

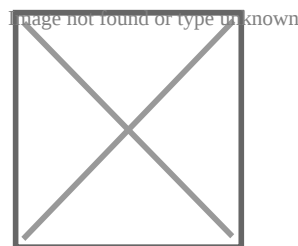


Raportowanie zdarzeń med. - kto zobaczy historię pacjenta?

aktualizowany 25.06.2021r.

W obliczu perspektywy raportowania zdarzeń medycznych chciałbym zawrzeć w tym felietonie szczegółową analizę rozwiązania realnego dostępu pacjenta do jego dokumentacji medycznej poprzez umożliwienie pracownikom medycznym dostępu do niej za zgodą pacjenta. Fakt, opłacałoby się to wszystkim: pacjent nie musiałby powtarzać badań, załatwiać kopii dokumentacji, płatnik lub pacjent nie musieliby płacić za ponowne procedury diagnostyczne, a lekarz nie musiałby czekać na dotychczasową dokumentację nowego pacjenta. Jest to fundament całej wielkiej reformy. W wystąpieniach do MZ zaznaczaliśmy, że szybkie wprowadzenie raportowania da póki co ograniczone benefity, gdyż pacjent nie ma narzędzia elektronicznego aby upoważnić kogokolwiek do wglądu w jego dokumentację (poza POZ i ekipami ratunkowymi, gdzie dostęp z mocy ustawy jest pełny). Ministerstwo odpisało, że wdrożyło w IKP system zgód pacjenta.

Przyjrzyjmy się więc temu systemowi: pacjent może upoważnić konkretnego pracownika medycznego lub cały personel danej placówki leczniczej czy apteki. Nie musi też udostępniać całej dokumentacji - może określić zakresy czasowe (nawet więcej niż jeden), w których wytworzona dla niego dokumentacja podlega udostępnieniu. Pomińmy przy tym ilu pacjentów rzeczywiście korzysta z IKP. Dalej, jeśli pacjent ma jednego stałego lekarza, to zapewne jest to albo lekarz POZ (który takiego upoważnienia od pacjenta nie potrzebuje) albo inny lekarz-specjalista, z którym kontakt jest na tyle częsty, że wypracowane zostały już metody zapoznawania lekarza z konsultacjami lub wynikami badań.



Wiara zaś w to, że w przypadku doraźnych wizyt w innych placówkach pacjent przed pierwszą wizytą zadba o upoważnienie konkretnego medyka (o ile będzie w ogóle pewny, który medyk go przyjmie) udzielając stosownej zgody w IKP- jest wiarą zdecydowaną na wyrost. Skończy się na tym, że w przypadku konieczności sięgnięcia do wyników badań czy konsultacji wizyta będzie musiała być odłożona i to bez gwarancji, że pacjent tego stosownego upoważnienia dokona.

Nie przemawia też do mnie bonus w postaci możliwości określenia zakresów czasowych leczenia, z którego dokumentacja może być udostępniana. Jestem bowiem zupełnie pewny, że u części pacjentów mogą występować zakresy leczenia (rodzaje specjalistów), z których dokumentację pacjent może chcieć chronić przed szerszym dostępem. Ilu pacjentów precyzyjnie wskaże zakresy dat takiego leczenia i jak dużo innych ważnych wizyt i wyników ulegnie przy okazji nieintencjonalnemu utajnieniu? Wszak zastrzegając jakiś okres pacjent zastrzeże automatycznie wszystko, co się w tym okresie zdarzyło.

W [piśmie min.Goławskiej z 20 maja br](#) pojawia się dodatkowo wątek modułu autoryzacji SMS, jaki dostawca może zaimplementować do naszego oprogramowania gabinetowego. Idealem byłby moduł, w którym pacjent otrzymuje na swój telefon kod SMS, podaje go lekarzowi, ten wpisuje go w odpowiednie pole i dostęp zostaje odblokowany. Tymczasem z pisma min.Goławskiej wynika, że opracowanie

„obejmuje swoim zakresem specyfikację usług związanych z obsługą wniosku o nadanie uprawnień dostępu do danych medycznych pacjenta dla pracowników medycznych, z wykorzystaniem autoryzacji SMS, tj. usługę złożenia wniosku o nadanie uprawnień dla pracownika medycznego oraz usługę autoryzacji wniosku za pomocą jednorazowego kodu autoryzacji”.

Mowa jest więc o autoryzacji wniosku , a nie o autoryzacji zgody. Najprawdopodobniej więc tym SMS-em pracownik medyczny potwierdzi, że to właśnie on złożył wniosek o nadanie mu uprawnień dostępu do dokumentacji. Reszta (czyli jak pacjent rozpatruje ten wniosek) - tego się póki co nie dowiedzieliśmy. **[patrz aktualizacja wpisu poniżej]**

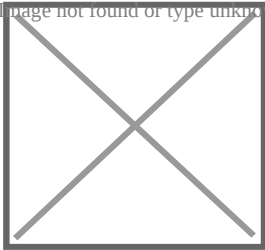
Piszę o tym wszystkim z dwóch powodów : system upoważnień naprawdę jawi się jako zwornik całej reformy i przez to musi być jak najbardziej efektywny. Po wtóre, wielka szkoda, że nie zdecydowano się w tej sprawie na szerokie konsultacje ze środowiskiem medycznym. NRL od początku VIII kadencji najżywiej, jak może, manifestuje zainteresowanie tym tematem, tymczasem z naszej pomocy w kreśleniu architektury tej części systemu najwyraźniej zrezygnowano.



Andrzej Cis?o
wiceprezes NRL

Tekst w zasadniczej części pochodzi z felietonu Autora do czerwcowego numeru Gazety Lekarskiej

• Aktualizacja z dnia 25



Aktualizacja z dnia 25

czerwca 2021r.

W dniu 25 czerwca, podczas spotkania, jakie z NRL ws wymiany EDM zorganizowało Ministerstwo Zdrowia zostały udzielone wyjaśnienia pracowników Centrum eZdrowia. Jedno z wyjaśnień dotyczyło systemu autoryzacji poprzez SMS. Pomimo, że (jak wskazałem w Komentarzu) pismo min.Goławskiej wspomina o autoryzacji **wniosku o dostęp** do dokumentacji de facto jest to system zakładający postulowany w komentarzu schemat polegający na przesłaniu pacjentowi na jego nr tel.komórkowego kodu autoryzacyjnego, który wpisany przez lekarza do systemu odblokowuje dostęp do danych. Kluczem do oceny efektywności tego rozwiązania cały czas jednak będzie :

- informacja o tym ile jest kont IKP, w które wpisano nr telefonu pacjenta (na to pytanie pracownicy CeZ nie potrafili udzielić odpowiedzi),
- dość szeroki zakres zgody na dostęp mogący rodzić obawy przed jej udzieleniem.

Niemniej , jest to funkcjonalność, w którą z pewnością warto wyposażyć kupowany program gabinetowy

Andrzej Cisko

