



Cyfryzacja i informatyzacja sektora zdrowia

E-RECEPTA 2.0

PRIORYTETEM OCHRONY ZDROWIA

Jednym z największych wydarzeń i zarazem sukcesem cyfryzacji sektora zdrowia w 2020 r. było wprowadzenie e-recepty. W 2021 r. proces digitalizacji medycyny stworzy kolejne możliwości kontaktu między lekarzem a pacjentem, da lekarzom szansę na monitorowanie preskrypcji recept w czasie rzeczywistym, a co za tym idzie – istotnie usprawni proces leczenia. **Jak cyfryzację i informatyzację sektora zdrowia oceniają eksperci?**

Proces cyfrowej transformacji systemu ochrony zdrowia toczy się w Polsce od kilku lat. W tym czasie zmieniało się m.in. podejście do metodyki tworzenia projektu. Obecnie z powodzeniem funkcjonują już tzw. P1, czyli Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, a także Internetowe Konto Pacjenta – bezpłatna aplikacja Ministerstwa Zdrowia, dzięki której pacjent może m.in. e-mailem lub SMS-em otrzymać e-receptę (jej »

» numer może również otrzymać bezpośrednio od lekarza), e-zwolnienie, e-skierowanie, może też udostępnić bliskiej osobie informację o stanie zdrowia, rodzice natomiast mają dostęp do danych medycznych dzieci do 18. roku życia.

PANDEMIA PRZYSPIESZYŁA CYFRYZACJĘ

Jak podkreśla prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, miniony rok był dla wszystkich bardzo trudny z powodu pandemii, która determinowała wszelkie działania. – *W kwestii cyfryzacji był to jednak bardzo dobry rok. Jeśli cokolwiek dobrego możemy powiedzieć o pandemii, to właśnie to, że wymusiła pewne zmiany, przyspieszyła je. E-recepta weszła z początkiem 2020 r. i właściwie to nas uratowało, bo inaczej pacjenci leczeni przewlekle musieliby osobiście odwiedzać swoich lekarzy, a pandemia wiosną na pewno wyglądałaby i przebiegała zupełnie inaczej. Rok 2020 popchnął więc do przodu prace nad cyfryzacją. Jestem przekonana, że nie wrócimy już do ery sprzed 2020 r. Proszę zwrócić uwagę chociażby na to, ile systemów stworzono tylko w celu zapanowania nad pandemią – choćby cały system zgłaszania się pacjentów na testy, raportowania, nakładania administracyjnych obwarowań, takich jak izolacja czy kwarantanna. W tej chwili*

PROF. AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS:

Procesy cyfrowe generują olbrzymie ilości danych. To nie sztuka tylko je zbierać, jak zresztą przez lata było, bo NFZ gromadził mnóstwo danych, z którymi nic się nie działo. W tej chwili dane te zaczynają być analizowane. I to jest właśnie etap e-recepty 2.0

mamy również zbudowany zupełnie na nowo system do rejestracji i przeprowadzania szczepień, więc realizacja szczepień będzie funkcjonować w pełni cyfrowo. Również 2021 r. pod względem cyfryzacji zapowiada się bardzo ciekawie. Dużo się będzie działo i mam nadzieję, że to wszystko pozwoli nam funkcjonować w większym porządku organizacyjnym. Musimy jednak mieć świadomość, że wdrażanie nowych rozwiązań zawsze wiąże się i z pewnymi problemami, i z dużą dozą emocji. Pamiętajmy choćby o wieku personelu – patrzę na to z perspektywy POZ. Być może pewne rozwiązania w niektórych podmiotach nie przyjmą się z racji wieku świadczeniodawców i lekarzy. Trudno namawiać 70-letniego lekarza, który całe życie zawodowe funkcjonował w określony sposób, żeby teraz przeszedł na stronę cyfryzacji. Musimy wziąć na to poprawkę – cyfryzacja będzie procesem rozciągniętym w czasie – przewiduje prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

SZERSZE SPOJRZENIE

Nie ma wątpliwości, że miniony rok był czasem wyjątkowego doświadczenia ludzkości w kontekście

ogromnego zagrożenia zdrowotnego i zapotrzebowania na skuteczną, efektywną opiekę zdrowotną. W jaki sposób informatyzacja i cyfryzacja systemu ochrony zdrowia może pomóc w realizacji wartości dodanej dla pacjenta? Czy przybliży nas do tego celu, czy tylko buduje większą biurokrację? – *W systemie opartym na wartości zdrowotnej – value based healthcare – najprościej rzecz ujmując, chodzi o to, aby wytwarzać jak najwięcej wartości zdrowotnej docenianej przez pacjenta, a jednocześnie robić to jak najefektywniej, wykorzystując środki przeznaczane na ochronę zdrowia, zarówno na poziomie mikro – placówki, meta – regionu, jak i makro – całego systemu ochrony zdrowia. Koncepcja ta łączy perspektywę kliniczną, która najczęściej odwołuje się do evidence based medicine, czyli dorobku badań naukowych w zakresie tego, jak podejść oraz jakimi narzędziami i sposobami rozwiązywać problemy zdrowotne, z perspektywą ekonomiczną, w której ciągle zderzamy się z problemem ograniczonych, niewystarczających środków, jakie możemy przeznaczać na zabezpieczenie rosnących potrzeb zdrowotnych – wyjaśnia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.*

Istnieje wiele odpowiedzi na pytanie, co może zwiększać wartość zdrowotną. Mamy do dyspozycji różne działania i rozwiązania. – *Twórcy tej koncepcji stawiali przede wszystkim na koordynację i kompleksowość opieki. Nie sposób jednak koordynować procesu terapeutycznego, ścieżki pacjenta, na której bardzo często pojawia się wielu świadczeniodawców, wiele podmiotów, bez systemów informatycznych, za pomocą których wszyscy, łącznie z pacjentem, mają możliwość dotarcia do ważnych i wartościowych dla tego etapu terapeutycznego danych, które pozwalają w sposób skuteczny i szybki postawić diagnozę oraz zaplanować najlepszy proces leczenia – podkreśla dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. – Wydaje się, że dobrodziejstwo rewolucji cyfrowej dostrzegają pacjenci, którzy już doświadczyli, jak wygodne jest realizowanie recepty bez konieczności pilnowania czy szukania kвітka, który czasem ginie i wtedy trzeba wracać do przychodni z prośbą o wystawienie recepty ponownie. Zdecydowanie zmieniły się również jakość i standard pracy personelu medycznego. Wszystkie opory, które nam towarzyszyły przy wdrażaniu e-recepty, zostały przełamane i to jest bardzo dobry prognostyk na przyszłość – dodaje.*

Z KORZYŚCIĄ DLA KAŻDEGO

Czy warto stawiać na dalszą cyfryzację? – *Jeśli ktoś podnosi taką kwestię, można zadać pytanie, czy jest alternatywa dla cyfryzacji i dalszego dynamicznego postępu tego procesu – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. – Doświadczenia państw, które są znacznie bardziej od nas zaawansowane w procesie cyfryzacji systemu ochrony zdrowia, pokazują wymierne korzyści pacjentów – w wymiarze ich*



 **PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2021** 13-15 STYCZNIA 2021 R. E-KONFERENCJA

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka**, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
- **prof. dr hab. n. med. Maciej Kupczyk**, Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezydent elekt Polskiego Towarzystwa Alergologicznego
- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas**, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Moderator: **redaktor Krzysztof Jakubiak**

doświadczeń, bardzo ważnego fundamentu koncepcji value based medicine, a także poprawy wyników leczenia, co jest istotne zarówno dla pacjentów, jak i dla klinicystów. Ten bardzo ważny wspólny cel, do którego obie te strony dążą, jest realizowany z wykorzystaniem rozwiązań cyfrowych, e-zdrowia, telemedycyny, ale również systemów informatycznych, które pozwalają gromadzić i wymieniać informacje pomiędzy klinicystami, profesjonalistami medycznymi i samym pacjentem – dodaje.

E-ZDROWIE BARDZIEJ OPLACALNE

Cyfryzacja systemu opieki medycznej, mimo konieczności dużych inwestycji w infrastrukturę ekonomiczną i narzędzia, jest zdaniem ekspertów dużo bardziej opłacalna niż jej brak.

– Możemy realizować znacznie skuteczniejszą opiekę medyczną, dostępną bez względu na miejsce, no i przede wszystkim możemy realizować ją taniej. Jestem ekonomistką i muszę wspomnieć o pieniądzach: gdy patrzymy na korzyści, jakie ten system niesie dla pacjentów, okazuje się on inwestycją o wysokiej stopie zwrotu. Na pewno jednak mamy dużo

do zrobienia, bo chociaż 2020 r. był czasem naprawdę bardzo dynamicznego postępu, to gdy patrzymy na różnego typu raporty i benchmarki międzynarodowe, wyraźnie widać, że Polska nadal znajduje się na dosyć niskich pozycjach. W opublikowanym niedawno indeksie medycyny personalizowanej FutureProofing Healthcare Polska zajęła 20. miejsce wśród 34 państw w parametrze infrastruktura e-zdrowia. Najbardziej wypadliśmy w takich parametrach, jak dostęp pacjentów do danych medycznych – tu wielką nadzieję daje właśnie elektroniczna dokumentacja. Myślę, że 2021 r., który minister Gadomski ogłosił rokiem profilaktyki, będzie również rokiem elektronicznej dokumentacji medycznej i wszystkiego, co się z nią wiąże. Drugim parametrem, który został nisko oceniony, była infrastruktura zarządzania danymi, czyli wszystkie systemowe rozwiązania, które pozwalają korzystać z danych przez różnych interesariuszy systemu w czasie rzeczywistym. Ich realizacja w Polsce poprawi jakość procesów terapeutycznych, medycznych, ale co ważne dla wszystkich zarządzających placówkami i systemem, podniesie również jakość procesów zarządczych – przewiduje dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. »

» **NOWE MOŻLIWOŚCI INTERAKCJI
SYSTEM-LEKARZ-PACJENT**

W ciągu roku wystawiono kilkaset milionów e-recept. Na razie podstawą wykorzystania tego systemu jest poprawa procesu zakupu leków. Ale nie są to bynajmniej jego jedyne możliwości.

– Gdy ten system powstawał, mówiono, że nie usprawni on wyłącznie logistyki dystrybucji leków, ale będzie też bardzo ważnym narzędziem, które w wielu krajach już jest wykorzystywane do tego, aby analizować standardy leczenia, przyglądać się, czy pacjenci realizują recepty. Pacjent, wychodząc z gabinetu lekarza, dostaje wskazanie, jak powinien postępować w obliczu choroby, ale niestety do tej pory lekarz nie miał pewności, że recepta została zrealizowana. Dziś taką wiedzę lekarze będą mieli. Myślę, że wszyscy dopiero będziemy odkrywać możliwości systemu e-recepty w zakresie poprawy jakości procesu terapeutycznego, jakości leczenia. Mam nadzieję, że najbliższe miesiące będą czasem rozwoju funkcji, które daje on systemowi ochrony zdrowia, klinicytom, ale również – od strony zarządzania – redystrybucji leków, procesów ich refundacji czy wreszcie monitorowania standardów leczenia – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Monitorowanie standardów leczenia, czyli pewnego rodzaju kontrola preskrypcji lekarskiej, to możliwość, na którą liczy wielu lekarzy.

– Cyfryzacja jest przyszłością, bez której nie damy sobie rady – mówi wprost prof. Maciej Kupczyk. – E-recepty to dla nas bardzo cenne źródło informacji. Dlaczego? Bardzo dobrym przykładem są choroby przewlekłe, takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy astma oskrzelowa. We wszystkich chorobach przewlekłych podstawą terapii jest systematyczne stosowanie się do zaleceń lekarskich, zgodnych z najnowszymi standardami terapeutycznymi. Bardzo dobrze wiemy, że dane

dotyczące realizacji preskrypcji są zapisywane, powstają bazy danych. To, czego potrzebujemy z punktu widzenia opieki medycznej, to informacja zwrotna. Dla każdego specjalisty, w tym również lekarza specjalisty medycyny rodzinnej, bardzo cenną informacją jest to, ile leków pacjent wykorzystuje, w jakim czasie i w jaki sposób. Realizacja preskrypcji jest bardzo cennym wskaźnikiem, dlatego że nie spodziewamy się, żeby pacjent systematycznie wykupywał kolejne opakowania leków i ich nie przyjmował. Informacja zwrotna dotycząca tego, jak pacjenci stosują leki, w prosty sposób przekłada się na jakość opieki zdrowotnej. Mając dostęp do tej informacji, możemy pogłębić edukację zarówno pacjentów, jak i naszych kolegów lekarzy, którzy być może w pewien sposób zmodyfikują wtedy zachowania terapeutyczne, dzięki czemu efekt kliniczny będzie zdecydowanie lepszy, lepsza będzie kontrola choroby – dodaje.

Astma oskrzelowa jest chorobą ludzi młodych. Zaczyna się wcześniej i trwa przez całe życie. Jej koszty są istotne – to nie tylko koszty bezpośrednie leków, wizyt lekarskich, zaostrzeń choroby wymagających dodatkowych interwencji, ale także koszty pośrednie wynikające z chorobowości, absencji chorobowej, wizyt w szpitalu czy niepełnej produktywności pacjentów.

– Te koszty są olbrzymie. Optymalne leczenie jest dla nas tak ważne, bo pacjent z astmą oskrzelową powinien być absolutnie aktywny, nie ma żadnych przeciwwskazań do pracy zawodowej, aktywnego uprawiania sportu, edukacji. Obecnie dostępne leki umożliwiają osiągnięcie pełnej aktywności. Dlatego informacja zwrotna, ocena jakości terapii i stosowania się do zaleceń jest dla nas tak cenna – wyjaśnia prof. Maciej Kupczyk.





PILOTAŻ ROZSZERZENIA FUNKCJONALNOŚCI E-RECEPTY 2.0 NA PRZYKŁADZIE ASTMY OSKRZELOWEJ

Obecnie prowadzone są prace nad pilotażowym rozwiązaniem, które wykorzystując funkcjonalność systemu e-recepty, pozwoli zbierać informacje dotyczące prowadzenia pacjentów chorych na astmę, w tym dane na temat przyjmowanych przez nich leków. Pozwoli również ocenić, czy terapia prowadzona jest zgodnie ze standardami.

Jak wyjaśnia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, technologie zaszyte w systemie e-recepty mogą być wykorzystywane w celu monitorowania realizacji standardów w zakresie leczenia astmy, dając wsparcie lekarzowi, który opiekuje się pacjentem.

– *Technologia jest narzędziem, nie celem samym w sobie. Ona ma sens tylko wtedy, kiedy doskonale wiemy, czemu ma służyć i w jakim celu chcielibyśmy ją wykorzystać. Wydaje się, że dalsza dyskusja i projektowanie możliwości wykorzystania systemu e-recepty powinny być podporządkowane konkretnemu celowi. Faktem jest, że stopień przestrzegania standardów leczenia astmy nie spełnia oczekiwań środowiska i na pewno jest w tej mierze bardzo wiele do zrobienia. Jednym ze sposobów podnoszenia wiedzy i wykorzystania tych standardów, wdrażania ich w praktykę terapeutyczną jest proces edukacji. To wiemy, ale proces edukacji jest*

długotrwały, czasochłonny, wymaga zaangażowania. I tutaj znów ogromną przysługę daje nam technologia, która pozwala dużo szybciej dotrzeć do pewnej informacji zwrotnej, która może modyfikować proces podejmowania decyzji, w tym przypadku w gabinecie – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Profesor Maciej Kupczyk wyjaśnia, że w Polsce w leczeniu astmy stosowane są standardy międzynarodowe ze względu na to, że zarówno w diagnostyce, jak i w postępowaniu terapeutycznym lekarze mają dostęp do wszystkich metod i leków. Pewne szczegóły dotyczą wyłącznie dostępności terapii biologicznych w najcięższych postaciach astmy. Jak wygląda to z punktu widzenia e-recepty i badania pilotażowego? – *Myszę, że naszym wyjściowym celem nie jest od razu narzucenie standardu postępowania. Medycyna jest w pewien sposób sztuką i oczywiście mamy pewne schematy terapeutyczne, które może w jakiś sposób mogą być sugerowane. Osobiście większy nacisk położyłbym na edukację. Moim zdaniem system e-recepty powinien nam przekazać tzw. alarmowe informacje – gdy dzieje się coś niepokojącego w schematach terapeutycznych, z dwóch punktów widzenia. Z jednej strony kiedy pacjent nie realizuje preskrypcji, a z drugiej strony kiedy realizuje nadmierne preskrypcje na*

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA:

Raport Future Health Index, który przeprowadzono w 15 krajach, jednoznacznie wskazał, że młode pokolenie medyków (w Polsce aż 72 proc.) bardzo docenia pracę z nowoczesnymi technologiami i bardzo wierzy w to, że ich wdrożenie może istotnie podnieść jakość pracy, zmniejszyć obciążenie i poziom stresu

pewne grupy leków, które nie wydają się optymalne. Astma oskrzelowa jest bardzo dobrym przykładem. Jest to choroba przewlekła, częsta – dane epidemiologiczne mówią, że choruje co najmniej 10 proc. populacji, czyli ponad 3 mln osób. Schemat terapeutyczny opiera się na leczeniu przeciwzapalnym i wiemy, że gdy jest prawidłowo stosowany, pacjent czuje się bardzo dobrze, dobrze kontroluje chorobę i nie musi stosować tzw. leków ratunkowych. Sygnałem alarmowym braku kontroli choroby jest właśnie nadmierne zużycie leków ratunkowych. Gdybyśmy mieli informację zwrotną, że pacjent nagle zaczyna zużywać ich dużo więcej, to od razu lekarz prowadzący, zarówno w gabinecie POZ, jak i specjalista, dostaje sygnał alarmowy, że należy zmodyfikować leczenie. Drugą grupą preskrypcji są recepty na bardzo silnie działające leki, np. na steroidy systemowe, ze wszystkimi konsekwencjami tego rodzaju terapii, powikłaniami. Są to leki, które oczywiście w razie wskazań medycznych musimy zastosować, ale powinniśmy monitorować częstość ich zażywania. Wszystkie standardy międzynarodowe jasno mówią, że w przypadku częstego stosowania tej grupy leków pacjent wymaga konsultacji specjalisty, bo trzeba się zastanowić, czy rozpoznanie jest prawidłowe, czy diagnostyka różnicowa została odpowiednio przeprowadzona. Być może warto ocenić wtedy postać choroby i wdrożyć np. leczenie biologiczne. Wszystkie informacje zwrotne z e-recepty 2.0 umożliwiłyby nam pewne ukierunkowanie działań terapeutycznych, co przełoży się na kontrolę choroby. W astmie oskrzelowej to bardzo wyraźnie widać. Wiemy, że dobre leczenie przekłada się na dobrą kontrolę – stwierdza prof. Maciej Kupczyk.

CZY DANE Z PROGRAMU PILOTAŻOWEGO BĘDĄ SZERZEJ ANALIZOWANE, A LEKARZE KONTROLOWANI?

– *Edukacja jest niezwykle ważna, praktycznie wszyscy nasi koledzy śledzą doniesienia dotyczące nowych standardów terapeutycznych, zawsze przydałoby się pewne przypomnienie i zwrócenie uwagi na informacje alarmowe.* »

» Moim zdaniem największym osiągnięciem byłaby informacja zwrotna w pierwszej kolejności skierowana do lekarza. Do tej pory, co było nie do pomyślenia, lekarz nie wiedział, jakie preskrypcje realizuje pacjent. To jest standard opieki medycznej praktycznie w całym rozwiniętym świecie. Wszystkie kraje skandynawskie mają informację zwrotną – to dla lekarza są podstawowe dane. Praktycy wiedzą, że normą jest sytuacja, kiedy pacjent mówi, że bierze małe białe tabletki i duże niebieskie, ma też inhalator, który grzechocze przy wciąganiu, i prosi: „niech mi pan to przepisze, bo ja się po tym dobrze czuję”. To brzmi anegdotycznie, ale naprawdę do tej pory nie mieliśmy żadnej możliwości weryfikacji słów pacjenta. To utrudniało jakiegokolwiek postępowanie. Jak w takiej sytuacji mówić o kontroli choroby, gdzie unikanie polipragmazji, gdzie prawidłowe schematy terapeutyczne? Dojdźmy do jednego podstawowego celu: byśmy wiedzieli, czy pacjent bierze leki i ile ich bierze, jak realizuje preskrypcję. Później będziemy ewentualnie mówili o nadzorze

PROF. MACIEJ KUPCZYK:

Dojdźmy do jednego podstawowego celu: byśmy wiedzieli, czy pacjent bierze leki i ile ich bierze, jak realizuje preskrypcję. Jako praktyk byłbym niezwykle wdzięczny, gdybym miał do dyspozycji podstawowe informacje. To chyba nie jest nadmierne oczekiwanie w XXI wieku

nad lekarzem i sugestiiach dla niego. Jako praktyk byłbym niezwykle wdzięczny, gdybym miał do dyspozycji podstawowe informacje. To chyba nie jest nadmierne oczekiwanie w XXI wieku – mówi prof. Maciej Kupczyk.

CZY LEKARZOM RODZINNYM

TAKI FEEDBACK JEST POTRZEBNY?

– Absolutnie tak – odpowiada prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Dla lekarza podstawową informacją jest to, czy pacjent stosuje zalecone leczenie. Dotychczas musieliśmy bazować na tym, co powiedział nam pacjent. Jedni pacjenci dbają o zdrowie, spowiadają się ze wszystkich zżywanych leków i suplementów, inni nie przywiązują do tego wagi. Stara zasada, nie tylko medyczna, brzmi: ufaj, ale sprawdzaj. Teraz dzięki cyfryzacji możemy tę zasadę stosować i na pewno będzie to korzystne i dla pacjenta, i dla lekarza, który będzie w końcu wiedział, czy pacjent kupuje leki. Oczywiście nie dowie się, czy je zżywa, ale jeśli ktoś co miesiąc wydaje w aptece pieniądze na kolejne opakowanie leków, to trudno zakładać, że robi to, by je wrzucić do szuflady. Prof. Maciej Kupczyk poruszył jeszcze jedną istotną kwestię – polipragmazji. W populacji pacjentów starszych, powyżej 70., 75. roku życia, w zasadzie nie ma osób, które nie biorą żadnych leków. Na ogół przyjmują więcej niż jeden

lek, dosyć często więcej niż pięć – i tutaj zaczyna się problem. Jeśli te leki są przepisywane w kilku poradniach, nie ma możliwości, by coś się nie nalożyło, nie wchodziło w interakcje, a czasem wręcz nie było szkodliwe dla pacjenta. Cyfryzacja daje nam szansę, by poprawić opiekę również nad tymi pacjentami, bo tu mamy najwięcej do zrobienia – w pracy z pacjentem z wielochorobowością i poprawie opieki w zakresie interakcji farmakologicznych leków, które – chcemy czy nie – na pewno występują, jeśli pacjent przyjmuje więcej niż cztery preparaty. Będziemy mieli możliwość pełniejszego zadbania o bezpieczeństwo tych pacjentów – dodaje.

PILOTAŻ E-RECEPTY

A MOŻLIWOŚCI KONTROLOWANIA LEKARZY

Pilotaż e-recepty w leczeniu astmy będzie dotyczyć tysięcy alergologów, ale również tysiący lekarzy rodzinnych. Co będzie jego najważniejszym skutkiem? – Rzeczywiście, jeśli popatrzymy na wdrożenie e-recepty, to pierwszym krokiem jest ułatwienie życia pacjentom, z czasem – personelowi medycznemu, a także oszczędność papieru. Procesy cyfrowe generują olbrzymie ilości danych. To nie sztuka tylko je zbierać, jak zresztą przez lata było, bo NFZ gromadził mnóstwo danych, z którymi nic się nie działo. W tej chwili dane te zaczynają być analizowane. I to jest właśnie etap e-recepty 2.0 – mówi prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Czy lekarze nie boją się kontroli?

– Popatrzyłabym na to zupełnie inaczej. Kolejnym krokiem wdrażania e-recepty jest raczej kontrola preskrypcji i realizacji recept. Widzimy, czy pacjent wykupił przepisany lek. Dalszy etap to już kontrola w czasie – będziemy wiedzieć, czy pacjent, którego leczymy przewlekle, rzeczywiście regularnie realizuje recepty na wszystkie zapisane leki. To jest bardzo ważny element, istotny we wszystkich chorobach przewlekłych, nie tylko astmie. Z NFZ robimy w tej chwili pilotaż kontroli terapii w cukrzycy, która też jest bardzo wdzięcznym obiektem do badania, bo pacjentów jest dużo. W tym przypadku również analizujemy, kto przerywa terapię i dlaczego. Tu możemy pójść krok dalej i dochodzimy do punktu, gdzie można powiedzieć, że trochę kontrolujemy lekarza – to jak on leczy, czyli czy stosuje się do wytycznych. Ten pilotaż pokazuje nam na tym etapie, na którym jesteśmy, co możemy z systemu wydobyć, idąc krok po kroku. Jeśli na podstawie astmy uda się opracować ścieżkę i stworzyć system, w którym informacja zwrotna będzie wracać do lekarza prowadzącego, będziemy w zupełnie innym miejscu, niż jesteśmy teraz – mówi prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Przypomina, że lekarze dopiero od niedawna mają możliwość weryfikowania, jakie leki przepisał pacjentowi inny lekarz. – Lekarz POZ widzi to teraz w systemie, bo ma już dostęp do tych danych. Przez lata



była to nasza bolączka – jeśli pacjent nie powiedział nam, jakie leki bierze, kompletnie nie wiedzieliśmy, jak jest leczony przez innych specjalistów – dodaje.

DOŚWIADCZENIA ESTOŃSKIE A OCZEKIWANIA LEKARZY

– To rozwiązanie w największym stopniu dotyczy lekarzy POZ – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. – Informacja zwrotna, która mogłaby być im dostarczana przez system e-recepty 2.0, jakie jest odchylenie między standardami leczenia a ich wskazaniem, mogłaby być bardzo pomocnym narzędziem do usprawniania codziennej pracy. Nie my pierwsi wpadliśmy na ten pomysł, odwołujemy się do rozwiązań, które są stosowane w kilku krajach w Europie, m.in. w Finlandii i Estonii. Estończycy, obserwując doświadczenia fińskie, postanowili taki algorytm postępowania wpisać w system e-recepty i tym samym wykorzystać technologię jako narzędzie poprawy jakości i standardów pracy. W tym kontekście chciałabym przytoczyć wyniki innego raportu, który został opracowany na arenie międzynarodowej, a którego zasadniczym celem było sprawdzenie wiedzy młodych profesjonalistów medycznych, do 40. roku życia, na temat technologii i wykorzystania jej w codziennej pracy. Raport Future Health Index, który przeprowadzono w 15 krajach, jednoznacznie wskazał, że młode pokolenie medyków (w Polsce aż 72 proc.) bardzo docenia pracę z nowoczesnymi technologiami i bardzo wierzy w to, że ich wdrożenie może istotnie podnieść jakość pracy, zmniejszyć obciążenie i poziom stresu. Nie ma wątpliwości, że musimy szukać rozwiązań, za pomocą których nowoczesne technologie będą w swoich pełnych funkcjach wdrażane i wykorzystywane zarówno w procesie terapeutycznym, jak i w procesie oceny jakości procesów leczniczych – stwierdza.

DALSZY ROZWÓJ E-RECEPTY

– CZY SYSTEM WESPRZE LEKARZY W LECZENIU?

Systemy informatyczne pozwalają wdrożyć wiele rozwiązań. Czy jednym z nich będzie sugerowanie lekarzowi, wg jakiego standardu powinien leczyć pacjenta? Czy system będzie przekazywał sugestie dotyczące terapii już w momencie wypisywania pierwszej recepty na podstawie zebranych danych? – W perspektywie czasu taki efekt również chcielibyśmy osiągnąć – przyznaje prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Musimy jednak mieć świadomość, że takie rozwiązanie wymagałoby potężnej pracy merytorycznej w tle, pracy w zasadzie w systemie ciągłym, która polegałaby nie tylko na wprowadzeniu do systemu wytycznych, lecz także ich stałej aktualizacji. To ogromne wyzwanie, na razie jeszcze niemożliwe. W trakcie spotkań z producentami oprogramowania dla przychodni zawsze mówię, że program powinien lekarzowi pewne rzeczy podpowiadać, choćby po to, by ułatwić mu pracę. Mamy XXI wiek, lekarz nie musi już być chodzącą encyklopedią. Mało tego – przy obecnym poziomie wiedzy medycznej nikt nie jest w stanie nią być, zwłaszcza pracując w POZ, gdzie obszar wiedzy do opanowania jest ogromny, nawet jeśli jest

to wiedza w pewnym sensie podstawowa. Narzędzia cyfrowe powinny w tym pomagać i myśle, że jest to realne, ale w perspektywie, która dziś jest trudna do określenia – dodaje.

CYFRYZACJA A ZAPOTRZEBOWANIE NA NOWE ZAWODY W MEDYCYNIE

Jak wyjaśnia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, nowe rozwiązania cyfrowe pozwolą jeszcze bardziej efektywnie korzystać z tych narzędzi, które lekarze już mają do dyspozycji, a także ze wszystkich dostępnych w Polsce technologii. Naturalne będzie, że za jakiś czas wszyscy będziemy korzystać ze sztucznej inteligencji, wspierającej pracę w różnych zawodach. – W medycynie przestrzeń do jej wykorzystania naprawdę jest ogromna. Co więcej, bardzo wielu młodych medyków w sztucznej inteligencji widzi szansę na ciągle doskonalenie swojego warsztatu zawodowego. Ale znowu namawiam do pragmatycznego myślenia: musimy sobie zdawać sprawę, że rozwój tych narzędzi w polskim systemie ochrony zdrowia będzie również zwiększał zapotrzebowanie na inne zawody medyczne – na osoby, które będą wspierały medyków choćby w wypełnianiu różnych rejestrów czy korzystaniu z tych narzędzi, by w pełni wykorzystać ich funkcjonalność. Możliwe więc, że w placówkach medycznych zaczną pracować digital managerowie i inne osoby wspierające medyków w efektywnym korzystaniu z tych narzędzi. O tym wątku też nie powinniśmy zapominać, bo może się zdarzyć, że paradoksalnie nadmiar narzędzi sprawi, że nie sposób będzie z nich korzystać. A wtedy cel, na którym nam zależy, nie zostanie osiągnięty – przestrzega dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

MIERNIK SUKCESU

PROGRAMU PILOTAŻOWEGO E-RECEPTY 2.0

Co będzie sukcesem programu pilotażowego e-recepty? – Liczę na to, że wdrożenie tego pilotażu pokaże nam wzrost zużycia leków kontrolujących, istotny spadek zużycia leków ratunkowych i steroidów systemowych, które nie są optymalną terapią astmy. A wszystko to w praktyce przełoży się na parametry kontroli choroby, mniejszą liczbę hospitalizacji, nieplanowanych wizyt lekarskich, wizyt pogotowia ratunkowego. To są mierzalne parametry, które dość łatwo jest nam zebrać i w praktyce udowodnić, że stosowanie standardów, kontrola, weryfikacja na poziomie współpracy lekarza specjalisty, lekarza specjalisty medycyny rodzinnej i pacjenta przekłada się na optymalną kontrolę choroby, a także na optymalizację wydatków. Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia optymalizacja kosztów i zysku jest dla nas niezwykle istotna i my za pomocą narzędzi, które są łatwo dostępne, osiągniemy optymalną korzyść dla naszych pacjentów – podsumowuje prof. Maciej Kupczyk. ■

Katarzyna Wysocka