawodawca, po ośmiu nowelizacjach przeprowadzonych w latach 1990-2004, postanowił wprowadzić nowy akt prawny, który ma sprostać wymaganiom przed jakimi stoi samorząd lekarski, oraz zapewnić należyłą ochronę praw osób pokrzywdzonych. Zgodnie z art. 122 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, traci moc ustawa z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, notabene uchwalona jeszcze w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. W czasie prac nad projektem, skupiano się głównie nad problemem odpowiedzialności zawodowej lekarzy, dopiero Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (GIODO) zgłosił⁴⁶ wątpliwości dotyczące zgodności z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁴⁷. Według GIODO, art. 50 ust. 1 pkt 2, stosownie do art. 49 ust. 5 może prowadzić do naruszenia art. 26 ust. 1 pkt 3, co oznacza, że dane gromadzone w rejestrze w pewnej części są zbędne z punktu widzenia przetwarzania tych danych. GIODO zwrócił również uwagę na zakres upublicznienia danych w CRL, powołując się na ustawę z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, a także na art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, przyjmując z zadowoleniem fakt uregulowania tej kwestii przepisami w randze ustawy, jednak zauważył zbyt szeroki zakres jawności danych o lekarzu, wskazując, że „każdemu” zostało zagwarantowane prawo do prywatności.

Uwagi GIODO, co do braku ochrony informacji o lekarzu, nie wnoszą do tematu *novum*, jednak stają się ważnym głosem w dyskusji, do której musi dojść. Trudno sobie wyobrazić szybką nowelizację nowo uchwalonego aktu prawnego, ze względu na zbyt dużą jawność danych o lekarzu, a także członkach jego rodziny. Jednak kwestie te powinny zostać poruszone przy okazji tworzenia prawa składającego się na informację medyczną.

Należy również zwrócić uwagę, że z punktu techniki legislacyjnej, sformułowanej w § 157, za nieprawidłowe uznaje się stosowanie odesłań do przepisów zawierających odesłania, natomiast funkcjonowanie Centralnego Rejestru Lekarzy oparto na art. 3 pkt 3 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁴⁸, która odsyła do art. 2 ust. 3 ustawy z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁴⁹, z kolei to

⁴⁵ Pismo Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych DOLiS-033-375/08/34587 z 12 grudnia 2008 r. do pana Jakuba Szulca Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, zwraca uwagę na wysoce wątpliwe realne zapewnienie obowiązków spoczywających na podmiotach prowadzących bazy danych w zakresie ochrony zdrowia, s. 1-2.

⁴⁶ Pismo z 30 lipca 2009 r. (sygn. DOLiS-033-225/09/27843/09) skierowane do pana Lecha Czapli, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, w związku z pismem z 2 lipca 2009 r. (znak: PS-119/09) do druku nr 2151.

⁴⁷ Dz. U. 1997, Nr 133, poz. 883 z późn. zm. (dalej: u.o.d.o.).

⁴⁸ Dz. U. 2005, Nr 64, poz. 565 z późn. zm. (dalej: ustawa o informatyzacji).

⁴⁹ Dz. U. 2002, Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.

unormowanie odsyła do ustawy z 21 lipca 2000 r. Prawo telekomunikacyjne⁵⁰, która została uchylona przez ustawę z 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne⁵¹.

Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej stał się rejestrem, którego materię określa akt prawny w randze ustawy⁵². Jest to kolejny krok w procesie regulowania stosunków społecznych i gospodarczych związanych z przekazywaniem i przetwarzaniem informacji⁵³. Ważne wydaje się również zwrócenie uwagi na dostosowywanie form i metod działalności rejestru przez ustawodawcę, które musi uwzględniać potrzeby i oczekiwania lekarzy i ich rodzin, czyli zapewnić im prawo do prywatności, a przy tym w sposób pełniejszy zabezpieczyć informację medyczną.

VIII. PODSUMOWANIE

Potrzeba „pewnej”⁵⁴ informacji medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia stała się koniecznością od chwili wejścia reformy rządu premiera J. Buzka, czyli 1 stycznia 1999 r., reformy nie pierwszej oraz nie ostatniej. Możliwości fałszowania dokumentacji medycznej, w obecnym stanie prawnym są ogromne. Sytuacja jaka może powstać po wprowadzeniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, może spowodować poważne, a nawet nieodwracalne szkody dla osób, których przetwarzane dane dotyczą. Ochrona istniejących czy tworzenie nowych rejestrów medycznych powinna stwarzać bezpieczeństwo danych świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców, zapewniające również pewność rynku medycznego. Zwrócenie uwagi, czy zakres udostępnianych danych jest adekwatny do potrzeb, którym rejestr ma służyć, a także rozważa przy próbach tworzenia nowych rejestrów w demokratycznym państwie prawa powinna również uwzględniać zasadnicze pytanie: na ile zależy pacjentowi, aby lekarz znał całą jego historię zdrowia. Natomiast wprowadzenie harmonizacji pojęć prawnych, technicznych i organizacyjnych, np. w systemie ochrony zdrowia, zwiększy przejrzystość regulacji i ułatwi przezwyciężenie patologii stosowania prawa w oparciu o uzgodnienia interdyscyplinarne⁵⁵.

mgr Bartłomiej Michalak
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie
medi@wp.pl

⁵⁰ Dz. U. 2000, Nr 73, poz. 852 z późn. zm.

⁵¹ Dz. U. 2004, Nr 171, poz. 1800 z późn. zm.

⁵² Dotychczas rejestr ten prowadzony był na podstawie omówionej wcześniej uchwały nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z 26 września 1997 r.

⁵³ G. Szpor, Cz. Martysz, K. Wojsyk, *Ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007, s. 11-14.

⁵⁴ W znaczeniu: niezawodnej, skutecznej, gwarantującej bezpieczeństwo, trwałość, *Słownik języka polskiego*, <http://sjp.pwn.pl>.

⁵⁵ Prof. Grażyna Szpor w wystąpieniu *O badaniach naukowych i edukacji prawno-informatycznej*, podczas Konferencji Naukowej „Bezpieczeństwo w Internecie”, która odbyła się 16 czerwca 2009 r. na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

SAFETY OF THE INFORMATION CONTAINED IN MEDICAL REGISTERS

Summary

In Poland, the medical information system as an important tool in the overall patient health care system is protected by law. But is that system and the information stored in it properly protected? And has the de-centralisation of the main authorities in the health care system contributed to the de-concentration of the information making it possible to falsify the data?

There are thirty two medical registers in Poland and the manner in which they are kept is regulated by law. The fact that there exist more, not just one, registers ensures, on the one hand, the safety of the information about the users of the health care system, but it creates, on the other hand, a danger that medical data may be falsified. The author attempts to assess the safety of the data stored in medical registers, based on the analysis of the existing laws, conceptions, strategies, expertise and projects concerning information in the health care system. Among them the Central Register of Medical and Dental Practitioners of the Republic of Poland is particularly noteworthy. Its contents is regulated by the statute and significantly contributes to the regulation of the social and economic relations that are being established in the transmission of information and data processing.