

mgr Julia Aleksandrowicz¹

Uniwersytet Vizja, Warszawa

https://doi.org/10.29316/9788368103281_10

CYFROWA REWOLUCJA W OCHRONIE ZDROWIA – OSIĄGNIĘCIA I WYZWANIA

THE DIGITAL REVOLUTION IN HEALTHCARE – ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES

Streszczenie

Pierwsze możliwości wykorzystania komputerów do prowadzenia dokumentacji medycznej pojawiły się na gruncie polskiego prawa na początku lat 90. Początkowo regulacje nie dawały możliwości wykorzystania systemów informatycznych jako jedyne źródła danych medycznych, mogły one stanowić jedynie wsparcie dla prowadzenia papierowej dokumentacji. Od 2020 roku obowiązują przepisy nakazujące prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej, przewidują one jednak szeroko interpretowane wyjątki. Rok 2011 przyniósł ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, jednak ostateczny moment przejścia wyłącznie na dane cyfrowe był odsuwany w czasie. Obecnie funkcjonuje katalog dokumentów, które mają być prowadzone w formie elektronicznej, jednak i w tej formule pojawiają się problemy sprawiające, że informatyzacja w dalszym ciągu ma jedynie częściowy charakter. Dokumentacja papierowa nadal odgrywa bardzo dużą rolę w procesie leczenia, w tym również w zakresie danych historycznych o świadczeniach udzielonych pacjentowi, które nie zostały wprowadzone do systemu. Zmiany wymagają odpowiednich nakładów, ale i odpowiedniego podejścia personelu. Potrzebne są kompleksowe rozwiązania poparte wnikliwą analizą już funkcjonujących regulacji prawnych.

Słowa kluczowe: informatyzacja, dokumentacja medyczna, elektroniczna dokumentacja medyczna, ochrona zdrowia

¹ e-mail: j.aleksandrowicz@vizja.pl.

Abstract

The first opportunities for using computers to maintain medical records emerged in Polish law in the early 1990s. Initially, regulations did not allow for the use of IT systems as the sole source of medical data; they could only support paper records. Since 2020, regulations requiring records to be maintained electronically have been in force, but these regulations provide for broadly interpreted exceptions. The year 2011 brought the passage of the Healthcare Information System Act, but the final transition to exclusively digital data has been postponed. Currently, a catalog of documents is in place to be maintained electronically, but even this format faces challenges, resulting in only partial computerization. Paper documentation still plays a significant role in the treatment process, including historical data on services provided to patients that have not been entered into the system. These changes require appropriate investment, but also a focused approach from staff. Comprehensive solutions supported by a thorough analysis of existing legal regulations are needed.

Keywords: computerization, medical records, electronic medical records, healthcare

Wstęp

Sektor ochrony zdrowia w ostatnich latach wdrożył kolejne rozwiązania zmierzające do odejścia od pracy przy wykorzystaniu papierowej dokumentacji na rzecz danych przechowywanych w systemach informatycznych o ogólnopolskim zasięgu. Celem niniejszego rozdziału jest ukazanie procesu przemian, poczynwszy od pierwszych regulacji prawnych z początku lat 90., po wdrożenie funkcjonujących dziś rozwiązań. Na podstawie analizy aktualnego stanu prawnego i historycznych regulacji, a także w oparciu o piśmiennictwo zidentyfikowano kluczowe przeszkody i trudności, z jakimi trzeba się zmierzyć, żeby osiągnąć cel w postaci informatyzacji sektora ochrony zdrowia.

Informatyzacja to proces rozciągnięty w czasie i od lat budzący wiele kontrowersji nie tylko co do kształtu rozwiązań, ale i ogólnej zasadności ich wprowadzania. Nowoczesne technologie cyfrowe, które powinny być synonimem wygody, często okazują się uciążliwością – zarówno z perspektywy „odbiorców” przyzwyczajonych do papierowej dokumentacji, jak i do „wytwórców” dokumentów, którzy chcieliby więcej czasu poświęcić na bezpośredni kontakt z pacjentem niż na uzupełnianie dokumentacji. Różnice

w postrzeganiu informatyzacji są widoczne również dla przedstawicieli różnych pokoleń. Nie ma zatem jednej, wspólnej wszystkim idei zmian, w duchu której podejmowane mogłyby być działania.

Początki informatyzacji

Początek lat 90. to nie tylko okres transformacji ustrojowej, ale czas pojawienia się pierwszych komputerów w zakładach pracy. Zmiany nie omiły sektora ochrony zdrowia, który doczekał się nowej regulacji stanowiącej podstawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zmienionych realiach społeczno-gospodarczych, czyli ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). Jej uzupełnienie stanowiły akty wykonawcze, dotyczące m.in. zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, w których to właśnie pojawiła się tematyka wykorzystania komputerów w pracy placówek medycznych.

Pierwszym wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzeniem dotyczącym prowadzenia dokumentacji medycznej było rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. z 1993 r. Nr 3, poz. 13 ze zm.). Wobec braku szerszej regulacji w ustawie to właśnie rozporządzenie było podstawowym aktem prawnym ustalającym zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. § 5 rozporządzenia stanowił zatem, że dokumentacja medyczna powinna być sporządzana i prowadzona czytelnie, w miarę możliwości pismem maszynowym i w porządku chronologicznym. Nie oznaczało to jednak możliwości oparcia się jedynie na zapisach wykonanych „mechanicznie”, bowiem w dalszej części rozporządzenia pojawiał się wymóg złożenia przez lekarza czy pielęgniarkę podpisu, który to wymóg przez jeszcze wiele lat i pod rządami kolejnych regulacji będzie istotnym utrudnieniem na drodze do rezygnacji z papierowych dokumentów. Nie mniej rozporządzenie rozstrzygało również wprost, że zbiory danych i informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być sporządzane i przechowywane w komputerowych nośnikach informacji (które notabene nie zostały nigdzie zdefiniowane) pod warunkiem sporządzania i przechowywania wydruków komputerowych

będących odpowiednikami wymaganej na gruncie rozporządzenia dokumentacji. Ten zapis z perspektywy czasu nie może być oceniany inaczej niż wyraz braku zaufania wobec zapisywania dokumentów w środowisku informatycznym. Komputery de facto zostały sprowadzone do funkcji maszyny do pisanie. Zapis w komputerze mógł być narzędziem usprawniającym pracę, ale nie mógł stanowić jedynej formy dokumentowania świadczeń. Naczelnym argumentem była możliwość łatwej utraty danych i większa pewność dokumentów istniejących w formie fizycznej.

Tendencja do traktowania narzędzi informatycznych jako opcji pomocniczej a nie równoważnej alternatywy dla prowadzenia dokumentacji w formie papierowej była obecna także w kolejnym rozporządzeniu dotyczącym dokumentacji medycznej. Zapisy rozbudowano i doprecyzowano, wskazując w rozporządzeniu 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 ze zm.), że zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane także na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem:

1. zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
2. zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
3. zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem,
4. sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji indywidualnej (czyli dotyczącej poszczególnych pacjentów) w postaci formularzy lub druków,
5. sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wydruk dalej pozostał warunkiem obligatoryjnym, a nierozwiązanym problemem podpisywanie dokumentacji medycznej przez personel, które wymagało złożenia tradycyjnego podpisu na papierowym dokumencie.

Zmiany nastąpiły kilka lat później za sprawą rozporządzenia 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 ze zm.), w którym opisano sposób składania

podpisu elektronicznego oraz wskazano na możliwość powiązania dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej z dokumentacją papierową stanowiącą np. wyniki badań. Można zatem mówić o znacznym progresie. Problemem okazało się jednak na tym etapie niewielkie rozpowszechnienie możliwości składania podpisu elektronicznego. Użycie tego narzędzia wymagałoby znacznych kosztów na sam podpis oraz zapewnienie odpowiedniego zaplecza sprzętowego. 20 lat temu nie mogło jeszcze o tym być mowy, zwłaszcza w dużych podmiotach, w których brakowało stanowisk komputerowych.

Niestety poza zmianami stanowiącymi krok w dobrym kierunku, w rozporządzeniu z 2006 roku pojawił się bardzo szkodliwy – z uwagi na rozbieżności interpretacyjne – zapis mówiący o prowadzeniu dokumentacji w „postaci pisemnej lub elektronicznej”. Został on powielony w następnych rozporządzeniach regulujących tę materię (w kolejnych mowa była co prawda o postaci elektronicznej lub papierowej, co mimo wszystko należy uznać za bardziej precyzyjne określenie, jednak istota zapisu pozostała bez zmian). Takie ujęcie prowadziło do kontrowersji w związku z częstym interpretowaniem go w ten sposób, że dopuszczalne są obydwie formy, nawet w odniesieniu do jednego podmiotu leczniczego (np. część lekarzy prowadziła dokumentację w wersji papierowej, część w komputerze) czy nawet konkretnego pacjenta (niektóre wpisy były dokonywane w dokumentacji papierowej, w tym w szczególności wyniki badań dodatkowych, inne wyłącznie w formie elektronicznej, bez załączania wydruku). Efektem takiej interpretacji był brak chronologii, niekompletność dokumentacji oraz ryzyko pomyłek.

Dopiero w najnowszym, obecnie obowiązującym rozporządzeniu rozstrzygnięto ten problem wskazując, że dokumentacja medyczna jest co do zasady prowadzona w formie elektronicznej, a dokument prowadzony w jednej formie nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich. Nie oznacza to jednak, że obowiązujące od 15 kwietnia 2020 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.) w pełni stawia na dokumentację elektroniczną. Dopuszczono możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne

uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. O ile pierwsza z przesłanek jest dość łatwa do weryfikacji, ponieważ katalog takiej dokumentacji nie będzie bardzo szeroki (np. książeczka zdrowia dziecka, która ma być wydawana i prowadzona jako papierowy dokument o określonej treści), o tyle druga możliwość w praktyce dała szerokie pole do nadużyć. Czy warunkiem organizacyjno-technicznym nie będzie brak odpowiedniego sprzętu? Patrząc literalnie na przepis, nie zastrzeżono w nim, że musi to być przeszkoda trudna do pokonania chociażby z uwagi na nadmierne nakłady lub wymagająca szczególnego wykazania czy udokumentowania. Ważąc korzyści i zagrożenia wynikające z niedostosowania się do wymogu prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej, łatwo dojść do wniosku, że wysiłek związany z informatyzacją wcale nie musi się opłacać. Bez wątpienia do trudności w egzekwowaniu przepisu przyczynił się także moment wejścia w życie nowego aktu prawnego – rozporządzenie zostało wydane w pierwszych tygodniach pandemii, co obniżyło jego priorytet wobec innych, kluczowych wówczas wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. Nie było to jednak działanie intencjonalne – prace nad projektem rozporządzenia zostały zainicjowane już w październiku 2019 r. (Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia..., 2019).

Rozproszenie regulacji

Omawiane rozporządzenia dotyczące dokumentacji medycznej odnoszą się do kluczowych dokumentów wytwarzanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Z perspektywy pacjenta z pewnością najistotniejszą składową jest dokumentacja indywidualna, której trzon stanowi historia choroby w przypadku świadczeń stacjonarnych oraz historia zdrowia i choroby w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych. Generalnie koresponduje to z intencją ustawodawcy, który ostatecznie umieścił kluczowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581), niejako wyjmując ten zakres z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która obowiązywała jeszcze do 2011 roku. W nowej konstrukcji prawnej zatem, prowadzenie dokumentacji medycznej jest przede wszystkim wyrazem realizacji prawa pacjenta do rzetelnej i kompletnej informacji o swoim stanie

zdrowia i otrzymanych świadczeniach, realizowanym przy użyciu zestandaryzowanych narzędzi w postaci prowadzonej na ogólnie ustalonych zasadach dokumentacji medycznej. Nie oznacza to jednak, że temat został wyczerpany w zapisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniach wydanych w oparciu o zawarte w ustawie delegacje.

Regulacje dotyczące dokumentacji medycznej wydane najpierw w oparciu o delegacje ustawowe zawarte w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczą w praktyce wąskiego wycinka dokumentacji, które w powszechnym postrzeganiu funkcjonuje jako dokumentacja medyczna. Wynika to z kilku nakładających się na siebie przyczyn. Na przestrzeni lat zakres dokumentów opisanych w rozporządzeniach ulegał zmianie, często w odpowiedzi na zmieniające się warunki organizacyjne – zmiany w innych przepisach czy utworzenie nowych struktur (np. dokumentacja Państwowego Ratownictwa Medycznego, dokumentowanie świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutów, czyli przedstawicieli zawodu, który dopiero w 2015 roku doczekał się odrębnej ustawy). Tworzenie niektórych dokumentów nie było sankcjonowane na gruncie rozporządzeń, ale np. na poziomie zarządzeń Prezesa NFZ jako obligatoryjne dla świadczeń realizowanych jako świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, podczas gdy rozporządzenia dotyczące dokumentacji medycznej mają zastosowanie dla wszystkich usług medycznych, niezależnie od źródła ich finansowania. Główną przeszkodę stanowił jednak brak definicji legalnej dokumentacji medycznej, mimo że próby jej stworzenia można było zaobserwować na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i w wydawanych do wczesnych lat 2000 rozporządzeniach dotyczących dokumentacji medycznej. Później ograniczono się tylko do enumeratywnego katalogu dokumentacji, który jednak nigdy nie miał charakteru zamkniętego (Nyczaj, Piecuch, 2013). Alternatywnie dla wyliczenia dokumentów lub określenia ich minimalnej zawartości można by przyjąć, tak jak najczęściej postrzegają to pacjenci, że dokumentacja medyczna to wszystkie dokumenty wytworzone w trakcie lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Być może byłoby to rozwiązanie rozwiewające pewne wątpliwości, natomiast szerokie ujęcie mogłoby rodzić problemy innej natury. Jako główne zastrzeżenie należy wskazać trudności związane ze stosowaniem

przepisów dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej, które mogłyby okazać się problematyczne do wyegzekwowania, gdyby dokumentację medyczną przyjmować w szerszym ujęciu np. w kwestii udostępniania recept czy zaświadczeń sporządzanych na odrębnych formularzach, których treść oraz fakt ich wydania zostały jedynie odnotowane w dokumentacji medycznej, bez zamieszczania ich duplikatu. Trudno zatem o uniwersalne rozwiązanie dla tego problemu.

Na zasadzie wyliczenia a nie scharakteryzowania czy opisanie szczególnych cech wyróżniających daną formę opiera się także definicja elektronicznej dokumentacji medycznej zawarta w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.). Ustawa ta określa organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia, w którym przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia. Wdrażanie tej ustawy dobrze obrazuje trudności, jakie napotymano przy informatyzacji.

Początkowo zakładano zrealizowanie obowiązku wdrożenia EDM do dnia 1 sierpnia 2014 r. Pomimo, że było wiadomo, że ten zamiar się nie powiedzie, z uwagi na niski stopień zaawansowania wdrożeń, losy nowelizacji ważyły się do ostatniej chwili. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej w kwietniu 2014 roku apelował do Ministra Zdrowia o niezwłoczne zintensyfikowanie prac legislacyjnych dotyczących obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, nie mniej na parę miesięcy przed upływem terminu, nie było jeszcze wiadomo, jakie będzie ostateczne rozstrzygnięcie (Materna, 2023). Ostatecznie termin został zmieniony na 1 sierpnia 2017 roku, co było podyktowane szeregiem przeszkód, przede wszystkim w postaci braku odpowiednich narzędzi i systemów informatycznych. Nawet jeżeli szpitale dysponowały oprogramowaniem, brakowało np. sprzętu medycznego umożliwiającego cyfrowy zapis wyniku badania (Bartczak, Barańska, 2015). Z analiz przeprowadzonych w 2014 roku w 20 szpitalach w Warszawie wynikało, że tylko listy kolejkowe i gospodarka lekami były prowadzone wszędzie w formie elektronicznej, natomiast dokumentację medyczną prowadziły w systemie informatycznym jedynie dwa szpitale (Karlińska, 2014).

Problemem było także duże zróżnicowanie procesu informatyzacji zauważalne na poziomie regionów. Przykładowo województwo dolnośląskie dzięki projektowi „Dolnośląskie e-zdrowie” obejmującego większość publicznych zakładów opieki zdrowotnej poziomem informatyzacji zbliżało się do prawie pełnej cyfryzacji (włącznie z elektroniczną dokumentacją medyczną), podczas gdy w województwie podkarpackim czy kujawsko-pomorskim informatyzacja nie była na zadowalającym poziomie, a ponadto sytuacja była bardzo zróżnicowana w zależności od wielkości podmiotu. Większe szpitale w dużych miastach były co do zasady lepiej przygotowane niż szpitale powiatowe czy niewielkie placówki w małych miejscowościach (Kielar, 2013).

Ostatecznie nie wprowadzono całościowych rozwiązań, a zdecydowano o systematycznym wdrażaniu kolejnych elementów. Obecnie zatem, na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz wydanego na jego podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1851 ze zm.), ustalić można zakres wymaganej elektronicznej dokumentacji medycznej. Są nią zatem dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- 1) recepty,
- 2) informacje o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala,
- 3) informacje dla lekarzy kierujących świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8

- września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.),
- 4) karty informacyjne z leczenia szpitalnego,
 - 5) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem,
 - 6) opisy innych badań diagnostycznych,
 - 7) karty profilaktycznego badania ucznia,
 - 8) Indywidualne Plany Opieki Medycznej,
 - 9) karty medycznych czynności ratunkowych,
 - 10) karty medyczne lotniczego zespołu ratownictwa medycznego,
 - 11) skierowania na świadczenia finansowane ze środków publicznych,
 - 12) zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy wyrobów medycznych,
 - 13) Karty Szczepień, czyli elektroniczne dokumenty, które docelowo mają zastąpić dokumentację indywidualną wewnętrzną w postaci kart uodpornienia,
 - 14) wyniki badania histopatologicznego.

Powyższe wyliczenie pokazuje, jak wiele elementów jest już gotowych. Obecnie e-recepta oraz e-skierowanie stanowią jedno z najczęściej świadczonych usług z zakresu e-zdrowia w Polsce (Płaciszewski, 2022). Wystawiono już 2,3 mld e-recept (Strona, 2025). Porównując to z danymi z 2011 roku, w którym prototyp e-Recepty był wdrożony w 16 aptekach, dwóch gabinetach lekarskich oraz dwóch przychodniach ambulatoryjnych w Lesznie, widać zdecydowany progres (Panteli, Sagan, 2012).

Fragmentaryczność rozwiązań

Analiza dokumentów wymienianych na gruncie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia skłania ku refleksji, że katalog ten jest jednak stosunkowo wąski względem ogółu dokumentacji, jaka powstaje w związku z udzielaniem świadczeń pacjentom. W dużej mierze wymogi dotyczą świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. dokumentacja zespołów ratownictwa medycznego czy Indywidualne Plany Opieki Medycznej, które powstają na potrzeby Podstawowej Opieki Zdrowotnej, czyli wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych). Jednak nawet kiedy wybierano dokumenty objęte obowiązkiem prowadzenia w formie

elektronicznej, często czyniono szereg dodatkowych zastrzeżeń. W przypadku skierowań nie zdecydowano, że będą one obowiązywały dla wszystkich świadczeń, tylko wprowadzono wyliczenie, zgodnie z którym obowiązek wydawania skierowań w formie elektronicznej obejmuje:

- 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, z wyłączeniem porady specjalistycznej – logopedia,
- 2) badania:
 - a) echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych,
 - b) endoskopowe przewodu pokarmowego finansowane ze środków publicznych,
 - c) medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
 - d) rezonansu magnetycznego finansowane ze środków publicznych,
 - e) tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
- 3) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 4) rehabilitację leczniczą u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 5) leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową finansowane ze środków publicznych, z wyłączeniem przypadku, gdy świadczenie ma być zrealizowane przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego poza granicami kraju.

Należy też zauważyć, że nawet ta część rozwiązań, które obowiązują w odniesieniu do wszystkich podmiotów jest wdrażana stopniowo, co rodzi trudności organizacyjne. Przykładowo karta szczepień jako element dokumentacji medycznej nie była od początku obligatoryjna, co może przyczynić się do braku spójności dokumentacji medycznej pacjenta, w odniesieniu, do którego część szczepień będzie dokumentowana w wersji papierowej, a część w wersji elektronicznej. Z kolei możliwość rezygnacji z papierowych recept istniała od 1 stycznia 2019 r., jednak do 7 stycznia 2020 r. funkcjonowały one w formie papierowej, natomiast rozliczenia świadczeń zdrowotnych

wymagały dostosowania systemu do dnia 10 stycznia 2022 r. (Klich, Gołownik-Hudała, Białecki, Olcay, 2025).

Patrząc na dokumentację medyczną z perspektywy zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego, dokumentowanie świadczeń jawi się jednak przede wszystkim jako skomplikowany proces. Personel pracujący w różnych miejscach może nie tylko spotkać się z różnym oprogramowaniem do dokumentowania świadczeń, ale również z podleganiem pod inne wymogi w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. „Centralizacja” prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie ma bowiem charakteru kompleksowego i może zależeć nie tylko jednostkowo od podmiotu, ale również od rodzaju świadczeń czy źródła ich finansowania. W tej sytuacji nie może dziwić, że według danych z badania przeprowadzonego przez Centrum e-Zdrowia, wśród podmiotów zgłaszających trudności w informatyzacji drugim najczęściej wymienianym ograniczeniem były – w zależności od rodzaju działalności: niewystarczające kompetencje cyfrowe pracowników oraz opór ze strony personelu medycznego (Centrum, 2025).

Pacjent także może mieć mylne przeświadczenie, że jego rekordy dotyczące zdarzeń o charakterze medycznym są gromadzone w jednej bazie, a więc i dostępne w każdym podmiocie, do którego się zwróci o świadczenia zdrowotne. Oczekiwania pacjentów zderzają się z mankamentami systemu np. w postaci braku pełnej integracji – nie wszystkie dokumenty dotyczące pacjenta są dostępne przez Internetowe Konto Pacjenta, ponieważ placówki nie zawsze przesyłają dokumentację do centralnego systemu, a nawet jeżeli przesyłają może dochodzić do opóźnień w aktualizacji i publikacji danych w IKP (Klich i in., 2025). Ponadto sytuacja może być jeszcze bardziej skomplikowana, jeżeli świadczenia będą realizowane przez świadczeniodawców podlegających różnym resortom. Tylko część dokumentacji medycznej – chociaż oczywiście znacząca – prowadzona jest przez podmioty podlegające Ministrowi Zdrowia. Odrębne regulacje są wydawane dla podmiotów nadzorowanych np. przez Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Sprawiedliwości czy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, a przecież pacjent może być diagnozowany i leczony w różnego rodzaju podmiotach. Tymczasem spójność i kompletność danych mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, które należy w procesie udzielania świadczeń postrzegać

nie tylko w kategoriach stricte medycznych, ale i w szerszej perspektywie – właściwej organizacji świadczeń, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej (Gąska, 2021).

Dyskusja

Informatyzacja sektora ochrony zdrowia wymaga gotowości wszystkich uczestników systemu. Nieprzemyślana, źle zaplanowana i nieudolnie realizowana cyfryzacja negatywnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów i prowadzi do narastającego niezadowolenia wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej (Chelstowski, Gontarz, 2025). Te zależności niejednokrotnie sprawiały, że prawodawca robił krok w przód, by za chwilę zrobić krok w tył argumentując to brakiem gotowości czy oporem jednej z grup interesariuszy. O ile jednak pacjenci – jak pokazuje przykład e-recepty – są w stanie wbrew licznym obawom ekspertów korzystać z nowoczesnych rozwiązań, niezależnie od tego czy na co dzień posługują się komputerem czy internetem, o tyle podmioty wykonujące działalność leczniczą zmagają się z długim technologicznym wynikającym z priorytetów niewłaściwie ustalonych przez ich kierownictwo oraz niskich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu do innych krajów UE (Płaciszewski, 2022). Jako główną przeszkodę w cyfryzacji brak wystarczających środków finansowych na inwestycje w IT wskazuje 82,1% podmiotów doświadczających trudności z wdrożeniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Problem ten szczególnie dotyczy szpitali, gdzie odsetek takich wskazań wyniósł aż 91,5% (Centrum e-Zdrowia, 2025).

Odnosząc się do nakładów na informatyzację, nie można też zapomnieć, że wdrażanie rozwiązań informatycznych to ogromne pieniądze i przyjęcie konkretnych rozwiązań ma istotne przełożenie nie tylko na finanse szpitala czy przychodni, ale i może być źródłem nacisków różnych grup interesów. Za trafny należy uznać pogląd M. Kielara, który już w 2013 roku pisał o słomianym zapale decydentów, któremu sprzyjały zmienne wizje nastających po sobie u władzy ugrupowań politycznych, brak konsekwentnie prowadzonej realizacji rozpoczynanych etapów prac oraz silne ciążenie akcentów politycznych, co ostatecznie prowadziło do zarzucenia podjętych wcześniej

zamierzeń (Kielar, 2013). Często zmiany w systemie ochrony zdrowia są również efektem bieżących, nagłaśnianych medialnie problemów, bez większego wglądu w funkcjonowanie pewnych rozwiązań w codziennej pracy szpitala czy przychodni. W dyskusji nad zmianami nierzadko dominuje presja bieżących, nie zawsze kluczowych problemów, odzwierciedlana przez ton i treść doniesień medialnych (Zejda, 2008). Szeroko komentowanym przykładem takich działań było np. wprowadzenie od 2016 roku papierowej Książeczki Zdrowia Dziecka. Pod hasłem poprawy opieki nad dziećmi, w dobie informatyzacji wprowadzono papierowy, archaiczny dokument, który tylko iluzorycznie coś zmieni. Działanie to było całkowicie niespójne z dążeniem do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Co więcej, problem z książeczką mają przede wszystkim przychodnie, które pracują wyłącznie w systemie – konieczność jej ręcznego wypełniania to dublowanie pracy, co znacząco przedłuża np. czas poświęcany na bilans zdrowia. (Mastalerz-Migas, 2016). Jest to jeden z przykładów sytuacji, w której wzrastająca liczba dokumentów cyfrowych oraz równoległe stosowanie dokumentów cyfrowych i papierowych przy niedostatecznej integracji i interoperacyjności systemów powodują zniechęcenie lekarzy (Chelstowski, Gontarz, 2025).

Emocje, trudna dyskusja merytoryczna nawet w gronie ekspertów, kwestie polityczne, interesy korporacyjne i firm informatycznych to czynniki dodatkowo utrudniające podejmowanie optymalnych decyzji (Sikorski, 2008). System nie jest przejrzysty i przewidywalny a zmieniające się koncepcje, przepisy intertemporalne i przedłużane *vacatio legis* nie sprzyjają zaangażowaniu we wdrażanie nowych rozwiązań. Niejednokrotnie bowiem okazywało się, że podmioty, które przygotowały się na zmiany inwestując w infrastrukturę i szkolenia personelu, zanim doczekały wprowadzenia odwołanego obowiązku stosowania rozwiązań informatycznych, miały już przestarzały sprzęt lub zaangażowały się w projekty, które nie zostaną powszechnie wdrożone. Paradoksalnie opóźnienia w zakupie sprzętu sprawiają, że ostatni będą mieli najnowsze wyposażenie, najlepiej dostosowane do ostatecznego kształtu wymagań. Podmiotów, które zwlekają z wprowadzeniem zmian jest sporo: z danych zebranych przez Centrum e-Zdrowia z 11 185 podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w tym 9731 realizujących świadczenia ambulatoryjne) wynika, że nadal ponad 13% podmiotów, które wypełniły ankietę

nie ma liczby stanowisk komputerowych wystarczającej do wdrożenia EDM (Centrum e-Zdrowia, 2025).

Analizując piśmiennictwo i dokumenty sprzed kilkudziesięciu lat, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że pomimo upływu czasu pewne problemy pozostały nierozwiązane, chociaż zarówno założenia, jak i przyjęte cele były słuszne. W opracowaniu opublikowanym w 2008 roku przez Polskie Towarzystwo Informatyki wskazywano na rolę dostępu do wiarygodnych danych medycznych w systemie ochrony zdrowia jako podstawy oceny społecznego znaczenia ochrony zdrowia w jej podstawowych wymiarach, w zakresie bieżącego funkcjonowania i skuteczności (Zejda, 2008). Problem ten pozostaje nadal nierozwiązany – fragmentaryczność danych uniemożliwia ocenę jak diagnozowane i leczone są choroby, które rozwiązania terapeutyczne są najefektywniejsze w kontekście długofalowym oraz jak alokować środki, żeby osiągnąć najlepszy efekt. Kwestia jakości danych powraca chociażby w najnowszym projekcie zmian w ustawie o działalności leczniczej w kontekście wydawałoby się bardzo prozaicznym tj. sprawozdawania przyczyn zgonu, które są w Polsce określane z niedostateczną precyzją. Światowa Organizacja Zdrowia od lat wyklucza Polskę z analiz porównawczych, dotyczących umieralności według przyczyn, a podstawą do wykluczenia danego kraju jest co najmniej 25% udział zgonów o nieprecyzyjnych i bezużytecznych określeniach/opisach przyczyn (tzw. kody śmieciowe) (Uzasadnienie, 2025).

Nie traci zatem na aktualności postulat by główne założenia informatyzacji zmierzały do:

- 1) bezpieczeństwa pacjenta (opieka zdrowotna oparta na dowodach, ograniczenie ryzyka szkód dla pacjenta),
- 2) jakości opieki (zadowolenie pacjenta, skuteczność i wydajność usług opieki zdrowotnej),
- 3) dostępności (równoprawny dostęp, skrócenie czasu oczekiwania i lepsze wykorzystanie środków),
- 4) usamodzielnienia (skoncentrowanie uwagi na pacjencie, wpływ i bezpośrednio zaangażowanie pacjenta w proces leczenia),
- 5) ciągłości opieki (koordynacja działań i wzajemne przekazywanie informacji pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej) (Frączkowski, 2010).

Potrzeba zmian była z resztą dostrzegana na przestrzeni lat nie tylko przez ekspertów, ale również przez płatnika publicznego. W 2007 roku NFZ wskazywał w swojej strategii, że „W stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia wyrażane są ogromne społeczne oczekiwania związane z poprawą dostępności, zakresu i jakości świadczeń zdrowotnych. Realizacja tych oczekiwań jest możliwa tylko poprzez optymalne dysponowanie posiadanymi środkami przekazywanymi świadczeniodawcom za zakontraktowane usługi medyczne, co również przekłada się na konieczność posiadania i rozwijania odpowiednich systemów informatycznych” (Strategia, 2007, s. 5). Mimo tego, przez ostatnie lata nie przeprowadzono pełnej informatyzacji sektora ochrony zdrowia, co jednoznacznie pokazuje skalę trudności i problemy na etapie przejścia od założeń do wdrożenia.

Wnioski

Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej ma szereg zalet, takich jak większa czytelność i łatwiejsze zapewnienie kompletności danych, możliwość standaryzacji wpisów, a także ułatwienie dostępu do danych medycznych z pominięciem jakichkolwiek barier przestrzennych i geograficznych. Ponadto posiadanie kompletnych danych o stanie zdrowia pacjenta pozwala zwiększyć bezpieczeństwo postępowania wobec pacjenta oraz ograniczyć koszty wynikające z ponownego wykonywania badań diagnostycznych (Klich, 2017).

Niestety, obecnie informatyzacja ma charakter fragmentaryczny zarówno z perspektywy rozwiązań prawnych (nie wszystkie dokumenty są objęte wymogiem prowadzenia ich w formie elektronicznej), praktyki stosowania przepisów (brak odpowiedniego zaplecza organizacyjno-technicznego w części podmiotów), jak i dążenia do całkowitej rezygnacji z papieru, zarówno w ujęciu bieżącym, jak i historycznym. Wprowadzono także wyjątki od zasady prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, które są skrzętnie wykorzystywane. Generalnie nie szuka się sposobu, by wyeliminować np. papierowe zaświadczenia lekarskie czy konieczność przedkładania innym organom papierowych kopii dokumentacji medycznej. Nie uznaje się także za priorytet przenoszenia do systemów danych historycznych, czyli informacji

z papierowej dokumentacji, tak żeby elektroniczna dokumentacja medyczna zawierała wszystkie szczegóły dotyczące udzielonych danemu pacjentowi świadczeń. Cyfrową archiwizację dokumentacji papierowej realizuje tylko 29,6% podmiotów objętych badaniem Centrum e-Zdrowia. Aż 70,4% placówek, nie podejmuje działań związanych z digitalizacją dokumentacji w postaci papierowej (Centrum e-Zdrowia, 2025).

Sytuacji nie poprawia stosunek kierownictwa podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz personelu do informatyzacji: przykładowo większość badanych placówek (59,6%) nie oferuje pacjentom dostępu do e-usług przez stronę internetową i nie ma w planach ich wdrożenia. Takie rozwiązanie oferuje pacjentom tylko 17,4% badanych podmiotów (Centrum e-Zdrowia, 2025).

Zasadniczo poziom rozwoju technologicznego sprzyja uznaniu, że elektroniczna dokumentacja medyczna stanowi większą gwarancję zapewnienia bezpieczeństwa ochrony danych medycznych niż tradycyjnie prowadzona dokumentacja, tj. w formie papierowej (Klich, 2017), nie mniej w praktyce niska efektywność i jakość systemów IT w ochronie zdrowia zwiększa ryzyko cyberataków i utrudnień w dostępie do danych, jako że aż 77% systemów IT w szpitalach ma luki w zabezpieczeniach (Chełstowski, Gontarz, 2025). Nie ma zatem wątpliwości, że z jednej strony należy nadać informatyzacji odpowiednie tempo, z drugiej strony musi ona opierać się na konkretnym, możliwym do wyegzekwowania planie a nie na pochopnych działaniach, które nie są kompleksowym i optymalnym rozwiązaniem o minimalnym ryzyku. Pierwszym krokiem powinna być wnikliwa analiza już funkcjonujących rozwiązań prawnych i niwelowanie trudności wynikających z problematycznie sformułowanych przepisów dotyczących dokumentacji medycznej.

Literatura

1. Bartczak, K., Barańska, A. (2015). Analiza wykorzystania systemów informatycznych przez polskie szpitale. *Acta Universitatis Nicolai Copernici Oeconomia XLVI*, 2, 185-193. http://dx.doi.org/10.12775/AUNC_ECON.2015.010
2. Centrum e-Zdrowia (2025). *VIII Edycja Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. Centrum e-Zdrowia.

3. Chelstowski, D., Gontarz, A. (2025). *Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy: wyzwania, szanse i rekomendacje*. Polskie Towarzystwo Informatyczne.
4. Frączkowski, K. (2010). Systemy informacyjne oraz usługi w ochronie zdrowia oparte na technologiach SOA (Service Oriented Architecture). *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 1(16), 81-86.
5. Gąska, M. (2021). Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jako warunek bezpieczeństwa pacjenta w procesie leczniczym. *Ius et Administratio*, 1(44), 24-42. <http://dx.doi.org/10.15584/iuseta.2021.1.2>
6. Karlińska, M. (2014). Informatyzacja opieki stacjonarnej w systemie ochrony zdrowia na przykładzie warszawskich szpitali publicznych. *Studia Ekonomiczne*, 199, 99-106.
7. Kielar, M. (2013). Trendy informatyzacji szpitali w Polsce. *OPM*, 3, 56-58.
8. Klich, A. (2017). Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 1(126), t. 2, 351-360. <http://dx.doi.org/10.18276/epu.2017.126/2-35>
9. Klich, A., Gołowkin-Hudała, M., Białecki, M., Olćay, L. (2025). Integracja Internetowego Konta Pacjenta z elektroniczną dokumentacją medyczną: klucz do bezpiecznego udostępniania informacji medycznej – doświadczenia polskie i tureckie. *Prawo w działaniu Sprawy cywilne*, 62, 241-263. <http://dx.doi.org/10.32041/pwd.6209>
10. Mastalerz-Migas, A. (2016). Książeczka zdrowia dziecka jako dokumentacja medyczna. *Lekarz POZ*, 1, 83-84.
11. Materna, N. (2023). E-dokumentacja medyczna a ochrona danych osobowych. *Biuletyn Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego*, 9(1), 31-49. <https://doi.org/10.32084/bsawp.5773>
12. Nyczaj, K., Piecuch, P. (2013). *Elektroniczna dokumentacja medyczna. Wdrożenie i prowadzenie w placówce medycznej*. Wiedza i Praktyka.
13. Panteli, D., Sagan A. (red.). (2012), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*. Drukarnia Open Eyes.
14. Krzysztof Płaciszewski. (2022). E-health – use of information and communications technology (ICT) in Polish health care system. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 28(2), 126-131. <https://doi.org/10.26444/monz/150276>
15. Sikorski, L. (2008). Wybrane zagadnienia programu informatyzacji ochrony zdrowia w kontekście projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W: G. Bliźniuk, P. W. Fuglewicz, L. Sikorski, Z. Szyjewski (red. nauk.).

- Informatyzacja ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia.* Polskie Towarzystwo Informatyczne – Oddział Górnośląski.
16. NFZ. (2007). *Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych przez NFZ oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego NFZ na lata 2007-2010.* Narodowy Fundusz Zdrowia.
 17. Zejda, J. E. (2008). Społeczny wymiar reformy systemu ochrony zdrowia. W: G. Bliźniuk, P.W. Fuglewicz, L. Sikorski, Z. Szyjewski (red. nauk.). *Informatyzacja ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia.* Polskie Towarzystwo Informatyczne – Oddział Górnośląski.

Akty prawa:

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581).
3. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. z 1993 r. Nr 3, poz. 13 ze zm.).
5. 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 ze zm.).
6. Rozporządzenie 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 ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069).

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1851 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 103).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.).
13. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 11.10.2019 r. (Druk nr MZ 767).
14. Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw z dnia 8.10.2025 r. (Druk nr UD234).

Netografia

1. Centrum e-Zdrowia. (2025). *Ponad 2,3 miliarda wystawionych e-recept*. Pobrane z: <https://cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/ponad-23-miliarda-wystawionych-e-recept> (data dostępu: 05.12.2025).