

Marcin Flis

UNIwersytet Szczeciński

► **ORCID iD:** 0000-0001-8829-0599

marcinflis@easynerd.pl

E-recepta – element cyfryzacji publicznego systemu zdrowia

ABSTRAKT

E-recepty są kluczowym elementem systemu informatycznego dla cyfrowego rozwoju publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Proces powstania tego systemu informatycznego był długi. Z dniem 8 stycznia 2020 roku obieg recept w formie elektronicznej stał się obowiązkowy. Pandemia, wywołana koronawirusem SARS-CoV-2, zmusiła placówki medyczne do zdalnego realizowania części swoich zadań. Stan pandemii to także test na działanie systemu e-recept. Na przykładzie tego systemu informatycznego zostanie przedstawiony proces cyfryzacji publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Czym jest e-recepta i w jaki sposób działa? Jak e-recepta powiązana jest z innymi systemami informatycznymi w ramach administracji państwowej? Jaka jest rola poszczególnych aktorów ochrony zdrowia wykorzystujących ten system? Jak ten system informatyczny wspiera realizację zadań polityki zdrowotnej w czasie pandemii? Dzięki odpowiedzi na te pytania możliwe będzie wskazanie znaczenia e-recepty w funkcjonowaniu publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

SŁOWA KLUCZOWE: POLITYKA PUBLICZNA, ZDROWIE, OCHRONA ZDROWIA, E-ADMINISTRACJA, CYFRYZACJA

ABSTRACT

Electronic prescribing – case of digitization in the public healthcare system in Poland
One of the IT systems that are key to the development of the digital public healthcare system in Poland are electronic prescriptions (e-prescription). The process of creating this IT system was lengthy, but as of January 8, 2020, an electronic prescription has become mandatory. SARS-CoV-2 coronavirus pandemic forced medical facilities to perform part of their tasks remotely. Pandemic is also a test for the e-prescription system. The example of this IT system will present the process of digitization of the public health care system in Poland. What is an e-prescription and how does it work? How is the e-prescription related to other IT systems in public administration? What is the role of individual healthcare actors who use this system? How does this IT system support the implementation of health policy tasks during a pandemic? Thanks to this, it will be possible to indicate the importance of e-prescriptions in the functioning of the public health care system in Poland and in the process of its digitization.

KEY WORDS: E-GOVERNMENT, HEALTHCARE, HEALTH, DIGITIZATION, PUBLIC POLICY

WPROWADZENIE

Cyfryzacja polskiej ochrony zdrowia to długotrwały proces, na szczęście w chwili wybuchu pandemii w roku 2020 był już częściowo zrealizowany. W związku z pandemią SARS-CoV-2 wzrosło społeczne wykorzystanie nowych technologii. Ta szczególna sytuacja przyczyniła się także do szybkiego tempa wzrostu wykorzystania cyfrowych usług administracyjnych w Polsce. Pandemia wywołana koronawirusem zmusiła placówki medyczne do realizowania części swoich zadań zdalnie, przy wykorzystaniu narzędzi cyfrowych dostarczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Nowym systemem – uruchomionym 8 stycznia 2020 roku – jest e-recepta. Jest to jeden z systemów informatycznych kluczowych dla rozwoju cyfrowego publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Proces powstawania tego systemu informatycznego był długi – trwał 9 lat. Z dniem 8 stycznia 2020 roku wystawianie recept tylko w formie elektronicznej stało się w Polsce prawnie obowiązkowe. Nieco wcześniej, bo od 5 listopada 2019 roku w polskim systemie ochrony zdrowia wdrożono możliwość skorzystania ze zdalnej wizyty u lekarza. Lekarze bez konieczności obecności pacjenta w placówce medycznej, za pomocą systemów teleinformatycznych mogą realizować zakontraktowane procedury medyczne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym wystawianie recept). Stan pandemii to także test na działanie systemu e-recept.

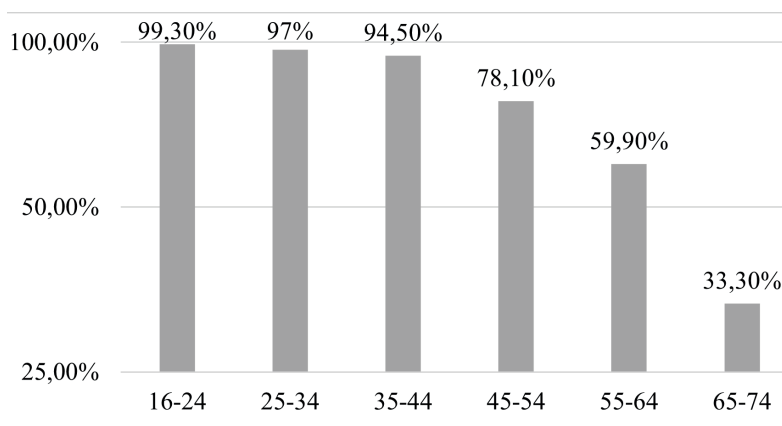
Proces cyfryzacji publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce zostanie przedstawiony na przykładzie systemu e-recepty. Czym jest e-recepta i w jaki sposób działa? Jak e-recepta powiązana jest z innymi systemami informatycznymi w ramach administracji państwowej? Jaka jest rola poszczególnych aktorów ochrony zdrowia wykorzystujących ten system? Jak ten system informatyczny wspiera realizację zadań polityki zdrowotnej w czasie pandemii? Dzięki odpowiedzi na te pytania możliwe będzie wskazanie znaczenia e-recepty w funkcjonowaniu publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz w procesie jego cyfryzacji. W niniejszym artykule zostanie zaprezentowana rola, jaką odgrywa polski pacjent w systemie e-zdrowie, z wyszczególnieniem podsystemu e-recept, oraz jak funkcjonuje publiczna opieka medyczna w Polsce podczas pandemii COVID-19 przy użyciu systemów teleinformatycznych – w szczególności e-recepty.

ROLA PACJENTA W E-GOVERNMENT

Cyfryzacja (inaczej dygitalizacja) to rozpowszechnianie i popularyzowanie techniki cyfrowej i komputerowej oraz wprowadzanie na szeroką skalę infrastruktury elektronicznej lub nadawanie postaci cyfrowej danym pisanym i drukowanym (Krzemińska, 2004, s. 12). Dlatego też polityką cyfryzacji to dążenie do cyfryzacji danych państwowych oraz udostępniania ich obywatelowi w takiej formie (Stempnakowski, 2007, s. 47).

Społeczeństwo informacyjne to takie, które posiada rozwinięte środki komunikowania się oraz przetwarzania informacji. W gospodarce opartej na wiedzy przetwarzanie informacji jest podstawą tworzenia dochodu narodowego i dostarcza źródła utrzymania większości społeczeństwa. Charakteryzuje ją duży udział nowoczesnych technologii, zwiększenie roli informacji, a także powstanie zawodów z tym związanych. Cechą odróżniającą ten typ społeczeństwa od innych jest forma świadomości społecznej regulującej poszczególne praktyki społeczne, do których należy m.in. wykorzystywanie systemów cyfrowych dostarczonych przez państwo – funkcjonowanie e-government (e-administracji) (Pawlak, 2018, s. 38–43).

Rysunek 1. Osoby korzystające regularnie z Internetu według grup wieku w roku 2019.



Źródło: GUS (2019). Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2015–2019. Warszawa–Szczecin.

Istnieją cztery stopnie rozwoju e-government w państwie (rysunek 1). Stopień pierwszy to tzw. informacja online, czyli możliwość wyszukania informacji na stronie urzędu na temat świadczonych usług oraz danych o nim samym (adres, numer telefonu). Stopień drugi, tzw. interakcja jednokierunkowa, umożliwia wyszukiwanie informacji oraz pobieranie oficjalnych formularzy urzędowych ze strony urzędu (e-urząd). Stopień trzeci

– tzw. interakcja dwukierunkowa – zapewnia możliwość wyszukiwania informacji, plików oraz pozwala na odsyłanie wypełnionych formularzy. Ostatni, czwarty stopień, to tzw. transakcja. Umożliwia ona pełną obsługę procesu administracyjnego elektronicznie, czyli załatwienie każdej urzędowej sprawy drogą elektroniczną. Polega głównie na pobraniu formularza, wypełnieniu go i złożeniu podpisu elektronicznego, a także otrzymaniu oficjalnej odpowiedzi z urzędu dotyczącej załatwianej sprawy urzędowej (Muchacki, 2014, s. 87).

Ochronę zdrowia traktuje się jako dobro publiczne, czyli takie, które jest wspólnie konsumowane i finansowane według zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności. Warto przy tym zaznaczyć, że osób niewnoszących składek do tego systemu nie wolno pozbawić możliwości konsumpcji jego usług. W praktyce oznacza to finansowanie świadczeń przez osoby wytwarzające dochód osobom go z różnych względów już niewytwarzającym – emerytom, bezrobotnym, niezdolnym do pracy itp. – tak aby wszyscy potrzebujący opieki zdrowotnej ją uzyskali. Wydatki na zdrowie ponoszone są z budżetu państwa, przede wszystkim z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Publiczny aspekt wartości, jaką jest zdrowie, widać w zorganizowanym wysiłku społeczeństwa, a także instytucji, nauki i działań praktycznych w celu stałej jego poprawy.

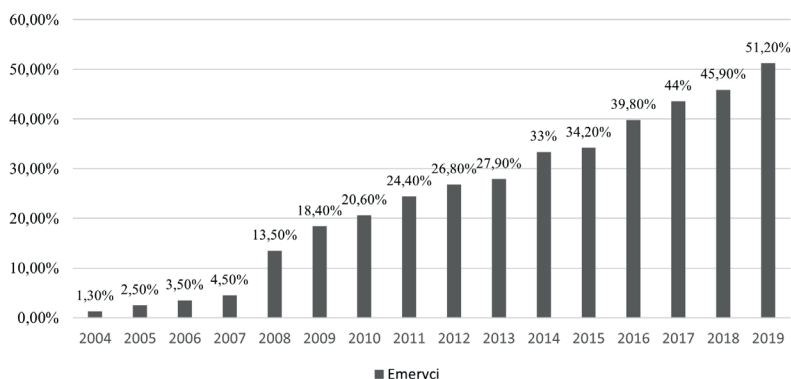
PUBLICZNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA A CYFRYZACJA W POLSCE

Jak pokazują dane, polskie społeczeństwo jest przygotowane na cyfryzację. Z upływem czasu statystyki dotyczące społeczeństwa informacyjnego w Polsce ukazują tendencję zwyżkową w takich dziedzinach, jak edukacja informatyczna oraz wykorzystanie komputerów na stanowiskach pracy. W 2004 roku tylko 8% gospodarstw domowych posiadało szerokopasmowy dostęp do internetu, w 2007 roku odsetek ten wynosił już 29,6%, aby podwoić się do 61,1% w roku 2011, osiągając w 2014 roku wartość 74,8%, a w 2019 aż 86,7%. Jak wskazują badania, w 13,3% gospodarstw domowych w Polsce nie ma komputera. Jako najczęstszą przyczynę takiego stanu rzeczy badani podawali: brak potrzeby (67,6%) oraz brak odpowiednich umiejętności (52,0%). Dostęp do internetu posiada 80,44% gospodarstw domowych bez dzieci, zaś gospodarstw z dziećmi – aż 99,3% (GUS, 2019).

42,8% osób wieku 55–75 lat korzystało z komputera w roku 2019 (GUS, 2019). W grupie wiekowej 65–74 lata zauważono z kolei największy,

bo aż 10% wzrost (z 20,1% w 2018 roku do 30,6% w roku 2019). Grupą społeczną najbardziej wykluczoną cyfrowo w badanym roku (2019) byli emeryci. W grupie tej z komputera korzysta regularnie najmniejszy odsetek badanych – tylko 43,4% (GUS, 2019). Badania pokazują powolny, acz stały wzrost liczby emerytów korzystających z internetu. Niestety wciąż 56,6% osób w wieku emerytalnym jest wykluczonych cyfrowo. Prowadzi to niemożności skorzystania z części usług (w tym e-recept) publicznego systemu ochrony zdrowia, którego są przecież największym beneficjentem. Problemem są także obszary wiejskie, gdzie wskaźnik jest znacząco niższy niż w dużych i mniejszych miastach. Obszary te wykluczone są często z braku dostępu do podstawowych świadczeń medycznych i muszą realizować przysługujące im świadczenie medyczne w większych ośrodkach. W czasie pandemii COVID-19 grupy te mogą mieć utrudniony dostęp do usług medycznych (w tym e-recept). Z roku na rok jednak liczba osób posiadających umiejętności cyfrowe w tych grupach wzrasta.

Rysunek 2. Procent emerytów, którzy korzystają z internetu w swoim domu.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS z lat 2004–2019.

System Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej (e-PUAP) w wersji 2.0 pozwala korzystać z logowania do systemów informatycznych w polskiej administracji za pomocą np. profilu zaufanego. Na początku roku 2014 liczba użytkowników tego systemu wynosiła tylko 190 000 (Szubkowska i Zieliński, 2014), aby podwoić się we wrześniu 2015 roku – 382 296. Od roku 2016 część banków umożliwiła wykorzystanie podpisu bankowego jako podpisu kwalifikowanego. W celu jego utworzenia należy zalogować się za pomocą konta internetowego w banku. Pomogło to przekroczyć liczbę 1 mln użytkowników e-PUAP w marcu 2015 roku (Interia Biznes, 2015). Natomiast w marcu 2019 roku swoje

konto na tej platformie miały 3 miliony polskich obywateli (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019b). W 2019 roku liczba osób korzystających z usług bankowych była prawie o połowę wyższa niż tych, które korzystały z możliwości elektronicznej wysyłki wypełnionego formularza do urzędu. W lipcu 2019 r. osiągnięto wynik 4 milionów użytkowników (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019a); początek następnego półrocza to przyrost o kolejny milion użytkowników, aby osiągnąć cel 5 milionów w lutym 2020 r. (Ministerstwo Cyfryzacji, 2020).

Tabela 1. Korzystanie z usług bankowości elektronicznej oraz e-administracji przez Polaków w wybranych latach (w %).

Wyszczególnienie/Lata	2004	2009	2014	2019
Korzystanie z usług bankowości elektronicznej	4	21,2	32,6	58,8
Osoby korzystające z usług administracji publicznej za pomocą internetu	–	24,7	26,4	40,4
w celu:				
wyszukiwania informacji na stronach administracji	–	22,5	20,4	24,9
pobierania formularzy urzędowych	–	16,1	19,0	24,6
wysyłania wypełnionych formularzy	–	7,9	18,8	31,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W związku z pandemią COVID-19 w Polsce przewidywany jest gwałtowny wzrost liczby użytkowników systemu ePUAP. Na podstawie analizy danych można przepuszczać, że nastąpi wzrost o kolejne 1–2 mln użytkowników do końca roku 2020. Do tego pojawiły się kampanie społeczne banków, które mają na celu zachęcić osoby starsze do korzystania z e-bankowości. Dzięki posiadaniu konta internetowego seniorzy mogą korzystać także z systemu e-PUAP, do czego zachęca klientów większość banków, zwłaszcza w czasie pandemii. Wzrost liczby kont w systemie e-PUAP pozwoli korzystać z innych systemów informatycznych w Polsce. W dziedzinie ochrony zdrowia dzięki wykorzystaniu systemu e-PUAP można zalogować się do dwóch systemów cyfrowych – publicznego systemu ochrony zdrowia Internetowego Konta Pacjenta (IKP) oraz Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP).

System ZIP jest platformą dla pacjenta, gdzie znajduje się kopia jego danych z systemów Rejestru Usług Medycznych (dane o zrealizowanych procedurach medycznych wysyłanych przez lekarzy w formie raportu do NFZ) oraz Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniodawcy (eWUŚ). Ten drugi system został uruchomiony 1 lipca 2013 roku. Według danych uzyskanych od NFZ po 5 latach konto w systemie ZIP posiadało (na początku 2019 roku) ok. 1,3 mln Polaków, czyli niecałe 4% wszystkich

obywateli (było to przed możliwością zalogowania się do systemu przez profil zaufany).

Badania świadczeniobiorców w 2016 roku wskazały, że na choroby przewlekłe cierpiało w 2016 roku 35% Polaków. 40% gospodarstw domowych korzystało z internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia (37,6%), w grupie wiekowej 25–44 lata odsetek ten wynosił 55%. Zbadano także kwestię rejestracji – umówić się na wizytę telefonicznie mogło 47% pacjentów, a na badanie – 43%. Problemem w tym czasie była rejestracja przez internet. W ten sposób umówić mogło się kolejno: 5% na wizytę i 3% na badanie (GUS, 2016). Program P1 przewiduje udostępnienie systemu rejestracji elektronicznej.

Rewolucja cyfrowa w ochronie zdrowia spowodowała nie obyła się jednak bez problemów dla personelu medycznego. Osoby zatrudnione w zawodach medycznych musiały przyswoić wiedzę z zakresu obsługi tych systemów IT w celu realizacji procedur medycznych refundowanych przez NFZ. Jednym z systemów niezbędnych do przeprowadzenia wizyty jest eWUŚ, sprawdza on, czy pacjent jest osobą ubezpieczoną i przysługuje mu leczenie w ramach publicznego systemu zdrowia. Średnia miesięczna liczba zapytań o uprawnienia pacjenta w systemie eWUŚ w roku 2017 wynosiła 75,6 mln (dane uzyskane od NFZ w odpowiedzi na zapytanie publiczne z dnia 29 marca 2018 roku). Także na stronie pacjent.gov.pl w zakładce „moje konto” można potwierdzić prawo do świadczeń zdrowotnych i sprawdzić płatnika składek ubezpieczenia zdrowotnego. Rejestr Usług Medycznych (RUM) oraz eWUŚ mają na celu kontrolowanie przez NFZ realizacji wykonywanych świadczeń medycznych, ponieważ bez wykorzystania tych narzędzi niemożliwe będą rozliczenia finansowe pomiędzy NFZ a podmiotem medycznym.

REALIZACJA PROJEKTU E-RECEPT W POLSCE

Wdrożenie systemu e-recept do polskiego systemu zdrowia było długim, żmudnym i czasochłonnym projektem. Jedną z pierwszych wzmianek o takiej recepcie znajduje się w „Strategii Informatyzacji Rzeczypospolitej polskiej – E-Polska na lata 2004–2006”, przygotowanej przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji. Projekt określony mianem „Wrota Polski” planował udzielanie porad przez lekarza i rejestrację pacjenta za pomocą komunikacji elektronicznej.

Plan Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010 mówił o elektronicznej platformie gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, którego częścią miał być system e-recept. Szacowany koszt projektu na lata 2007–2013 wynosił 877 mln złotych (15% pokrywał budżet państwa, a 85% Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego). W roku 2007 rozpoczął się projekt e-zdrowie, składający się z systemów, tzw. P1, P2, P3 i P4. Każdy z tych systemów miał mieć inną funkcję, jednak jednym z elementów P1 jest system elektronicznej recepty.

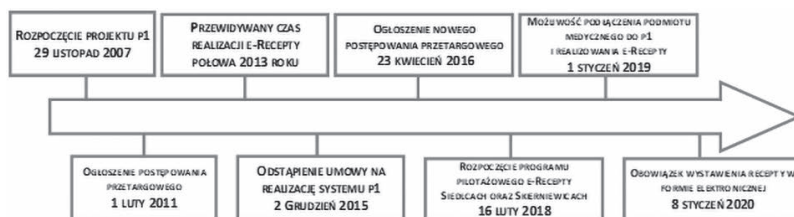
1 lutego 2011 roku ogłoszono postępowanie przetargowe w celu wyłonienia podmiotów, które zrealizują system e-zdrowie. Na początku 2012 roku Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) ogłosiło wyniki postępowania, a przewidywany czas uruchomienia określono na drugą połowę 2013 roku. Dotyczyło to m.in. e-recepty, e-skierowania i e-zwolnienia, osobistej dokumentacji medycznej, portalu dla pacjentów oraz aplikacji dla usługodawców medycznych (Jadczak, 2012). Na przełomie lat 2013 i 2014 miały być dostępne główne funkcje: Internetowe Konto Pacjenta (dostęp do dokumentacji np. dla lekarza będzie następował wyłącznie za zgodą pacjenta). Na połowę roku 2014 planowane było zaś uzyskanie pełnej zakładanej funkcjonalności Platformy P1, czyli zakończenie prac nad hurtownią danych i systemem wykrywania nadużyć. W planie informatyzacji państwa na lata 2011–2015 znajdował się plan uruchomienia elektronicznej platformy konsultacyjnych usług telemedycznych. W tym czasie nie przewidziano jednak, jakie problemy w praktyce napotka projekt e-zdrowie.

Od umowy pomiędzy polskim rządem a wykonawcami na realizację projektu P1, w tym e-receptę, odstąpiono 2 grudnia 2015 roku. Nowy przetarg ogłoszono w kwietniu 2016 roku – rozstrzygnięto go już w czerwcu tego samego roku. W Programie Zintegrowanej Informatyzacji Państwa, wydanym we wrześniu 2016 roku z perspektywą do roku 2020, rekomendowanymi e-usługami dla pacjentów w ochronie zdrowia określono: e-dokumentację medyczną, Portal dla pacjentów, e-recepty, e-skierowania, e-zwolnienia (uchwała Nr 117/2016).

Przełomem było rozpoczęcie 16 lutego 2018 roku programu pilotażowego w Siedlcach oraz Skierniewicach, który zakończył się sukcesem 31 sierpnia tego samego roku (Markłowska-Dzierżak, 2018). Doprowadziło to do możliwości wdrożenia e-recept w całym kraju, początkowo dla chętnych podmiotów medycznych, aptek czy lekarzy. W nowej perspektywie ogłoszonej w roku 2019 Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa znalazła się kwestia rozbudowy portalu IKP, budowy ogólnopolskiej

e-rejestracji oraz dokumentacji medycznej i zakończenia realizacji projektu e-zdrowia – Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1). Do systemu e-recept na dzień 7 stycznia 2019 roku podłączonych było 81 tys. podmiotów medycznych (kryterium było wystawienie choć jednej e-recepty), wystawiono 1,6 mln takich e-recept. Szkolenia objęły 60 tys. osób w przeszło 650 ośrodkach (Chmielewska, 2020).

Rysunek 3. Uproszczony harmonogram procesu realizacji projektu e-recepta w Polsce.



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji CSIOZ

INTERNETOWE KONTO PACJENTA

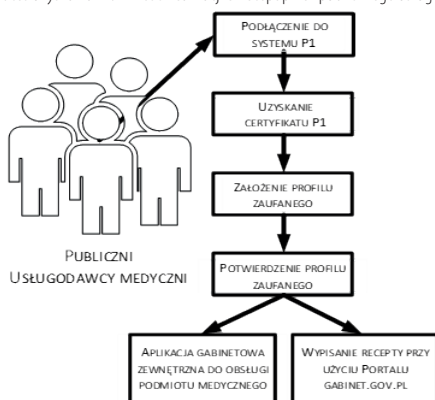
Internetowe Konto Pacjenta jest portalem dla pacjentów uruchomionym w roku 2019, jego funkcjonalność opiera się na infrastrukturze istniejących podsystemów informatycznych polskiej ochrony zdrowia. Interfejs oraz rola tych podsystemów dostosowana jest do indywidualnego użytkownika – pacjenta. We wrześniu tego samego roku wystartowała kampania edukacyjno-informacyjna promująca ten portal. Podzielona była na dwa etapy: kampanię informacyjną, której głównym celem było zbudowanie świadomości istnienia i uruchomienia IKP. Na tę kampanię składały się spoty oraz działania on-line. Dodatkowo kampania informacyjno-edukacyjna „senior” uwzględniała charakterystykę grupy docelowej w wieku 60 plus (CSIOZ, 2020). Korzyści, w związku z którymi Ministerstwo Zdrowia promowało elektroniczną receptę, to jej czytelność (w przeciwieństwie do niestarannego pisma lekarza), wygodniejszy sposób odpisu, możliwość zakupu każdego leku w dowolnej aptece (wcześniej wykup leków z odpisu recepty w formie papierowej należało dokonać w aptece, która dokonała odpisu). Takiej recepty nie można też zgubić, ponieważ jest elektroniczna (wszystkie zapisują się także w IKP), receptę w formie elektronicznej

można zrealizować w każdej aptece w Polsce (wszystkie wdrożyły system w swoich placówkach).

Pacjent może zrealizować e-receptę w kilku formach – poprzez wydruk informacyjny uzyskany od lekarza lub poprzez portal IKP, po otrzymaniu kodu dostępu SMS-em. Ta druga opcja jest możliwa tylko wtedy, kiedy podaliśmy numer telefonu na swoim koncie. Ostatnią możliwością jest otrzymanie recepty pocztą elektroniczną, na adres podany w profilu zaufanym (CSIOZ, 2019).

Internetowe Konto Pacjenta jest portalem pozwalającym pacjentowi na dostęp do innych podsystemów w e-zdrowiu, musi on jednak być zalogowany do systemu przez portal <https://pacjent.gov.pl/>. Nawet niezalogowany użytkownik może zobaczyć aktualne informacje. W czasie pandemii COVID-19 na jego stronie głównej można było znaleźć numer telefonu informacyjnego oraz link do strony rządowej dotyczącej koronawirusa (<https://www.gov.pl/web/koronawirus>). Na podstronie „Koronawirus: informacje i zalecenia” można sprawdzić m.in. listę szpitali zakaźnych, wykaz zarażeń koronawirusem, a także pytania i odpowiedzi dotyczące koronawirusa.

Rysunek 4. Proces uzyskania możliwości realizacji e-recepty przez publicznego usługodawcę medycznego.



Źródło: opracowanie własne.

Proces uzyskania możliwości realizacji e-recepty przez podmioty medyczne jest bardzo skomplikowany (rysunek 4). NFZ przeprowadził wiele szkoleń przed oficjalnym startem systemu, w trakcie których tłumaczył działanie e-recepty. Dużym problemem po stronie podmiotów działających w ramach NFZ jest słaba infrastruktura komputerowa. Często jest wykorzystywanie do tego celu prywatnego sprzętu lekarza, problemem jest nieposiadanie drukarki w placówce medycznej, bez której nie

można wydrukować recepty. W takich przypadkach pacjenci otrzymują kod, który jest zapisywany na małej kartce. W pierwszym okresie działania e-recepty częstym błędem był brak informacji o konieczności okazania dowodu osobistego w aptecce podczas wykupywania leków, dlatego pacjenci, zwłaszcza starsi, byli zdezorientowani i uniemożliwiało im to realizację zakupów w aptece.

Pacjent loguje się do systemu za pomocą profilu zaufanego czy e-dowodu. Po zalogowaniu może sprawdzić swoje recepty, wizyty, skierowania oraz zwolnienia – każda z tych funkcji jest bazą danych na temat zalogowanego użytkownika z innych systemów informatycznych w ramach innych publicznych systemów informatycznych – Rejestru Usług Medycznych (RUM) czy Platformy Usług Elektronicznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (PUE ZUS).

Na podstronie „Apteczka” znajdują się informacje o lekach wykupionych przez pacjenta od stycznia 2019 roku, użytkownik może także wyszukać nazwy handlowe leków przyjętych do obrotu w Polsce w bazie danych pod nazwą „Baza leków”. Zakładka „Uprawnienia” służy ustawianiu dostępności do innych kont, do których użytkownik ma dostęp (np. dziecka do 18. roku życia czy osoby starszej), czy upoważnianiu pełnomocnika do przeglądania danych użytkownika lub udostępniania swoich danych medycznych lekarzowi, pielęgniarce lub farmaceutce. Na podstronie „Moje konto”, w której można zmienić swoje dane kontaktowe (np. numer telefonu, aby otrzymywać e-receptę SMS-em), można także zobaczyć swoje ubezpieczenie zdrowotne czy sprawdzić wybraną Podstawową Opiekę Zdrowotną.

Zakładka „Wizyty” pozwala na sprawdzenie wizyt zaplanowanych w ramach NFZ, a także historii wizyt refundowanych, które są kopią systemu Rejestru Usług Medycznych. Nie są to jednak dane tworzące elektroniczną historię choroby, a raczej informacja na temat zrealizowanych świadczeń medycznych. Na podstronie RUM możemy znaleźć koszty refundacji usług medycznych (także za leki, sprzęt medyczny). Znajdujące się tam dane dotyczą miejsca udzielenia świadczenia, wykonanych procedur medycznych (w formacie międzynarodowej klasyfikacji procedur ICD-9), czasu realizacji oraz całkowitego kosztu, jaki poniósł NFZ w stosunku do świadczeniobiorcy. NFZ posiada elektroniczną bazę danych wykonanych świadczeń od roku 2004, jednak w systemie RUM udostępnia je od roku 2008. Administrator systemu opracowuje, ustanawia, wdraża, eksploatuje, monitoruje, przegląda, utrzymuje i doskonali system zarządzania bezpieczeństwem informacji, zapewniając przy tym poufność,

dostępność oraz integralność informacji. Głównym administratorem RUM jest NFZ – system jest także finansowany ze środków Funduszu (art. 22 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia). Od roku 2013 pacjent może zalogować się do Zintegrowanego Informatora Pacjenta, gdzie znajduje się taka sama baza danych jak na portalu pacjent.gov.pl. Procedura rejestracji użytkownika nie była w pełni elektroniczna, co sprawiło, że po 5 latach nadal jest zarejestrowanych tylko nieco ponad 1,3 mln użytkowników (dane z końca roku 2018), dopiero bowiem w roku 2019 umożliwiono logowanie się przez ePUAP. Portal ZIP wypierany jest jednak przez nowy projekt MZ – pacjent.gov.pl, który umożliwia dostęp do e-skierowań czy e-recept. Przestano jednak korzystać z innych elementów tego systemu, takich jak sprawdzanie ubezpieczenia w ramach eWUŚ czy lista placówek medycznych ze szczegółowymi informacjami na ich temat.

Dane dotyczące zwolnień w formie elektronicznej oraz szczegółów wystawionych zaświadczeń lekarskich są kopią bazy danych ZUS Elektroniczne zwolnienia lekarskie (e-ZLA). Pracodawca po zalogowaniu się do systemu PUE ZUS może zobaczyć zwolnienia lekarskie swoich pracowników. Lekarz, aby móc wystawić e-ZLA, musi posiadać profil na PUE ZUS lub mieć swoją aplikację gabinetową zintegrowaną z PUE (ZUS, 2018).

Skierowania można znaleźć w zakładce e-skierowanie. W tym miejscu są także informacje o skierowaniach do uzdrowisk w ramach NFZ. Na czas pandemii COVID-19 lekarze wypisywali zwolnienia w formie papierowej, ponieważ nie mieli obowiązku wystawiania skierowań w formie elektronicznej. Ustawodawca nałożył ten obowiązek na świadczeniodawców w ramach tzw. ustawy o e-zdrowiu. Ustawa ta nakłada z dniem 8 stycznia 2021 roku obowiązek wystawiania e-skierowania (art. 23 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia).

Na podstronie „recepty” można wyszukać receptę po nazwie leku, nazwisku lekarza albo nazwie placówki oraz ustawić przedział czasowy. Można także ustawić status wyświetlonych recept: wszystkie, wystawione, w przygotowaniu, częściowo zrealizowane i zrealizowane. Każdy wynik zawiera datę, kod recepty, nazwę leku, imię i nazwisko lekarza oraz status. Możemy także wybrać opcję „zobacz receptę”, która wyświetla na stronie gotowy wydruk recepty pacjenta. Pacjent ma również do wyboru opcję pobrania recepty w formie pdf. Później może ją wydrukować lub wyświetlić w swoim telefonie, lub wysłać komuś. Możliwe jest także wybranie

odnośników w pdf dotyczące szczegółów recepty, a także pobranie ulotki przyjmowanego leku.

Możliwość zobaczenia recept na smartfonie oferuje aplikacja mObywatel, którą można ściągnąć z Play Store oraz Apple Store. Działa ona na systemach operacyjnych Android oraz iOS. Aplikacja została uruchomiona 29 października 2017 roku (Ministerstwo Cyfryzacji, 2017) i od tego momentu miała wiele aktualizacji usprawniających jej działanie i wprowadzających nowe e-dokumenty. Według badań GUS w roku 2019 86,5% osób w wieku 16–24 lat łączy się z internetem za pomocą smartfonu, w kategorii wiekowej 55–64 taki telefon ma 20,2%, a w wieku 65–74 tylko 8,9%. Do końca roku 2019 aplikacja miała ponad milion użytkowników, jednak była to liczba pobrań, ponieważ liczba zalogowanych użytkowników wynosiła 500 tys. (Msnet, 2019). Zalogowania można dokonać przez ePUAP. W czasie pandemii wiosną 2020 roku użytkownik miał do wyboru dwie opcje związane z ochroną zdrowia: e-recepta oraz koronawirus: informacje i zalecenia. Po kliknięciu w e-receptę wyświetla się lista recept, dzień ich wystawienia oraz podmiot wystawiający. Brak jest informacji o nazwie leku, który wyświetla się po kliknięciu w daną zakładkę, dodatkowo pojawia kod recepty, który należy podać w aptece wraz z numerem PESEL, oraz kod QR, który można pokazać w aptece. W aplikacji pojawiła się także zakładka dotycząca koronawirusa.

E-ZDROWIE W CZASIE PANDEMII COVID-19

Podstawy prawne umożliwiające zdalną wizytę lekarską zostały przygotowane jeszcze przed wybuchem pandemii, wywołanej koronawirusem. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia wprowadziła funkcję asystenta medycznego. Lekarz upoważnia go do wystawiania e-recept i e-skierowań w jego imieniu. Lekarz ponosi odpowiedzialność merytoryczną, a asystent co do zgodności danych zawartych w dokumentacji medycznej. Stworzono także Rejestr Asystentów Medycznych (<https://ram.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/>), który służy upoważnianiu asystentów medycznych. Dzięki zalogowaniu się przez swoje konto ePUAP będą oni mogli (np. przez portal gabinet.gov.pl) wystawić receptę pacjentowi zgodnie z zaleceniami lekarza.

Ustawa z 2019 roku była jednak niedoskonała i realizacja procedur medycznych za pomocą systemów teleinformatycznych lub łączności jest

możliwa dopiero od 5 listopada 2019 roku na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W założeniu zdalna wizyta realizowana ma być wobec tych pacjentów, których lekarz dobrze zna, lecz od dłuższego czasu z powodu przewlekłego schorzenia, a porada będzie dotyczyła np. ustalenia dawki stosowanego leku czy wystawienia recepty. Lekarz może przepisać leki na 1 rok lub przedłużać receptę na leki, które pacjent przyjmuje długotrwale (na receptę papierowej było to tylko 120 dni).

Na mocy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zapobieganiu, przeciwdziałaniu i zwalczaniu COVID-19 farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu może wystawić tzw. receptę farmaceutyczną dla pacjenta przewlekłe chorego na kurację 180-dniową. Problemem jest jednak to, że nie jest ona refundowana. W związku z wybuchem pandemii i zamknięciem większości podmiotów medycznych e-recepta stała się niezbędnym narzędziem dla realizacji części świadczeń zdrowotnych. Za pomocą systemu Elektroniczna Weryfikacja Pacjenta można po numerze PESEL sprawdzić, czy dany pacjent jest na kwarantannie. Przy takim świadczeniobiorcy wyświetla się odpowiedni komunikat.

Po wybuchu pandemii przeprowadzono akcję informacyjną o możliwości skorzystania z e-wizyty. Mówił o tym także Minister Zdrowia w trakcie swoich konferencji, komunikaty pojawiły się na stronie NFZ i MZ, większość mediów także informowała o zdalnym realizowaniu zadań polityki zdrowotnej. Dla pacjentów e-wizyta i recepty przepisane przez lekarza były jedynym możliwym wyjściem przy leczeniu schorzeń niezwiązanych z COVID-19.

ZAKOŃCZENIE

Polityka cyfryzacji w obszarze zdrowia jest faktem. W ramach systemu zdrowotnego działają systemy, które teoretycznie mają usprawnić realizację świadczeń zdrowotnych. Z pewnością część z nich przechodzi test w czasie pandemii. Na Ministerstwie Zdrowia spoczywa rola kreowania polityki zdrowotnej także poprzez wprowadzanie systemów informatycznych w obszarze zdrowia. Jednak w Polsce wraz z kolejnymi rządami pojawiały się nowe pomysły, nie wykorzystywano potencjału działających już systemów. Nieumiejętnie wykorzystuje się czas, zasoby ludzkie oraz pieniądze. Przykładowo projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia,

Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1), który spełnia podobne funkcje co system RUM, będący w realizacji od 2007 roku, miał być oddany w roku 2015. Jednak problemy realizacyjne wydłużyły ten czas do 2020 roku. Już teraz wiadomo, że zakończenie prac planowane w sierpniu 2020 roku nie zostało spełnione z powodu opóźnienia związanego z pandemią. Systemy informatyczne są bardzo skomplikowaną materią do realizacji i wdrożenia. Jeżeli nawet projekty są realizowane, to brakuje pomysłu, co z nim zrobić po uruchomieniu. Biorąc pod uwagę koszt i czas realizacji oraz dezaktualizowanie się i poziom skomplikowania projektów informatycznych, wskazać trzeba, że to na administracji państwowej spoczywa trudna rola cyfryzacji Polski. Wiele wysiłku już włożono, wiele systemów już funkcjonuje, należy jednak pamiętać o tym, że powinny one służyć społeczeństwu, a nie administracji w celu represjonowania i kontroli usługodawców. E-recepta połowicznie spełnia tę rolę, jednak procedura weryfikacji świadczeniobiorcy jest zbyt skomplikowana, aby mógł on ją realizować.

Zmiany prawne dokonane w roku 2019 przygotowały system ochrony zdrowia do realizacji podstawowych zadań polityki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19, w tym wizyt zdalnych. E-wizyta okazała się kluczowa dla pacjentów przewlekle chorych, ale także potrzebujących pomocy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ podczas takiej wizyty można wypisać e-zwolnienie czy e-receptę. E-recepta okazała się niezbędnym narzędziem realizacji zadań polityki zdrowotnej w czasie pandemii, problemem jednak jest to, że większość osób starszych jest wykluczona cyfrowo: nie umie posługiwać się sprzętem elektronicznym czy też ma utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej i do internetu – przede wszystkim na obszarach wiejskich. Ustawodawca co prawda w czasie pandemii zwiększył uprawnienia farmaceutów w kwestii recept, jednak brak refundacji dla osób przewlekle chorych uderza w to rozwiązanie.

Polacy w wieku 16–44 lat są przygotowani na rewolucję cyfrową w administracji. Średnio 96,3% Polaków w tym przedziale wiekowym korzysta regularnie z internetu. Z danych wynika jednak, że mniej niż połowa osób w wieku 55–75 lat korzystała z komputera w roku 2019. Istnieją perspektywy wzrostowe, ponieważ w roku 2019 zauważono największy, aż 10% wzrost względem roku poprzedniego. Grupą społeczną najbardziej wykluczoną cyfrowo są emeryci. W 2019 roku w grupie tej najmniejszy odsetek spośród badanych regularnie korzystał z komputera, bo tylko 43,4% (GUS, 2019). Pokazuje to, że nadal 56,6% osób w wieku emerytalnym jest wykluczonych cyfrowo. Prowadzi to niemożności skorzystania

z części usług (w tym e-recept) publicznego systemu ochrony zdrowia, którego są największym beneficjentem. Problemem są także obszary wiejskie, gdzie wskaźnik jest znacząco niższy niż w dużych i mniejszych miastach. Na obszarach tych często brakuje dostępu do podstawowych świadczeń medycznych i osoby je zamieszkujące muszą realizować świadczenia medyczne w większych ośrodkach. W czasie pandemii COVID-19 grupy te mogą mieć utrudniony dostęp do usług medycznych (w tym e-recept). Z roku na rok jednak liczba osób posiadających umiejętności cyfrowe w tych grupach wzrasta. Należy oczekiwać, że po zakończeniu pandemii COVID-19 duża część społeczeństwa będzie posiadała lepsze umiejętności cyfrowe, które będzie można wykorzystać później, już po jej wygaśnięciu.

BIBLIOGRAFIA

- Chmielewska, M. (2020). *Janusz Cieszyński: 7 stycznia wystawiono ponad 1.6 mln e-recept*. Pobrane z: <https://www.medexpress.pl/7-stycznia-wystawiono-ponad-1-6-mln-e-recept/75968>.
- CSIOZ. (2019). *E-recepta*. Pobrane z: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta>.
- CSIOZ. (2020). *Jestem seniorem*. Pobrane z: <https://www.pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/jestem-seniorem>.
- Gov.pl. *Koronawirus: informacje i zalecania*. Pobrane 10 maja 2020 z: <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.
- Grycner, S. (2015). *Polityka zdrowotna*. Warszawa: CeDeWu.
- GUS. (2010). *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2006–2010*. Warszawa.
- GUS. (2014). *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2010–2014*. Warszawa.
- GUS. (2017). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku*. Warszawa–Kraków.
- GUS. (2019). *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2015–2019*. Warszawa–Szczecin.
- Interia Biznes. (2015). *Już ponad milion osób ma dostęp do ePUAP*. Pobrane z: <https://biznes.interia.pl/gospodarka/news-juz-ponad-milion-osob-ma-dostep-do-eapuap,nId,4026465>.
- Jadczak, A. (2012). *CSIOZ rozstrzygnął przetargi na 256 mln zł*. Pobrane z: <https://www.computerworld.pl/news/CSIOZ-rozstrzygnal-przetargi-na-256-mln-zl,379683.html>.
- Krzemińska, W. (2004). Co z tą cyfryzacją. W: W. Krzemińska, P. Nowak (red.), *Cyfryzacja w procesach komunikowania* (s. 11–23). Poznań: Sorus Wydawnictwo i Drukarnia.

- Markłowska-Dzierżak, M. (2018). *Pierwsza faza programu pilotażowego e-recepty już się zakończyła*. Pobrane z: <https://pulsfarmacji.pl/4706227,76237,pierwsza-faza-programu-pilotazowego-e-recepty-juz-sie-zakonczyla>.
- Ministerstwo Cyfryzacji. (2017). *Wystartowała aplikacja mObywatel*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/oficjalna-premiera-aplikacji-mobywatel-transmisja-online>.
- Ministerstwo Cyfryzacji. (2019a). *4 miliony Polaków ma już Profil Zaufany!*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/4-miliony-polakow-ma-juz-profil-zaufany>.
- Ministerstwo Cyfryzacji. (2019b). *Mamy to! 3 miliony Polaków ma już Profil Zaufany. Dołącz do nas!*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/mamy-to-3-miliony-polakow-ma-juz-profil-zaufany-dolacz-do-nas>.
- Ministerstwo Cyfryzacji. (2020). *Ponad 5 milionów Polaków ma już profil zaufany!*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/ponad-5-milionow-polakow-ma-juz-profil-zaufany>.
- Msnet. (2019). *Aplikacja mObywatel ma pół miliona aktywnych użytkowników – powiedział minister cyfryzacji Marek Zagórski*. Pobrane z: <https://www.telepolis.pl/wiadomosci/aplikacje-i-rozrywka/mobywatel-pol-miliona-aktywnych-uzytkownikow-marek-zagorski-minister-cyfryzacji>.
- Muchacki, M. (2014). *Cywilizacja informatyczna i Internet*. Kraków: Impuls.
- Pawlak, P. (2018). *Cyfrowa kultura masowa a kultura polityczna społeczeństwa informacyjnego w perspektywie teorii kultury*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Stempnakowski, Z. (2007). Administracja elektroniczna. W: A. Szewczyk (red.), *Społeczeństwo informacyjne – problemy rozwoju* (s. 44–76). Warszawa: Difin.
- Szubkowska S. i Zieliński R. (2014). *EPUAP kosztuje miliony, a mało kto z niego korzysta*. Pobrane z: <https://forsal.pl/artykuly/773790,epuap-kosztuje-miliony-a-malo-kto-z-niego-korzysta.html>.
- ZUS. (2018). *Elektroniczne zwolnienia lekarskie (e-ZLA)*. Pobrane z: <https://www.zus.pl/ezla>.
- Źródła normatywne
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 1267).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października

2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2120)

Uchwała Nr 117/2016 Rady Ministrów z dnia 27 września

2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu rozwoju „Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa”. Pobrane z: <https://mc.bip.gov.pl/programy-realizowane-w-mc/program-zintegrowanej-informatyzacji-panstwa-wrzesien-2016-r.html>.

Uchwała nr 109/2019 Rady Ministrów z dnia 24 września

2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu rozwoju „Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa”. Pobrane z: <https://mc.bip.gov.pl/programy-realizowane-w-mc/program-zintegrowanej-informatyzacji-panstwa-realizacja-na-lata-2014-2022.html>.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów

realizujących zadania publiczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 346 ze zm.).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie

zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 702 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku

z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. poz. 1590).

Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych

rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 568).