

Wielki Brat w polskim lecznictwie

O problemach, które należało rozwiązać w trakcie prac legislacyjnych nad ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia rozmawiamy z dr. Wojciechem Rafałem Wiewiórowskim, Głównym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych

MTS: Czy lekarze i lekarze dentyści niebawem będą musieli się martwić nie tylko ochroną swojego dobrego imienia, ale i ochroną swojego imienia w ogóle? Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych miał wiele uwag do projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Rozbieżności nie udało się usunąć w trakcie poselskich debat nad systemem baz danych w ochronie zdrowia.

ostro bronił przyjętych rozwiązań. My zaś utrzymywaliśmy krytyczne stanowisko wobec projektu rządowego, wskazując na niezgodność omawianych regulacji z Konstytucją i przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Do swoich racji przekonaliśmy senatorów, którzy zdecydowali, aby przedstawiciele środowiska naukowego dokonali oceny rozwiązań, co do których mieliśmy zastrzeżenia. Opinia taka została sporządzona. Płynące z niej wnioski potwierdziły słuszność naszej oceny proponowanych rozwiązań legislacyjnych. Ostatecznie zgłoszone przez senatorów poprawki do projektu ustawy są dla nas satysfakcjonujące. Mogę z czystym sumieniem stwierdzić, że nie ma obecnie podstaw, aby blokować ustawę w takim kształcie, w jakim została przegłosowana w Senacie.

Ustawa zyskała kształt umożliwiający właściwą ochronę danych osobowych nie tylko pacjentów, ale także lekarzy. Co prawda uważam, że część rozwiązań mogłaby być lepsza, a koszty wprowadzania przepisów niższe. Ważne jednak jest to, że udało się wyeliminować niekonstytucyjność przepisów tej ustawy, przynajmniej

w zakresie dotyczącym ochrony danych osobowych.

MTS: W czym kryło się takie niebezpieczeństwo?

W.W.: Przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia uważało, że ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia powinna umożliwić resortowi swobodną budowę elektronicznego systemu przetwarzania danych osobowych. Stosowna delegacja zawarta w ustawie miałyby taką swobodę zapewnić. Minister zdrowia chciał za pomocą rozporządzeń decydować o tym, w jaki sposób miałyby funkcjonować rejestry medyczne, począwszy od tych zawierających dane o sprzęcie, poprzez zbiory gromadzące wiedzę o podmiotach prawnych działających w branży medycznej, na przykład świadczeniodawców, a skończywszy na rejestrach gromadzących dane o pacjentach oraz o pracownikach branży medycznej. Nie mogliśmy się na to zgodzić.

Istotną kwestią było stworzenie takich rozwiązań prawnych, które zapewniłyby odpowiednie bezpieczeństwo danych osobowych. Chcieliśmy uzyskać gwarancje, że dane osobowe, zawarte

System totalnej informacji w ochronie zdrowia

Jest szansa, że jeszcze w maju, wraz z podpisem prezydenta, ścieżkę legislacyjną zakończy ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wkrótce ruszyłyby zatem prace przy gigantycznym projekcie informacyjnym w branży medycznej. W ostatnich latach przedsięwzięcia o takiej skali nie były podejmowane w żadnym z państw UE

Większość przepisów ustawy obowiązywać ma od 1 stycznia 2013 roku. Ważniejsze jest jednak to, że dwa zapowiadane systemy medyczne: Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platforma Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych powinny zacząć funkcjonować najpóźniej z końcem 2013 roku. Prace projektowe zacząć trzeba zatem natychmiast. Taki reżim wymuszają m.in. umowy dotyczące finansowania programu: 85 proc. z ponad 750 mln zł, jakie pochłonie budowa informacyjnego systemu, pokryją środki unijne.

W ciągu dwóch lat powstanie platforma, dzięki której dostęp do poszczególnych grup rejestrów medycznych (a jest ich ok. 70), będzie skoordynowany. Teraz przetwarzanie zintegrowanych informacji praktycznie jest niemożliwe. Od lat utrudnia to efektywne gospodarowanie budżetem przez publicznego płatnika. Brak spójnego systemu blokuje wprowadzenie chociażby elektronicznych recept, nierealne jest też sprawne zarządzanie kolejką pacjentów. Prace projektowe, których uruchomienie zapowiadano już od kilku lat, obejmą dane dotyczące m. in.: sprzętu medycznego, podmiotów prawnych działających w branży medycznej – na przykład świadczeniodawców, a także pacjentów oraz pracowników branży medycznej.

w poszczególnych rejestrach medycznych, nie będą ze sobą łączone, co umożliwiłoby np. niedozwolone profilowanie osób.

Wprowadzanie projektowanego systemu informacyjnego w ochronie zdrowia funkcjonuje obecnie w formie mniej lub bardziej szczytkowej w postaci ponad 70 rodzajów baz danych, ale działające one w zasadzie niezależnie od siebie. Po wdrożeniu nowego systemu będą zaś dostępne za pomocą jednego systemu teleinformatycznego. Ważne stało się zatem zagwarantowanie, aby dostęp do określonych informacji umożliwić tylko uprawnionym osobom i tylko w uzasadnionych przypadkach.

Wystarczy wyobrazić sobie, że system umożliwiłby łączenie informacji np. o tym, że ktoś jest lekarzem z informacją o tym, że zmagają się z chorobą zakaźną bądź leczy się z choroby alkoholowej. Takie dane zapewne chciałoby pozyskać wiele osób – chociażby pacjenci, pracodawcy, czy ubezpieczyciele. Jednak konsekwencje takiego nieograniczonego dostępu do informacji o stanie zdrowia mogłyby być nieobliczalne.

MTS: Czy każdy lekarz musi zgodzić się na funkcjonowanie w takim systemie, czy będziemy mieli do czynienia z tak zwaną zgodą domyślną?

W.W.: Otóż nie. Ministerstwo Zdrowia będzie musiało uruchomić procedury, w wyniku których każdy zostanie poinformowany o prawie do odmowy. Oczywiście także lekarz nie będzie przymuszony do zaistnienia w takim systemie. Nie wyobrażam sobie jednak, w jaki sposób bez obecności w bazach można byłoby funkcjonować w systemie ochrony zdrowia. Żeby być aktywnym użytkownikiem systemu, konieczne

jest zidentyfikowanie lekarza. Jest to ważne, bo bez tego medyk pozostanie anonimowy dla pacjentów. Z kolei leczący musi wiedzieć jak najwięcej o przebiegu wcześniejszego leczenia. Nie jest przecież tak, że u jednego lekarza leczymy się przez całe życie.

MTS: Reglamentowanie dostępu do danych wrażliwych nie będzie zapewne odbywało się przez logowanie obowiązujące na poziomie serwisów randkowych?

W.W.: Z pewnością nie. Musimy przywyknąć do posługiwania się podpisem elektronicznym. Być może funkcje zabezpieczające przed nieuprawnionym dostępem do informacji wrażliwych pełnić będą nowe dowody z podpisem osobistym. Możliwe są jednak i inne metody identyfikacji użytkowników i uwierzytelniania ich do działania w systemie. Do Giodo będzie należeć ocena, czy przyjęte rozwiązania są bezpieczne.

MTS: O kompleksowym zinformowaniu ochrony zdrowia mówi się nie od dzisiaj, czy tym razem nie okaże się, że cała para pójdzie w gwizdek?

W.W.: Zdecydowanie nie. Sądzę, że podpisanej przez prezydenta ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia należy spodziewać się w maju. Inną sprawą jest wejście w życie jej przepisów. Większość ma obowiązywać od 1 stycznia 2013 roku. Ważniejsze jest jednak to, że budowa systemów medycznych może być finansowana ze środków unijnych do końca bieżącej perspektywy budżetowej UE, czyli do końca 2013 roku. Harmonogram prac jest napięty. ■

Rozmawiał Mirosław Stańczyk



Źródło: Giodo

DR WOJCIECH RAFAŁ WIEWIÓROWSKI: Rzeczywiście mieliśmy taki problem. Początkowo podczas prac w sejmowej komisji zdrowia Jakub Szulc, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia,

Schemat obiegu informacji wg założeń ustawy o informacji w ochronie zdrowia

