



XIV HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

W debacie uczestniczyli:

- Dariusz Dzietak, dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia
 - Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
 - Agnieszka Kister, dyrektor Centrum e-Zdrowia
 - Jan Pachocki z Kancelarii DZP, prezes Fundacji Telemedyczna Grupa Robocza
 - Tomasz Zieliński, wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej, wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego
- Dyskusję moderował Jakub Gołąb z Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Wyzwania e-zdrowia



Fot. Marek Miśkiewicz

Podczas panelu Jakub Gołąb spytał ekspertów, jak w czasie pandemii zmieniły się przepisy dotyczące telemedycyny, czy rozwój technologii wyprzedza zmiany legislacyjne, jakie e-usługi zostaną wdrożone w najbliższym czasie i w jaki sposób świadczeniodawcy będą zachęceni do korzystania z nich. Zastanawiano się też, czy e-zdrowie pozwala na oszczędności, jakie są priorytety regulacyjne w zakresie telemedycyny i e-zdrowia oraz jak przekonać seniorów do korzystania z telemedycyny.

– *Jak pandemia zmieniła obraz telemedycyny w Polsce i czy wpłynęła na strategię wprowadzania e-usług? Jakie usługi będą wdrażane w najbliższych miesiącach i czy Centrum e-Zdrowia będzie zachęcać do korzystania z nich?* – to pytanie moderator skierował do dyrektor Agnieszki Kister.

Dyrektor Kister podkreśliła, że epidemia koronawirusa miała duży wpływ na zainteresowanie telemedycyną i jej rozwój. Dodała, że często korzystanie z niej jest koniecznością, a nie swobodnym wyborem, ale dzięki temu pacjenci przekonują się do takiej formy konsultacji. Zaznaczyła jednak, że zdalny kontakt z lekarzem w wielu przypadkach nie może zastąpić kontaktu bezpośredniego. – *Telemedycyna może skutecznie rozwiązać tylko część problemów zdrowotnych, szczególnie gdy mamy do czynienia w zasadzie tylko z poradą opartą na wywiadzie lekarskim. Ale jeśli uda nam się rozwinąć telemedycynę, wyjść poza proste teleporady, aby można było korzystać z różnego rodzaju wyrobów medycznych czy aplikacji, które zdalnie monitorują różne parametry życiowe,*

skala możliwości będzie dużo większa. Należy jednak podkreślić, że teleporady nigdy nie wyprą bezpośredniego kontaktu pacjenta z lekarzem. Telemedycyna jest skuteczna, ale nie w przypadku każdego problemu zdrowotnego – podkreśliła.

– *Czy koronawirus wpłynął na plany Centrum e-Zdrowia?* – *Tak. Musieliśmy w bardzo krótkim czasie przygotować i zrealizować projekty, które pomagają w walce z pandemią. W marcu zbudowaliśmy prostą platformę e-wizyta umożliwiającą odbycie teleporady przez telefon lub komputer. Ma ona ograniczone możliwości techniczne, ale zainspirowała nas do zbudowania profesjonalnego, dużego narzędzia, które będzie modulem platformy e-zdrowie (P1), zintegrowanym z innymi funkcjonalnościami, takimi jak dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej, identyfikacja za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta czy możliwość elektronicznej rejestracji na taką wizytę. Udało nam się pozyskać finansowanie i w czwartym kwartale przyszłego roku zamierzamy wprowadzić zarówno centralną e-rejestrację, jak i nowe, rozbudowane narzędzie do e-wizyt. To będzie rozwiązanie dopełniające istniejącą*



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

„Tomasz Zieliński postawił tezę, że cyfryzacja zdrowia nie zlikwiduje wszystkich błędów i nierówności, a mogą pojawić się nowe”

ofertę komercyjną. Nie mamy ambicji, aby zastąpić narzędzia funkcjonujące na rynku, ale zakładam, że część kadry medycznej, która pracuje w mniejszych placówkach i nie ma dużych możliwości inwestycyjnych, skorzysta z naszego darmowego rozwiązania – zapowiedziała Agnieszka Kister.

Podkreśliła jednocześnie, że aby telemedycyna mogła się rozwinąć, konieczne jest stworzenie dla niej podstawy – czyli elektronicznej dokumentacji medycznej. – Mamy e-receptę, kończymy wdrażanie e-skierowania, od przyszłego roku to rozwiązanie będzie powszechne. Zaczęła się pilotaż wymiany pozostałej elektronicznej dokumentacji medycznej i to tak naprawdę jest kluczowe, aby mówić realnie o telemedycynie – stwierdziła.

Zapowiedziała, że za rok o tej porze będziemy już w innej rzeczywistości: – Dziś dyskutujemy o e-receptę i e-skierowaniu, w październiku 2021 r. będziemy rozmawiać o dokumentacji elektronicznej i kolejnych narzędziach, które dopełnią katalog e-usług w ochronie zdrowia.

Dariusz Dziełak, dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji, ocenił telemedycynę z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia, mówił o dwóch etapach: – Priorytetem regulacyjnym i organizacyjnym w okresie pandemii jest między innymi dalsze maksymalne wykorzystanie potencjału telemedycyny. Mamy już pewne osiągnięcia, porad jest bardzo dużo, także w opiece ambulatoryjnej – od kilkunastu do kilkudziesięciu procent. Najwyższa pora, o czym mówiła dyrektor Kister, wyjść poza wynalazek Grabama Bella – telefon, czyli poza poradę telefoniczną. Czas uregulować kwestie przekazywania danych o stanie zdrowia za pomocą bardziej profesjonalnych urządzeń i wykorzystania tych danych w przyszłości, ale przede wszystkim ustalić zasady ich gromadzenia i przepływu, gdyż w większości przypadków odbywa się to w sposób niekontrolowany. Bez wątplenia w celu dalszego rozwoju telemedycyny niezbędna będzie też modyfikacja koszyków świadczeń gwarantowanych i uwzględnienie technologii, które pojawiły się w ostatnim roku, szczególnie w zakresie analizy danych czy urządzeń.

Ekspert zwrócił uwagę, że często telemedycyna kończy się wydaniem papierowego skierowania. – Myślę, że upowszechnienie e-skierowania będzie zdecydowanym wzmocnieniem – powiedział Dariusz Dziełak.

Z kolei Jan Pachocki z Kancelarii DZP, prezes Fundacji Telemedyczna Grupa Robocza, podkreślał, że potencjał telemedycyny stale się rozwija, a w przypadku walki z koronawirusem pojawiła się konieczność jej szerszej implementacji, przede wszystkim do publicznej

ochrony zdrowia. – W 2019 r., jeszcze przed pojawieniem się koronawirusa, Ministerstwo Zdrowia dopuściło udzielanie porad telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, a w 2020 r. telemedycyna w postaci teleporady została dopuszczona w innych świadczeniach gwarantowanych, szczególnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w zakresie każdego świadczenia zdrowotnego, pod warunkiem że są spełnione zarówno kryteria medyczne, jak i określone w zarządzeniach oraz komunikatach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiele z tych rozwiązań wprowadzono tymczasowo, ale możliwe, że telemedycyna, teleporada w systemie publicznym pozostanie na dłuższy czas – ocenił prawnik.

Pojawiła się potrzeba przygotowania standardów, które doprecyzowałyby, jak udzielać świadczeń telemedycznych, aby ten proces był jak najlepiej zaplanowany od strony jakościowej oraz zapewniał bezpieczeństwo prawne lekarzowi i bezpieczeństwo faktyczne pacjentowi. – Mamy do czynienia ze standardem podstawowej opieki zdrowotnej, który został uchwalony w sierpniu i niedługo zacznie obowiązywać, ponieważ mamy 60-dniowy termin dostosowania się do niego. Pojawiło się bardzo dużo publikacji o charakterze edukacyjnym, ale również wytyczne Naczelnej Rady Lekarskiej, które wskazują, jak prawidłowo udzielać świadczeń telemedycznych. W części z tych wytycznych zebrano i powtórzono to, co znalazło się w przepisach, ale stanowią one cenną wskazówkę dla lekarzy, jak udzielać świadczeń telemedycznych, aby zapewnić sobie bezpieczeństwo prawne, co jest istotne z dwóch względów. Po pierwsze, telemedycyna jest normalnym świadczeniem medycznym i zasady odpowiedzialności pozostają takie same. Po drugie, mamy do czynienia z nową formą udzielania świadczeń, przynajmniej dla wielu lekarzy w Polsce, więc konieczne jest określenie, jak robić to w prawidłowy sposób, aby lekarze mogli się tego jak najszybciej nauczyć – tłumaczył Jan Pachocki.

Czy zmiany legislacyjne nadążają za rozwojem technologii? – Prawo powinno zmniejszać dystans, ale co do zasady najpierw nastąpi rozwój potencjału technologicznego, a później pojawią się rozwiązania prawne. Natomiast dobre prawo zawsze będzie starało się „wyprzedzać” umiejscowienie rozwiązań technologicznych, na przykład e-zdrowia, przed wprowadzeniem do systemu. Jeśli spojrzymy na e-receptę, to najpierw pojawiły się rozwiązania prawne, potem pilotaż e-recepty, a następnie została ona wdrożona. Tak samo w przypadku teleporad – najpierw wprowadzono je do powszechnie obowiązującego systemu i upowszechniły się u świadczeniodawców prywatnych, a dopiero gdy Narodowy Fundusz Zdrowia dopuścił ich finansowanie, zaczęły funkcjonować w systemie publicznym – odpowiedział Jan Pachocki. Ekspert stwierdził, że przy zapewnieniu cyfrowego obiegu informacji każde wdrożenie IT jest poprzedzone nowelizacją przepisów prawa. Widać to w przypadku telemedycyny wysokospecjalistycznej, dającej pacjentom szansę na zmniejszanie nierówności społecznych, czyli wprowadzania rozwiązań z zakresu telemonitoringu domowego, na przykład urządzeń



XIV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

wszczepialnych. Stanowi to duże ułatwienie dla pacjenta, ale jeszcze nie jest finansowane ze środków publicznych. W tym zakresie konieczne jest szukanie rozwiązań we współpracy między instytucjami publicznymi. Dotyczy to na przykład telerehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów po zawale serca, którzy dzięki niej mogą wcześniej wyjść ze szpitala i kontynuować rehabilitację w domu, ze wsparciem rodziny albo sami.

Rozmawiano też o nierównościach cyfrowych. Czy i w jaki sposób pandemia zmieniła podejście lekarzy do e-zdrowia? Co się udało w zakresie e-zdrowia, a co z perspektywy lekarzy nie funkcjonuje lub powinno być poprawione?

– Po efekcie wow przyszło otrzeźwienie. Wiemy już, że e-zdrowie nie jest rozwiązaniem wszystkich problemów systemu, że sprawy z nim związane muszą być dopracowywane. E-porada w formie, którą mamy, nie zastępuje porady tradycyjnej i nie może być do niej porównywana. Trzeba ją traktować jedynie jako poradę komplementarną do wizyty w gabinecie lekarskim lub pielęgniarstwie – powiedział Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. – Niestety, sytuacja w ochronie zdrowia i nastawienie pacjentów do świadczeniodawców, a nawet szerzej – do lekarzy świadczących usługę e-zdrowia, jest niejednoznaczna. Część chorych z dolegliwościami, które mogą być w ten sposób leczone, jest zdecydowanie zadowolona. I widać ogromny rozwój e-zdrowia, jeśli chodzi o doświadczenie, nowe kierunki. Jest też grono osób, które między innymi z powodu powielanych przez media informacji o zamkniętych gabinetach, o tym, że e-zdrowie zastąpiło w całości porady lekarskie i uniemożliwiło pacjentom dostęp do opieki zdrowotnej, oceniają je negatywnie. Opinie o e-skierowaniach są ambiwalentne: „znowu e-zdrowie”, „znowu lekarze nie będą chcieli przyjmować pacjentów” – dodał.

– Także lekarze i świadczeniodawcy mają mętlik w głowie – słyszą, że teleporada to rozwiązanie wszelkich problemów i że teleporada to zło, które uniemożliwiło pacjentowi dostęp do systemu. To na pewno jest trudny czas. Szalenie istotny byłby triaż, wzmocnienie pierwszego kontaktu pacjenta z systemem, odpowiednie pokierowanie go do gabinetu lekarskiego lub do teleporady – to są kierunki rozwoju. Trzymamy kciuki za e-zdrowie, pandemia pokazała, że przynosi ono dużą wartość dodaną do systemu ochrony zdrowia, ale nie może być traktowane jako panaceum – podsumował prezes Jankowski.

Jakie są największe wyzwania dotyczące e-zdrowia z punktu widzenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej?

Tomasz Zieliński, wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej, wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego, zauważył, że z powodu epidemii zwiększyła się liczba świadczeń, które muszą wykonać lekarze POZ, a to sprawia, że mają mniej czasu, aby przyswoić umiejętności związane z nowymi technologiami, bez których nie są w stanie poradzić sobie z telemedycyną. – Z jednej strony cieszymy się, że mamy pewną samodzielność,

co jest jednym z powodów decyzji lekarzy o pracy w POZ, a nie w szpitalu molochu, a z drugiej są trudności w związku z cyfryzacją, bo mamy ograniczony dostęp do informatyków, którzy mogą nam pomagać. Nie jesteśmy też w stanie na bieżąco rozwiązywać problemów. Dobrze wdrożone rozwiązanie informatyczne zdecydowanie upraszcza życie i pozwala nam oszczędzić czas, który możemy poświęcić pacjentom. Bo tak naprawdę nie jesteśmy dla e-zdrowia, dla rozwiązań cyfrowych, tylko dla pacjentów. Wszystko robimy po to, aby im pomóc. Są jednak blokady – na przykład problem z dostępem do dobrej jakości internetu – przyznał. – Pracując często na terenach wiejskich, mamy problemy z jakością, z przerwami w dostępie do internetu. Mało tego, są problemy z łącznością telefoniczną. Często nie można się porozumieć z pacjentem, bo on nie ma zasięgu. Gdybyśmy chcieli przejść na dużo nowocześniejszą metodę – wideorozmowę i przysyłanie danych z urzędzeń medycznych, to bez zapewnienia odpowiedniej łączności nie będziemy w stanie tego zrobić – dodał.

„Warto pamiętać, że kompetencje cyfrowe ważne są też w kontekście kadry medycznej. I nie dotyczy to tylko kadry zaawansowanej wiekowo”

Tomasz Zieliński zwrócił też uwagę na problem poruszony wcześniej: – Bez stworzenia pełnej dokumentacji medycznej, wymiany tej dokumentacji, o czym mówiła dyrektor Kister, nie pójdziemy dalej. Jeśli nie stworzymy elektronicznych dokumentów, którymi będziemy mogli się wymieniać, nadal pozostaniemy w wersji niby-elektronicznej, a w rzeczywistości papierowej. Bez tego cyfryzacja będzie tylko „digitalizowaniem papieru”, a nie ucyfrowieniem ochrony zdrowia.

Przyznał, że to, co udało się zrobić, pozwoliło nam przetrwać pierwszą falę epidemii, ale równocześnie ostrzegł, że potrzebne są dalsze działania, bo e-recepty i e-skierowania to za mało.

– Trzeba szukać różnych rozwiązań, czasem drobnych. Dla wielu pacjentów, zwłaszcza tych starszych, problemem są kompetencje cyfrowe i konieczne jest inwestowanie w nie, nie tylko przez Ministerstwo Zdrowia, lecz także inne instytucje, bo to są umiejętności uniwersalne. Dla pewnej grupy seniorów musimy jednak szukać innych rozwiązań. Jeżeli chodzi o Internetowe Konto Pacjenta, to istotne jest wsparcie lekarzy POZ i oddziałów NFZ – pomoc w aktywowaniu IKP czy upoważnianiu młodszego członka rodziny do zarządzania tym kontem. Nie można zapominać, że IKP cały czas się rozwija, pojawiają się w nim kolejne, bardzo atrakcyjne usługi. To powoduje, że wiele osób chce poznać to rozwiązanie. Moim zdaniem to jest klucz do szybkiego upowszechnienia IKP. Musi być na tyle atrakcyjne, by lu-



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

Tomasz Zieliński: Jeśli nie stworzymy elektronicznych dokumentów, którymi będziemy mogli się wymieniać, nadal pozostaniemy w wersji niby-elektronicznej, a w rzeczywistości papierowej

dzie chcieli go używać. Zdają sobie oczywiście sprawę, że zawsze będzie grupa osób w niewielkim stopniu zainteresowana rozwiązaniami cyfrowymi, a to są przecież pacjenci. Oni muszą mieć możliwość korzystania z usług zdrowotnych niezależnie od tego, jak bardzo zaawansowane będzie w Polsce wdrożenie e-zdrowia. Widać to na przykładzie e-recepty – istnieje kilka alternatywnych ścieżek, od IKP i e-dowodu osobistego po wydruk informacyjny dla osób, które nie korzystają z komputera czy smartfona. Tak musi być jeszcze przez wiele lat, zanim nastąpi zmiana pokoleniowa. Warto pamiętać, że kompetencje cyfrowe ważne są też w kontekście kadry medycznej. I nie dotyczy to tylko kadry zaawansowanej wiekowo. Niedawno ukazał się raport bazujący na badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród bardzo młodych lekarzy w 15 krajach, w tym w Polsce. Wyniki mogą zaskakiwać – 35 proc. osób ukraczających na rynek pracy podkreśla, że czują się zagubione w świecie cyfrowym, przytłoczone ilością danych i e-rozwiązań. Nie do końca wiedzą, jak mogą te rozwiązania efektywnie wykorzystywać w pracy lekarza. Należałoby rozpocząć dyskusję, jak zmienić programy kształcenia na studiach, żeby młody lekarz nie musiał uczyć się tego wszystkiego w szpitalu czy przychodni, tylko mógł płynnie zacząć pracować z tymi rozwiązaniami, bo one pomagają optymalizować pracę i mogą poprawiać skuteczność leczenia. My jeszcze nie dostrzegamy tych wszystkich korzyści, bo jesteśmy na etapie transformacji i na razie lekarze, menedżerowie, a często też pacjenci muszą włożyć sporo wysiłku, żeby tę zmianę przejść. Wierzę jednak, że już niedługo zaczniemy dostrzegać realne korzyści z cyfryzacji. Mam na myśli chociażby możliwość szybkiego dostępu do danych i ich analizy, co w świecie niecyfrowym jest nieosiągalne. Musimy dostarczyć lekarzom narzędzia i wiedzę, aby byli w stanie ten potencjał wykorzystać – mówiła dyrektor Kister.

– Jednym z głównych celów e-zdrowia jest umożliwienie pacjentowi i profesjonalistom medycznym dostępu do informacji o jego stanie zdrowia. Mówimy o dostępie w miarę bezpośrednim, w miarę łatwym i w każdym miejscu. Także w miejscu udzielania świadczeń w przypadku zagrożenia życia. Niezbyt często, ale czasem korzystam z opieki zdrowotnej i moja dokumentacja medyczna to jest gruba teczka – ma już prawie 20 lat. Gromadzę karty wypisowe, wyniki badań. Nasze e-zdrowie polega na tym, że od czasu do czasu aktu-

alizuję tę teczkę z lekarzem POZ. Gdy trafię do specjalisty, ponownie ją „synchronizujemy”, czyli przepisujemy informacje z kartek na kartki i dokładamy kolejne. Dużo łatwiej byłoby wdrażać e-zdrowie, gdyby przepływ informacji między podmiotami i profesjonalistami był lepszy. Najważniejsze w docieraniu do osób niescyfryzowanych są użyteczność systemu i łatwość korzystania z niego. Wystarczy, że nie będę drugi raz pytany o dokumenty z teczki, bo ktoś bezpośrednio będzie miał do nich dostęp – opisał Dariusz Dziełak.

Co o nierównościach powiedzieli inni eksperci?

– Odszedłbym od myślenia, że musimy scyfryzować wszystkich i wszystko. Najważniejsze, żeby nie było nierówności w zdrowiu – osoby, które nie korzystają z dobrodziejstw e-zdrowia, powinny być równie zdrowe jak osoby, które z nich korzystają. Należy zapewnić dostęp do dobrodziejstw e-zdrowia, czyli internetu, narzędzi, i jednak pozostawić ludziom wybór – mówił Łukasz Jankowski. – Zwykle jest tak, że twórca narzędzia stawia sobie za cel, żeby korzystało z niego jak najwięcej osób, tymczasem nie w tym rzecz. Wielu ludzi posługuje się smartfonami, ale pewna grupa nadal dzwoni z telefonów analogowych. Dopóki telefony stacjonarne spełniają swoją funkcję, nie widzę powodu, by rozważać przełączenie wszystkich na smartfony czy na nowoczesną technologię. Przekładając to na język e-zdrowia – dopóki nie generujemy nierówności w zdrowiu, a taki moment może się pojawić w rozwoju telemedycyny, byłbym spokojny i popularyzowałbym te rozwiązania, edukowałbym, a pacjenci będą korzystać z tych szans. Będą wręcz wymuszać na świadczeniodawcach wprowadzenie dobrych rozwiązań w zakresie e-zdrowia. Natomiast teraz nie stawiałbym za cel tego, żeby wszyscy pobrali aplikację albo dołączyli do e-zdrowia. Dobrym przykładem jest aplikacja ProteGO Safe, którą 6 października pobrało poniżej 2 proc. obywateli. Okazała się niepotrzebna i nic w tym złego. Czekają nas jeszcze mnóstwo prób i błędów w tworzeniu rozwiązań. Niektóre z nich okażą się potrzebne pacjentom i nam, a niektóre odejść do historii – dodał.

Tomasz Zieliński postawił tezę, że cyfryzacja zdrowia nie zlikwiduje wszystkich błędów i nierówności, a mogą pojawić się nowe.

– E-zdrowie nie zlikwiduje nierówności, ale je zmieni. Technologie cyfrowe rozwijają się w takim tempie, że trudno planować na dłużej niż rok, dwa lata, bo zaraz mogą pojawić się innowacyjne rozwiązania. E-zdrowie w jakimś zakresie zmniejsza nierówności, ale generuje nowe i powinniśmy się z tym pogodzić. Nie wolno stawiać sprawy w ten sposób, że skoro nie możemy sprawić, żeby dla wszystkich e-zdrowie było równie korzystne, to nie będziemy go wprowadzać. Albo że będziemy czekać z wdrażaniem tak długo, aż znajdziemy rozwiązanie i pomożemy wszystkim. Tak się nie stanie. Hybrydowość jest konieczna, część świadczeń zostanie przeniesiona do e-zdrowia, będziemy mogli skonsultować naszego pacjenta z lekarzem z każdego zakątka świata i w drugą stronę – pacjent będąc w dowolnym miejscu na świecie, będzie mógł uzyskać poradę – podsumował Tomasz Zieliński.

Krystian Lurka