

TOMASZ HERMANOWSKI, MARTA KOWALCZYK

Zakład Farmakoeconomiki
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Aspekty komunikacji społecznej w planach informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce

1. Wstęp

Większość krajów stoi obecnie w obliczu problemu zwiększającego się zapotrzebowania na usługi medyczne przy ograniczonym budżecie oraz potrzeby zapewnienia równego dostępu do tych usług. Odpowiedzią na te wyzwania w krajach europejskich, jako jedno z priorytetowych działań, jest wprowadzenie i rozwój E-zdrowia, czyli wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia.

W praktyce E-zdrowie opiera się głównie na elektronicznej dokumentacji medycznej, która zawiera historię choroby, np. wyniki badań diagnostycznych, skierowania oraz zaordynowane leki. Proces transferu elektronicznego zapisu preskrypcji lekarskiej od lekarza poprzez centralny serwer do apteki, gdzie lek jest wydawany pacjentowi, nosi nazwę elektronicznej preskrypcji (e-preskrypcja), często stosowanym terminem jest także „elektroniczna recepta” (e-recepta). Jest to narzędzie służące do zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii dzięki kontroli przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich, eliminacji błędów preskrypcji, takich jak interakcje między lekami, przeciwwskazania, alergie lub złe dawkowanie, a także nieczytelności recept. Ponadto pozwala na zaoszczędzenie czasu przy obsłudze pacjenta i ograniczenie pracy administracyjnej.

W niektórych krajach Unii Europejskiej, a także w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej system elektronicznej preskrypcji funkcjonuje obecnie z powodzeniem na całym terenie. W Danii np. elektroniczny transfer preskrypcji jest obowiązkowy dla lekarzy pierwszego kontaktu¹. W Anglii natomiast istnieją

¹ http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Denmark_CountryBrief_eHStrategies.pdf.

obecnie dwa programy – jeden przeznaczony dla opieki szpitalnej, drugi zaś dla opieki ambulatoryjnej². W Szwecji także istnieje dobrze funkcjonująca wewnętrzna sieć specjalna, dzięki której odbywa się transfer recept. System elektronicznej preskrypcji w USA został wprowadzony z inicjatywy prywatnej³.

Dla krajów obecnie wdrażających system E-recepty niezwykle istotna jest odpowiedź na pytanie, czy korzystając z doświadczeń tych krajów, można zaprojektować system nie tylko efektywny i opłacalny, ale także spełniający oczekiwania wszystkich interesariuszy, tj. lekarzy, farmaceutów i pacjentów. Odpowiednie rozwiązania techniczne oraz organizacyjne są z pewnością niezbędne do stworzenia takiego systemu. Kluczowym elementem wydaje się jednak porozumienie pomiędzy wszystkimi uczestnikami procesu. W przypadku niezbadania nastawienia tych środowisk i niedostosowania przyszłego systemu do ich potrzeb wdrożenie go może spotkać się z trudnościami już na samym początku, czego przykładem mogą być doświadczenia związane z funkcjonowaniem prototypu systemu E-recepta w Polsce.

Celem niniejszej pracy jest podsumowanie dotychczasowych doświadczeń oraz obecnego stanu wdrażania systemu elektronicznej recepty w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu komunikacji społecznej i konsekwencji związanych z jej pomijaniem.

2. Prototyp systemu E-recepta w Polsce

W Polsce za wdrożenie systemu elektronicznej preskrypcji odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w ramach projektu P1 – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia określa organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia⁴.

W 2011 r. w Lesznie i powiecie leszczyńskim testowany był prototyp systemu E-recepta, wdrożony przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdro-

² http://ehealth-strategies.eu/database/documents/England_CountryBrief_eHStrategies.pdf.

³ L. Wdowiak, I. Bojar, A. Horoch, *Healthcare Information Technology (IT) and management systems. Part 3 – international experiences in e-prescription*, „Zdrowie Publiczne” 2009, nr 119(2), s. 192–198.

⁴ <http://www.e-recepta.gov.pl/web/sim>.

wia. W związku z obecną sytuacją prawną, która dopuszcza jedynie istnienie recepty w postaci drukowanej, recepta elektroniczna stanowiła tylko elektroniczną kopię i nie zastąpiła recepty tradycyjnej. Celem prac związanych z tym prototypem było zebranie doświadczeń oraz uzyskanie wiedzy potrzebnej do opracowania – zgodnie z zapowiedziami do 2014 r.⁵ – modelu docelowego, który będzie funkcjonował na terenie Polski.

Dyrektor CSIOZ, dr Leszek Sikorski, zachęcał do włączenia się w realizację projektu, zaznaczając, że będzie się to wiązać z poprawą bezpieczeństwa leczenia pacjentów, jakości usług oraz zarządzania czasem. Według niego, wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań komunikacyjnych w ochronie zdrowia jest nieuniknione ze względu na ogólny postęp technologiczny i rozwój cywilizacyjny. Co istotne, Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dr Krzysztof Kordel, na początkowym etapie prac nad projektem wyrażał swoje poparcie dla niego, jako dla wydarzenia o znaczeniu przełomowym i przyszłościowym⁶. W praktyce jednak do pilotażu systemu E-recepta przystąpiło jedynie 17 aptek oraz cztery placówki medyczne. Przez 5 i pół miesiąca jego trwania przetworzono około 3 tys. recept⁷.

Wątpliwości zgłaszane przez prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, dr. Tadeusza Bąbelka, dotyczyły zgodności z prawem, zwłaszcza ze względu na przekazywanie danych zawartych na receptach oraz brak rekompensaty pieniężnej dla aptek i placówek medycznych. Stwierdził także, że projekt E-recepta może zakończyć się niepowodzeniem, podobnie jak poprzednie projekty, jak np. system Rejestru Usług Medycznych. System E-recepta jest bowiem – według dr. Bąbelka – oderwany od rzeczywistości, przede wszystkim ze względu na to, że w jego tworzeniu nie uczestniczy Narodowy Fundusz Zdrowia⁸.

Leszczyńscy lekarze akcentowali fakt, że nie każdy z nich posiada komputer w swoim gabinecie, w związku z tym deklarowali przystąpienie do projektu jedynie pod warunkiem sfinansowania dla nich sprzętu komputerowego. Podkreślali także problem braku dostępu do Internetu w niektórych placówkach przyjmujących pacjentów⁹. Ponadto Bożena Janicka, prezes Wielkopolskiego Porozumienia Zielonogórskiego, uznała, że prototyp systemu E-recepta nie spełnia wszystkich wymogów, m.in. możliwości sprawdzenia, czy pacjent posiada

⁵ <http://www.rynekzdrowia.pl/Informatyka/Pilotaz-e-recepty-w-powiecie-leszczynskim-zglaszam-watpliwosci-enter,108828,7.html>; <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Zglaszam-powazna-watpliwosc-enter,109288.html>.

⁶ <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=57>.

⁷ <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Prototypowy-projekt-e-recepta-fini-suje,112679,6.html>.

⁸ <http://panorama.media.pl/content/view/375886/294/>.

⁹ Ibidem.

ważne ubezpieczenie, oraz podglądu recept wystawionych przez innych lekarzy danemu pacjentowi¹⁰.

Przyczyny opisane powyżej oraz prawdopodobnie także inne, również te wynikające z osobistych przekonań i interesów lekarzy oraz farmaceutów, przyczyniły się do niewielkiego stopnia realizacji prototypu E-recepta oraz stanowiły zapowiedź problemów z wdrażaniem właściwego systemu elektronicznej preskrypcji w całej Polsce.

3. Perspektywy informatyzacji służby zdrowia w Polsce

W 2007 r. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o planie informatyzacji służby zdrowia. Jak wspomniano powyżej, do tego celu zostało powołane Centrum Systemów Informatyzacji Ochrony Zdrowia. Głównym założeniem jest stworzenie platformy, na której będą rejestrowane wszystkie zdarzenia medyczne i na której każdy pacjent będzie miał swoje konto. Tam będzie mógł zobaczyć historię swojej choroby czy też umawiać wizyty lekarskie. Co więcej, system eliminowałby dotychczasowe problemy z błędami na receptach poprzez automatyczne wpisywanie numeru PESEL i innych danych pacjenta, poziomu odpłatności danego leku oraz podawałby informację, czy pacjent jest aktualnie ubezpieczony¹¹.

Rząd zgłosił projekt informatyzacji służby zdrowia, którego koszt wyniósł łącznie 712 mln PLN (z czego 85% jest finansowane z funduszy Unii Europejskiej), jako jeden z priorytetów programu Innowacyjna Gospodarka. Jego realizacja jednak została wstrzymana z powodu wykrytych nieprawidłowości¹². Wątpliwości dotyczyły już studium wykonalności, opracowanego przez Ernst and Young za kwotę około 5 mln PLN¹³. Z powodu uwag WWPE (Władzy Wdrażającej Programy Europejskie) i koniecznych poprawek kwota ta ostatecznie przekroczyła 7 mln PLN. Kontrolerzy MSWiA (Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji) oraz UZP (Urzędu Zamówień Publicznych) poddali krytyce

¹⁰ <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Zglaszam-powazna-watpliwosc-enter,109288.html>.

¹¹ http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/584482,komisja_europejska_nie_da_polsce_pieniedzy_na_informatyzacje_sluzby_zdrowia.html.

¹² Ibidem.

¹³ *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Studium Wykonalności*, Ernst&Young Business Advisory Sp. z o.o. i Wspólnicy sp. k., Warszawa 2009.

to zamówienie, w związku z czym kwota 566 tys. PLN nie zostanie zapłacona z pieniędzy przeznaczonych na projekt jako tzw. korekta finansowa. Co więcej, negatywna ocena UZP wobec niektórych zamówień spowodowała, że z funduszy tych nie będzie opłacone kolejne 3,5 mln PLN¹⁴.

Dodatkowo UZP uznał, że w przypadku realizacji projektu mogło dojść do nieprawidłowości w przetargach. Miałyby one polegać na zablokowaniu udziału w przetargach przedsiębiorstwom konkurencyjnym poprzez zmwę cenową, tak by wybrano oferty konkretnych firm (tych, które zostały zaangażowane do realizacji projektu: Unizeto Technologies, Hawlett Packard, konsorcjum Kamsoft i Asseco Poland oraz Sygnity). Gdyby zarzuty okazały się słuszne, prawdopodobnie konieczne byłoby ponowne zorganizowanie przetargu, co wiązałoby się zapewne z dużymi opóźnieniami realizacji projektu. Jednak Krajowa Izba Odwoławcza po rozpatrzeniu sprawy orzekła, iż w omawianym przetargu nie doszło do naruszenia prawa¹⁵.

4. Nakłady inwestycyjne projektu P1 a komunikacja społeczna

We wspomnianym powyżej studium wykonalności przedstawiono koszty realizacji projektu. W poniższej tabeli przytoczono oszacowane nakłady inwestycyjne w latach 2007–2012.

Tabela 1. Nakłady inwestycyjne brutto projektu P1 w latach 2007–2012 oszacowane w ramach studium wykonalności (w tys. PLN)

Rodzaj kosztu	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Przygotowanie projektu	98	2632	6 867	7 427	9 480	9 031	7 899	4 409
Zarządzanie projektem	–	–	1 400	1 778	1 778	1 778	1 778	1 334
Zakup siedziby	–	–	26 901	2 884	–	–	–	–
Zakup sprzętu i licencji	–	–	14 190	–	5 750	49 110	33 795	–
Wytworzenie systemów	–	–	44 722	62 172	207 552	110 621	10 358	–

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ http://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/608334_informatyzacja_sluzby_zdrowia_niewazna.html.

Rodzaj kosztu	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Wdrożenie systemów	–	–	1 024	–	3 104	16 293	30 836	–
Szkolenia	–	–	–	–	184	1 414	13 524	6 649
Audyt	–	–	–	–	–	824	1 113	1 602
Promocja	–	–	–	1 240	2 524	2 581	2 641	1 341
Suma	98	2 632	95 104	75 501	230 372	191 654	101 944	15 335

Źródło: *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Studium Wykonalności*, Ernst & Young Business Advisory Sp. z o.o. i Wspólnicy sp. k., Warszawa 2009.

Z oszacowania nakładów inwestycyjnych wynika, że najwyższe kwoty zostały przeznaczone na wytworzenie systemów oraz zakup siedziby, sprzętu i licencji. Stosunkowo niewielkie kwoty zostały zaplanowane na cele promocji projektu, na który składają się działania informacyjno-promocyjne przy wykorzystaniu różnego rodzaju środków masowej komunikacji, takie jak: publikacje, ulotki, billboardy, strona internetowa, artykuły w prasie, szkolenia, konferencje i targi. Planowane jest zaprezentowanie następujących informacji:

- proponowane rozwiązania;
- problemy, dla których rozwiązania są odpowiedzią;
- interesariusze, ich cele, interesy i strategia;
- oczekiwane efekty;
- wskaźniki i mierniki efektów;
- mechanizmy rozwiązań gwarantujące efekty;
- sprzymierzeńcy i przeciwnicy danego rozwiązania, wraz z podaniem przyczyn i dostępnych metod ich zjednania¹⁶.

Wydaje się zatem, że kwestia sprzeciwów ze strony interesariuszy została uwzględniona w strategii promocji projektu. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że przewidziane działania sprowadzają się głównie do udzielania informacji ze strony podmiotu odpowiedzialnego za wdrożenie projektu. Nie zostały natomiast zaplanowane konsultacje społeczne, przeprowadzenie badań ankietowych bądź jakakolwiek inna forma zbierania opinii interesariuszy i dopuszczenie ich do procesu tworzenia systemów. W kontekście trudności, na jakie natrafił program pilotażowy elektronicznej recepty, uwzględnienie opinii, obaw, interesów i oczekiwań lekarzy, aptekarzy oraz pacjentów wydaje się niezbędne do zapewnienia płynnej i efektywnej implementacji systemu.

¹⁶ *Elektroniczna Platforma Gromadzenia...*, op.cit.

5. Podsumowanie i kierunki dalszych badań

Obecnie projekt E-zdrowie jest w Polsce w fazie rozwoju. Mając na uwadze doświadczenia zebrane w ramach projektu pilotażowego E-recepta, należy stwierdzić, że niezbędne wydaje się zbadanie wszelkich uwarunkowań oraz obaw i oczekiwań związanych z informatyzacją sektora służby zdrowia. Mają one bowiem duże znaczenie dla powodzenia wprowadzania systemu, a dotychczasowe doświadczenia pozwalają na postawienie hipotezy, że zarówno lekarze, jak i farmaceuci nie zostali przekonani do tej idei. Niezbędne dla dalszego wdrażania systemu jest zweryfikowanie tej tezy oraz poznanie szczegółowych przyczyn, dla których omawiane opinie są negatywne lub pozytywne.

Bibliografia

1. *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Studium Wykonalności*, Ernst & Young Business Advisory Sp. z o.o. i Wspólnicy sp. k., Warszawa 2009.
2. Wdowiak L., Bojar I., Horoch A., *Healthcare Information Technology (IT) and management systems. Part 3 – international experiences in e-prescription*, „Zdrowie Publiczne” 2009, nr 119(2), s. 192–198.

Źródła sieciowe

1. http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Denmark_CountryBrief_eHStrategies.pdf.
2. http://ehealth-strategies.eu/database/documents/England_CountryBrief_eHStrategies.pdf.
3. <http://panorama.media.pl/content/view/375886/294/>.
4. http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/584482,komisja_europejska_nie_da_polsce_pieniedzy_na_informatyzacje_sluzby_zdrowia.html.
5. http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=957&Itemid=96.
6. <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=57>.
7. <http://www.e-recepta.gov.pl/web/sim>.
8. http://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/608334,informatyzacja_sluzby_zdrowia_niewazna.html.
9. <http://www.rynekapteki.pl/informatyka/e-recepta-dobra-ale-dla-kogo,2516.html>.

10. <http://www.rynekaptek.pl/informatyka/na-e-recepcie-wciaz-zarabiaja-jedynie-ludzie-z-kamsoft-i-csioz,2586.html>.
11. <http://www.rynekaptek.pl/informatyka/za-wczesnie-na-e-rewolucje-w-aptekach,4528.html>.
12. <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Prototypowy-projekt-e-recepta-finishuje,112679,6.html>.
13. <http://www.rynekzdrowia.pl/Informatyka/Pilotaz-e-recepty-w-powiecie-leszczymskim-zglaszam-watpliwosci-enter,108828,7.html>.
14. <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Zglaszam-powazna-watpliwosc-enter,109288.html>.

* * *

Aspects of social communication in plans of healthcare computerization in Poland

Summary

Electronic prescribing, also called e-prescribing, is the process of transferring an electronic record of prescription from prescriber (physician) across central base to pharmacy, where the medication is sold to patient. It is a tool of improving pharmacotherapy safety, due to compliance control, reducing of medication errors frequency, thanks to warnings in case of contra-indications, allergic reactions, drug-drug interaction and wrong dosing, as well as reducing time and costs of physicians and pharmacists work.

In Poland, e-prescribing system is currently under development. The Center of Information Systems in Healthcare is the organization responsible for the implementation of it. It is conducted in the framework of European Union P1 Project – Electronic Platform of Gathering, Analysis and Dissemination of digital resources about Medical Events. As a part of project, the prototype of E-prescription system took place in Leszno and leszczymski district in 2011. Its aim was to gather the experiences and knowledge needed to establish final model of system, that is going to function in Poland until 2014. The prototype met very restricted engagement. Moreover, the president of Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska (the association of pharmacies from the region of Wielkopolska) and the president of Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie (the union that is working for and in defense of family physicians, patients and the entire medical community) reported a lot of concerns and remarks about the system.

Reasons of this situation may be connected to lack of taking into account the aspect of social communication. Exploration of opinions, anxieties, interests and expectations of prescribers, pharmacists and patients seems to be necessary for fluent and effective implementation of the system.

Keywords: e-prescribing, electronic prescribing, social communication