

# e-Doktor

Od początku 2013 r. mamy system eWUŚ. Jako kolejny krok informatyzacji służby zdrowia planowane jest wprowadzenie Projektu P1. Co czeka lekarzy w związku ze zmieniającym się otoczeniem informatycznym w gabinetach i placówkach medycznych?

**W** 2000 r. Rada Europy przyjęła Strategię Lizbońską. Wyznaczono w niej m.in. funkcje, jakie powinny spełniać techniki informacyjno-komunikacyjne (ICT) dla rozwoju ochrony zdrowia. Następnie w dokumentach eEurope 2005 Information Society for All oraz w eHealth Action Plan 2004 określono szczegółowe działania dla e-Zdrowia w Europie. Polska podpisała wspomniane dokumenty, a tym samym zobowiązała się do opracowania i wdrażania usług ICT w ochronie zdrowia. Zadanie wypełnienia nałożonego na nasz kraj obowiązku w tym zakresie powierzono Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostce utworzonej w 2000 r. i podległej Ministerstwu Zdrowia, która odpowiada m.in. za przygotowanie Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia.

CSIOZ przygotowuje obecnie do wdrożenia kolejny z projektów wchodzących w skład wspomnianego programu – Projekt P1, czyli „Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. To przedsięwzięcie, na które Unia Europejska przeznaczyła ok. 712 mln zł. W ramach wdrażania P1 można spodziewać się m.in. wprowadzenia Internetowego Konta Pacjenta, e-Recepty, e-Zwolnienia i e-Skierowania. Z pewnością będzie potrzebna też e-Cierpliwość.

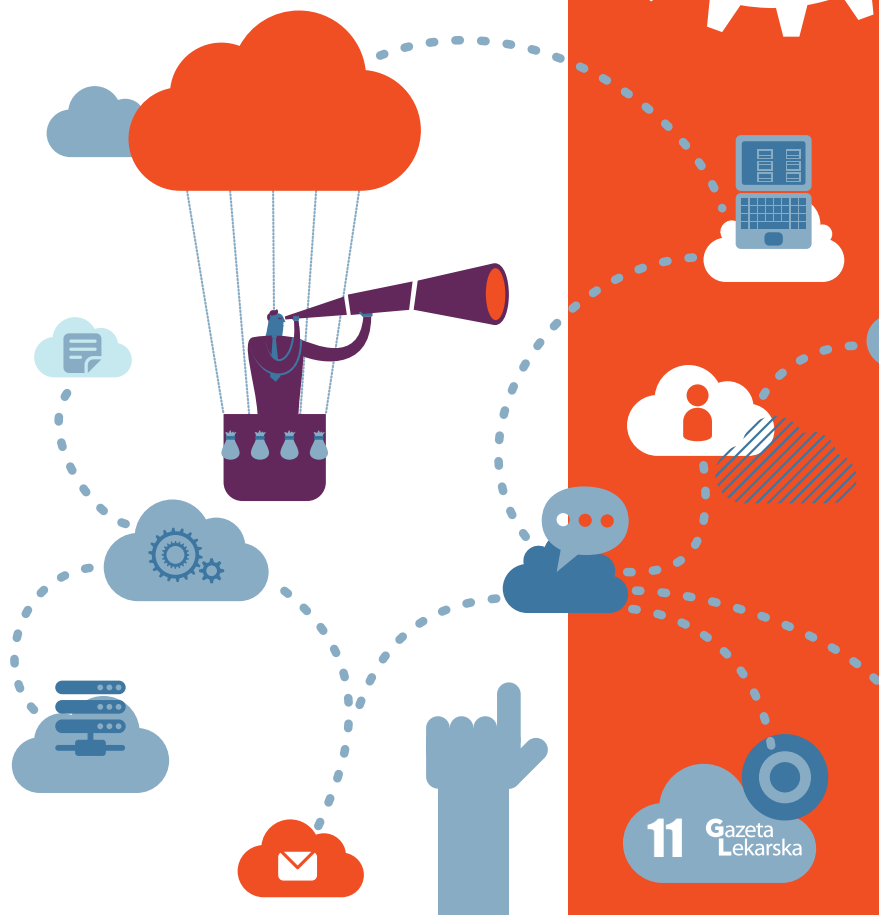
## Pierwsza była eWUŚ

System działa od 1 stycznia. Jak informują pracownicy CSIOZ, eWUŚ, czyli Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców, pozostaje w kompetencjach zarządczych NFZ. – CSIOZ pomaga jedynie przy tworzeniu strony informacyjnej na temat systemu eWUŚ ([www.ewus.csioz.gov.pl](http://www.ewus.csioz.gov.pl)), ale samego systemu nie tworzy, to jest domena NFZ – podkreśla Katarzyna Maćkowska, kierownik Wydziału Informacji i Promocji CSIOZ. Wszelkie merytoryczne aspekty systemu eWUŚ leżą po stronie funduszu.

Pierwsze miesiące działania systemu pokazują, że najczęściej pytań w systemie eWUŚ pojawia się między godziną 7 a 9 rano. O godz. 8 pada średnio 338,5 tys. zapytań. Z danych NFZ wynika, że system obsługuje średnio 2,1 mln zapytań każdego dnia – przy czym w dzień roboczy wartość ta wzrasta do 2,75 mln, a w dzień wolny od pracy spada do 586 tys. Jak in-

formuje NFZ, dzięki możliwości zalecanego przez fundusz automatycznego sprawdzania numerów PESEL pacjentów raz dziennie, znacząco skrócono czas weryfikacji uprawnień. Obciążenie systemu zostało rozłożone na całą dobę, a system eWUŚ funkcjonował sprawnie i bez opóźnień. Na przykład w warszawskim Szpitalu Bielańskim uruchomione sprawdzenie uprawnień 200 pacjentów zajęło około 20 sekund, a w warszawskiej przychodni internistyczno-specjalistycznej przy ul. Jagiellońskiej 34, mającej zapisanych na dany dzień 2800 pacjentów, taka weryfikacja trwała około 5 minut. Jak podkreśla fundusz, poprawia się jakość oprogramowania wykorzystywanego przez świadczeniodawców, co wpływa na eliminowane zjawiska

Marta  
Jakubiak,  
Katarzyna  
Strzałkowska





wielokrotnego zapytania o ten sam numer PESEL w ciągu jednego dnia.

Dla kogo tak naprawdę stworzono system weryfikacji ubezpieczenia pacjentów i kto najbardziej skorzysta na jego wprowadzeniu? – eWUŚ to dobre rozwiązanie dla obywateli. Jest też źródłem danych pozwalających na poprawienie działalności służby zdrowia – mówił minister Michał Boni podczas zorganizowanej na początku lutego konferencji prasowej. Chcieliśmy spotkać się z panem ministrem, by porozmawiać o wdrożonych już i planowanych innowacjach informatycznych w sektorze ochrony zdrowia. Niestety nie znalazł dla nas czasu, a dokładnie – utknęliśmy na poziomie biura prasowego, które z tygodnia na tydzień odrazało wyznaczenie terminu spotkania.

Chętnie o eWUŚ rozmawiali natomiast przedstawiciele NFZ. Jako główny powód wprowadzenia systemu eWUŚ podają uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta. I dodają, że korzyści z wprowadzenia tego systemu jest więcej i są one istotniejsze dla procesu budowy zintegrowanego systemu informatycznego, jak również dla organizacji udzielania świadczeń. Innym pozytywnym skutkiem działania systemu eWUŚ jest poprawa jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) prowadzonym przez ZUS, a wykorzystywanym przez NFZ, m.in. poprzez korektę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z niego pacjentów.

Korzystanie z systemu eWUŚ nie jest jednak ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, a jedynie zalecanym sposobem potwierdzania uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych przez NFZ (można sprawdzić dokument ubezpieczenia lub przyjąć oświadczenie). Czy zarządzenie prezesa NFZ dotyczące np. POZ na 2013 r., a nakładające na świadczeniodawców POZ obowiązek korzystania z tego systemu – tzn. zobowiązujące świadczeniodawcę do uzyskania dostępu do eWUŚ – jest zatem zgodne z prawem? – System eWUŚ powstał tak naprawdę w wyniku protestu lekarzy i jest w ich interesie. Potwierdzenie uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stanowi rękojmię rozliczenia udzielonych świadczeń przez oddział wojewódzki NFZ. Z przepisów wynika, że pacjent może potwierdzić swoje uprawnienie do świadczeń za pośrednictwem systemu eWUŚ, zatem udzielający świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązany do zapewnienia mu takiej możliwości – wyjaśnił Andrzej Troszyński, rzecznik NFZ.

A co w sytuacji, gdy lekarz pracuje w placówce, która nie ma podpisanego kontraktu z NFZ i nie korzysta z weryfikacji eWUŚ, ale jest uprawniony do wypisywania leków refundowanych – czy powinien sprawdzać ubezpieczenie każdego pacjenta, któremu wypisuje

receptę na leki refundowane i przekazywać raport do NFZ o weryfikacji ubezpieczonego? Jak informuje NFZ, lekarz, który ma podpisaną umowę z funduszem tylko na wystawianie recept refundowanych, nie sprawozdaje raportu z wystawionych recept – informacje o zrealizowanych receptach refundowanych fundusz otrzymuje z aptek.

I w tym miejscu pojawia się kolejna wątpliwość. Świadczeniodawcy mają obowiązek weryfikować ubezpieczenie, nie mają natomiast obowiązku (ani ustawowego, ani wynikającego z umów z NFZ) przekazywania kodów autoryzacji ani przechowywania ich w swoich zasobach kodów autoryzacyjnych wydanych z systemu e-WUŚ. Czy zobowiązanie świadczeniodawców do wypełniania takiego obowiązku nie wymaga aneksowania wcześniej zawartych umów, skoro nakłada się na nich nowe obowiązki? Z przekazanych przez NFZ informacji wynika, że świadczeniodawcy mają obowiązek sprawozdawać kody autoryzacyjne wydane z systemu eWUŚ do oddziałów wojewódzkich NFZ, ponieważ obligują ich do tego przepisy zarządzenia 103/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, a co za tym idzie – nie ma potrzeby aneksowania umów.

A co w sytuacji, kiedy w czasie pobytu pacjenta w szpitalu wygaśnie jego ubezpieczenie? Czy NFZ zapłaci świadczeniodawcy za zrealizowane świadczenie? Jak informuje płatnik, NFZ finansuje jedynie świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom ubezpieczonym. Osoby, które nie mają uprawnień do świadczeń ze środków publicznych, będą musiały same pokryć koszty. Czy to oznacza, że świadczeniodawcy będą musieli zmierzyć się z jeszcze jednym zadaniem – ściąganiem należności od pacjentów?

System eWUŚ to dopiero początek informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce. Działa i wydaje się, że swoje podstawowe zadania spełnia. Jakie inne cele poza weryfikacją ubezpieczenia pacjentów zostaną mu przypisane, czas pokaże. Z pewnością NFZ będzie chciał wykorzystać ten system jak najpełniej. Przyszłość odpowie też na pytanie, jak CSIOZ poradzi sobie z realizacją głównego celu Projektu P1, czyli budową elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia. – Pod koniec jesieni tego roku planujemy pierwsze wydanie produkcyjnej wersji P1. Chcemy uruchomić w tym czasie e-Receptę, e-Skierowanie, e-Zlecenie oraz e-Zwolnienie. To będzie tak naprawdę początek działania tworzonego przez nas systemu – deklaruje Andrzej Wąciór, zastępca dyrektora ds. teleinformatycznych w CISOZ.

## IKP, czyli Internetowe Konto Pacjenta

W opracowywanej właśnie Platformie P1 ma się znaleźć informacja o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy

*Korzystanie z systemu eWUŚ nie jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, a jedynie zalecanym sposobem potwierdzania uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych przez NFZ (można sprawdzić dokument ubezpieczenia lub przyjąć oświadczenie).*



skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. Gromadzenie tych danych to jasno określony cel projektu. Pacjent będzie miał dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia, a dane będą gromadzone na tzw. Internetowym Koncie Pacjenta (strona w wersji testowej [www.ikp.gov.pl](http://www.ikp.gov.pl)).

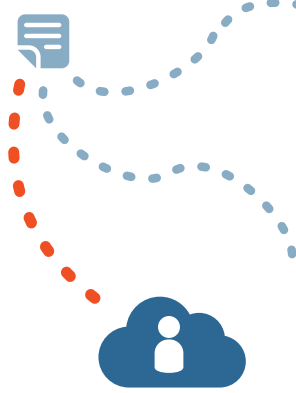
System ma zawierać informacje o zdarzeniach medycznych. Dokumenty będą wymieniane pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń, czyli placówkami medycznymi, w tym pracującymi w nich lekarzami i lekarzami prowadzącymi praktyki. Celem jest zapewnienie sprawnej diagnostyki i ciągłości leczenia pacjenta, a także zaopatrzenia go w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Podstawowa informacja, która znajdzie się w systemie, to elektroniczna dokumentacja medyczna, a dokładnie odnośniki (linki) do dokumentacji medycznej, czyli informacja o tym, gdzie znajduje się elektroniczna dokumentacja medyczna. W jednym miejscu zostanie zgromadzona kompletna historia choroby i leczenia. Ma zapewnić łatwy i szybki dostęp do wszystkich danych medycznych, takich jak: usg, rtg, wyniki badań laboratoryjnych. Dostęp do historii choroby pacjenta mógłby znacznie ułatwić lekarzowi planowanie leczenia. Jednak, jak zazna-

cza Katarzyna Maćkowska z CISOZ, lekarz będzie miał dostęp tylko do tych danych, które udostępni mu pacjent. – Jeżeli pacjent zdecyduje, że lekarz ma pełen dostęp do danych, lekarz zobaczy na koncie pacjenta ICD 10, czyli rozpoznanie, i ICD 9, czyli procedury medyczne zastosowane wobec pacjenta. Proszę jednak traktować te informacje jako wstępny zamysł projektowy. Na tym etapie prac jest jeszcze zbyt wcześnie, by odpowiedzieć na pytanie, jak ostatecznie ten dostęp lekarza będzie wyglądał – podkreśla. Nie wiadomo też, czy lekarz będzie mógł w systemie porównywać wyniki badań, np. dokonać zestawienia wyników eGFR. – W obecnym kształcie projektu nie ma takiej możliwości, co nie oznacza, że to się nie zmieni. Na bieżąco konsultujemy zmiany projektu, m.in. z przedstawicielami środowiska lekarskiego – zaznacza CISOZ.

Według obecnie obowiązujących przepisów, każdy lekarz i lekarz dentyista będzie musiał wprowadzić elektroniczną dokumentację medyczną do 31 lipca 2014 r. Od 1 sierpnia 2014 r. lekarz będzie miał obowiązek gromadzenia danych w postaci elektronicznej albo na swoim komputerze, albo w swoim systemie szpitalnym lub gabinetowym – jeśli zdecyduje się korzystać z usług zewnętrznej





firmy. Wiele przychodni POZ i praktyk lekarskich już gromadzi dane w formie elektronicznej i prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną, która działa dzięki usłudze wykupionej w firmie zewnętrznej. Koszt, jaki trzeba ponieść z tego tytułu, uzależniony jest od tego, z jakich modułów w ramach oprogramowania się skorzysta. W 2011 r. oprogramowanie do przychodni z trzema gabinetami i rejestracją kosztowało ok. 4500 zł. Od tego czasu pojawiło się kilka nowych ciekawych modułów, dodatkowo płatnych.

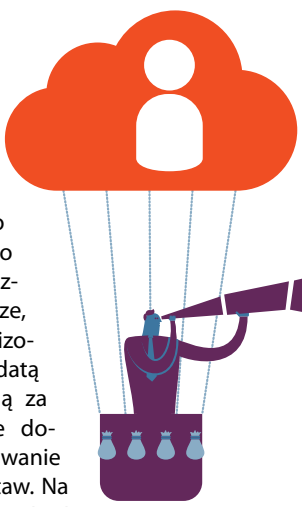
### Dedykowany interfejs graficzny

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do końca lipca przyszłego roku muszą spełnić wszyscy lekarze i lekarze dentyści, także ci, którzy prowadzą uproszczoną dokumentację medyczną i wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i członków swojej rodziny. Naczelna Rada Lekarska apelowała do Ministra Zdrowia o wyłączenie tej grupy lekarzy z obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji, jako że większość z nich stanowią lekarze emerytowani. Samorząd wskazywał na technologiczną barierę, jaką stanowić może elektroniczna dokumentacja dla lekarzy seniorów. Niestety, jak czytamy w odpowiedzi wiceministra Sławomira Neumanna, będą musieli tę barierę przejść, bo elektroniczna dokumentacja pacjenta nie może być rozpatrywana w oderwaniu od pozostałych rozwiązań składających się na realizowany projekt, np. Internetowego Konta Pacjenta czy elektronicznej recepty. Jak zaznaczył wiceminister, dane niezbędne do wytworzenia elektronicznej recepty w znacznej mierze pokrywają się z danymi, jakie powinna zawierać uproszczona dokumentacja medyczna. Jak wynika z podanych przez ministra informacji, każdy lekarz musi być uczestnikiem Projektu P1.

Na pocieszenie minister podkreśla, że w związku z realizacją tego obowiązku lekarze nie poniosą kosztów wdrożenia własnych systemów, ponieważ projekt zapewni lekarzowi taką usługę przez dedykowany interfejs graficzny. Zapytaliśmy Andrzeja Wąciora, zastępcę dyrektora ds. teleinformatycznych w CISOZ, co termin ten oznacza. – W ramach Programu P1 planujemy wydać aplikację webową dla usługodawców i aptek, czyli aplikację dostępną przez każdą przeglądarkę internetową. Nie trzeba kupować własnego systemu. Wymagany jest jedynie dostęp do internetu. Aplikacja jest tworzona również na urządzenia mobilne – wyjaśnia dyrektor Wąciór. Z deklaracji takiej wynika, że w 2015 r. wszyscy lekarze muszą mieć łącze internetowe.

### e-Recepta

Elektroniczna recepta to kolejny element Projektu P1. – Myślę, że będzie to najczęściej używana funkcjonalność – twierdzi dyrektor Wąciór. e-Recepta będzie zintegrowana z Internetowym Kontem Pacjenta. Pacjent będzie miał wgląd do informacji o lekach zleconych



przez lekarza i wykupionych w aptece oraz dostęp do listy tańszych zamienników leków. Lekarz otrzyma zaś dostęp do wykazu leków w obrocie i do charakterystyk produktów leczniczych. Nie wiadomo jeszcze, czy system będzie się aktualizował automatycznie zgodnie z datą obwieszczenia. Być może będą za każdym razem dwa tygodnie dostosowawcze, np. na opublikowanie obwieszczenia w Dzienniku Ustaw. Na pytanie, jak to się ma do odpowiedzialności za błędy na receptie popełnione w tym czasie – odpowiedzi nie ma.

Podobnie w przypadku wystawiania recept na leki refundowane: system będzie automatycznie wyświetlał informację o możliwym poziomie refundacji, ale wyboru poziomu odpłatności w przypadku konkretnego pacjenta nadal będzie dokonywał lekarz. – System nie określi automatycznie poziomu odpłatności. Dobór leków będzie możliwy z wykorzystaniem kodu EAN – substancji, które nie mają kodu EAN jest mniej niż tysiąc – informuje Katarzyna Maćkowska. Z założenia e-Recepta ma uprościć przepływ informacji o receptach wystawionych w systemie, poprawić ich czytelność i eliminować ryzyko fałszowania recept przez osoby nieuprawnione. Jako korzyść dla lekarza wymienia się możliwość kontrolowania interakcji leków oraz uczuleń na leki, a także oszczędność czasu pracy. Lekarz będzie też mógł się dowiedzieć, kiedy pacjent zrealizował receptę i czy w ogóle to zrobił. Lekarze są jednak sceptyczni: wypisują przecież to samo, tylko w systemie, a nie na papierze. Pacjent będzie mógł realizować leki zlecone przez jednego lekarza w różnych aptekach, po wykupieniu leku, aptekarz nie będzie widział w systemie danej e-Recepty.

### Realizowane testy

Prototyp internetowego konta pacjenta był już testowany w Krakowie, od stycznia do października 2011 r. W programie uczestniczyło trzy tysiące pacjentów chorych na cukrzycę. Chętnych do założenia konta było około 500. Dużo lepiej wypadło testowanie prototypu e-Recepty w Lesznie. Od marca do września 2011 r. 16 lekarzy wystawiło w tym czasie 14 450 recept. Obecnie planowany jest test prototypu zintegrowanego Internetowego Konta Pacjenta i e-Recepta. Trwa podpisywanie umów z chętnymi ośrodkami w Gdańsku, Grudziądzu, Jaworznie, Krakowie, Lesznie, Miliczu, Wrocławiu, Zgorzelcu, Zielonej Górze i na warszawskim Żoliborzu. – Czekamy na wszelkie sugestie i uwagi ze strony lekarzy testujących prototyp – mówi Katarzyna Maćkowska. – Będziemy chcieli na bieżąco je wprowadzać, by udoskonalać system i czynić go jak najbardziej funkcjonalnym dla samych zainteresowanych – dodaje.

W kolejnych wydaniach „Gazety Lekarskiej” opublikowany zostanie cykl artykułów e-Medycyna poświęconych informatyzacji służby zdrowia. ■

*Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do końca lipca przyszłego roku muszą spełnić wszyscy lekarze i lekarze dentyści, także ci, którzy prowadzą uproszczoną dokumentację medyczną i wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i członków swojej rodziny.*

# Czas na recenzowanie

## informatyzacji!



Informatyzacja w medycynie jest procesem – tak jak w całym współczesnym życiu – nieodwracalnym. W jaki sposób jednak powinniśmy postępować, by to nowoczesne narzędzie było przyjazne dla naszego środowiska lekarskiego?

Informatyzacja coraz ściślej opasuje naszą lekarską rzeczywistość. Bieg jej wprowadzania jest nieuchronny, jednak doszło zapewne do pewnej dysharmonii polegającej na tym, że w jej rozwoju bierze się przede wszystkim pod uwagę jej sprawność służebną dla potrzeb administracyjno-sprawozdawczych czy prawnych (np. wynikających z raportowania do płatnika czy zapewnienia ochrony danych osobowych), a dopiero na dalszym planie pozostaje sprawność związana z ułatwieniem procesu diagnostyki czy leczenia.

Taki właśnie charakter procesu związany jest z niechęcią naszego środowiska do angażowania się w sprawy pozostające poza ściśle medycznym działaniem. Nie mamy często ochoty czy czasu recenzować akty prawne, a także współdziałać w praktycznych wymiarach informatyzacji. Administrującym natomiast w ochronie zdrowia – w różnych aspektach tej działalności – wygodnie jest przyjąć pozycję minimalnego zaangażowania, często pozbawionego wnikliwego i pełnego wyobraźni działania związanego z regulowaniem działalności medycznej, której pewne aspekty są możliwe zasadniczo do zrozumienia wyłącznie przez lekarza lub – zdecydowanie rzadziej – przez kogokolwiek z branży pokrewnej, pod warunkiem jednak obdarzenia wyjątkowo rozbudowaną wyobraźnią.

Wydaje się nieświadomioną chyba jeszcze odpowiedzialnością przedstawicieli lekarskiego środowiska konieczność recenzowania i ewentualnego piętnowania nieprzyjaznych systemów informatycznych, szczególnie dotyczących szpitali. Dlaczego nikt jeszcze nie pokusił się o sporządzenie

nie ich rzetelnego rankingu, by wskazywać – także w kontekście podejmowania decyzji administracyjnych – możliwe najlepsze? Jednym z problemów jest pewne wyalienowanie dość znaczącej, a nade wszystko wpływowej, części środowiska lekarskiego, która zajmując znaczniejsze stanowiska, nie podejmuje wysiłku bądź czuje się zwolniona z recenzowania ewentualnej opresji informatycznej, niekiedy nie będąc nawet tego faktu świadoma.

Nie ukrywam, że jako lekarz zanurzony z jednej strony w działania administracyjnych, jednak faktycznie codziennie „praktykujący”, często czuję się niezrozumiany, nie umiając właściwie ukazać abstrakcji administracyjno-informatycznych ryzykujących powoływaniem uciążliwości w działalności lekarskiej. Począwszy od wyrażenia tego, że często zwyczajnie mi wstyd za to, że spoglądam nie w oczy pacjenta, lecz w ekran komputera. Czy taka powinna być ewolucja wykonywania naszego zawodu? ■

\*\*\*

Powyższe jest ważną naszą powinnością. Informatyzacja musi pomagać, a nie przeszkadzać w spełnianiu w naszym zawodzie tego, co najistotniejsze: diagnozowania i leczenia.

Szczepan  
Cofta

Lekarz  
pulmonolog,  
członek  
Wielkopolskiej  
Izby Lekarskiej

*Nie mamy często ochoty czy czasu recenzować akty prawne, a także współdziałać w praktycznych wymiarach informatyzacji.*