

Liczę, że Polacy chętnie udostępnią swoje dane

Fot. Archiwum własne



Rozmowa z Agnieszką Kister, dyrektor Centrum e-Zdrowia.

Rok 2020 był rokiem popularyzacji telemedycyny i cyfryzacji sektora ochrony zdrowia. Dotychczas „papierowy” proces wystawiania recept zastąpił cyfrowym. Wydaje się, że w 2021 r. e-zdrowie nie zwolni – przykładem jest choćby to, że od 8 stycznia placówki mają obowiązek wystawiania i obsługi elektronicznych skierowań.

Centrum e-Zdrowia wszystkie projekty realizuje zgodnie z planem, a pandemia nie spowodowała dotychczas żadnych opóźnień we wdrażaniu kolejnych e-usług. Jak pan wspominał – 8 stycznia 2021 r. e-skierowanie zastąpiło tradycyjne papierowe dokumenty. W pierwszym miesiącu jego obowiązywania lekarze wystawili niemal 2,5 mln skierowań na konsultacje oraz badania. Dziennie wystawia się średnio ok. 150 tys. tych elektronicznych dokumentów. Z każdym tygodniem zwiększa się także liczba podmiotów leczniczych, w których pacjenci mogą zrealizować e-skierowania. Po pierwszym miesiącu widzimy, że kolejne cyfrowe rozwiązanie zostało w Polsce dobrze przyjęte. To dla nas sygnał, że e-skierowanie jest pożądaną usługą i daje korzyści zarówno placówkom medycznym, jak i pacjentom. Utrzymujący się trend wzrostowy i zainteresowanie e-usługami to także dobra prognoza dla dalszej informatyzacji ochrony zdrowia.

Ile podmiotów wystawia e-skierowania?

Do systemu e-zdrowie (P1) cały czas przyłączają się nowe podmioty, które prawdopodobnie z powodu sytuacji pandemicznej nie zrobiły tego wcześniej. W porównaniu z grudniem 2020 r. jest o 20 proc. więcej jednostek, w których pacjenci mogą skorzystać z udogodnień e-skierowania. Ponad 75 proc. placówek me-

dycznych jest gotowych do wystawiania e-skierowań, a 63 proc. do ich realizowania. Dzięki temu kierowanie pacjenta na dalsze leczenie, od momentu wystawienia do momentu realizacji e-skierowania, może się odbyć zdalnie, np. poprzez kontakt telefoniczny.

Gdzie tych podmiotów jest najwięcej?

Najwięcej jest ich w województwach warmińsko-mazurskim – 84 proc., lubelskim – 83 proc. oraz kujawsko-pomorskim – 82 proc. Tylko cztery województwa są poniżej średniej krajowej. Regiony, w których do e-skierowania jest gotowych mniej niż 70 proc. placówek, to województwa śląskie – 69,8 proc., pomorskie – 69,8 proc., łódzkie – 67,6 proc. i zachodniopomorskie – 66,5 proc.

Elektroniczne skierowanie wystawiło już 93 tys. pracowników medycznych, najwięcej lekarzy, choć w tym zestawieniu są również pielęgniarki, lekarze dentyści, a nawet felczerzy. W porównaniu z początkiem lutego o ponad 23 tys. wzrosła liczba pracowników wystawiających e-skierowania. 35 proc. wszystkich e-skierowań wystawili lekarze w wieku 50–59 lat.

E-skierowania są wystawiane najczęściej do poradni okulistycznych, urazowo-ortopedycznych oraz chirurgii ogólnej.

Jakie nowe zadania realizuje Centrum e-Zdrowia w związku z koronawirusem?

Koronawirus spowodował konieczność wprowadzenia nowych funkcjonalności. Przykładem jest system EWP, który początkowo powstał jedynie w celu rejestrowania danych identyfikacyjnych i kontaktowych osób poddawanych kwarantannie w związku z wjazdem na tery-

torium Polski. Wraz z postępem epidemii jego zakres znacznie się zwiększył. Jedną z ważniejszych funkcji jest dziś możliwość wystawiania zleceń na wykonanie testów w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2. W systemie EWP rejestrowane są również wyniki testów, w tym komercyjnych, i przekazywane automatycznie na Internetowe Konto Pacjenta (IKP), do którego bezpośredni dostęp ma pacjent.

Kolejne ważne rozwiązania informatyczne przygotowane przez Centrum e-Zdrowia to e-skierowanie na szczepienie przeciw COVID-19, e-karta szczepień, którą udało się wdrożyć w ekstremalnie krótkim czasie, a która ma charakter trwałej zmiany systemowej – będą tam wpisywane również inne szczepienia, a także kod QR potwierdzający fakt zaszczepienia. Kod można pobrać w łatwy sposób na swoim IKP lub w aplikacji mObywatel, na przykład na telefon, lub poprosić punkt szczepień o jego wydruk. Zbudowaliśmy również i udostępniliśmy bezpłatnie w sklepach internetowych aplikację mobilną „Zaszczepieni”, która sprawdza ważność i poprawność kodu QR osoby zaszczepionej. Na razie nie obserwujemy dużego zainteresowania kodami QR.

Z czego to wynika?

Z dwóch rzeczy. Po pierwsze, kod QR jest generowany dopiero po zaszczepieniu drugą dawką, więc na razie dotyczy ograniczonej liczby osób. Po drugie, będzie on częściej wykorzystywany, kiedy rząd podejmie decyzję o „odmrożeniu” dla osób zaszczepionych wybranych usług czy obszarów życia codziennego. Wówczas użyteczność kodu QR zdecydowanie się zwiększy. Dotychczas pobrano prawie 59 tys. aplikacji.

Powiedziała pani, że kody QR mogą być wykorzystywane później, by zyskać dostęp do „odmrożonych” usług. Co miała pani na myśli?

Gdyby zdecydowano, że znoszone są pewne obostrzenia i pojawi się np. możliwość wstępu do klubów fitness, teatrów, restauracji i pubów dla osób zaszczepionych, to wówczas kod QR stałby się bardzo popularnym rozwiązaniem. Kod pobierzemy na smartfon, a pracownik danego miejsca dzięki aplikacji „Zaszczepieni” w łatwy sposób go zeskanuje. Nie trzeba będzie mieć przy sobie papierowych zaświadczeń, książeczek czy innych tego typu dokumentów. Jest to bardzo wygodne rozwiązanie.

Czy pani zdaniem powinna być możliwość wykorzystywania tego rozwiązania w siłowniach, kinach itp.?

To decyzja rządu, kwestia strategii i tego, w jaki sposób „odmrażać” kolejne obszary życia społecznego. Powiem tak: jeżeli takie decyzje zapadną, to mamy już gotowe rozwiązanie techniczne, które idealnie sprawdzi się

„Ponad 75 proc. placówek medycznych jest gotowych do wystawiania e-skierowań, a 63 proc. do ich realizowania”

w takiej sytuacji. Podkreślam jednak, że decyzje nie należą do mnie.

Jakie jeszcze są plany Centrum e-Zdrowia w zakresie rozszerzania usług e-zdrowie?

Ambitne. Plany na 2021 r., mimo że musieliśmy je trochę zrewidować i skupić się w pierwszym kwartale na rozwiązaniach informatycznych wspierających proces szczepienia Polaków, chcemy w całości zrealizować. Co mam na myśli? Przede wszystkim wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji oraz platformy teleporad. E-rejestracja będzie kolejnym modulem systemu P1. Będzie zintegrowana z aplikacją gabinet.gov oraz IKP. W najbliższych planach mamy stworzenie dokumentacji integracyjnej dla dostawców i udostępnienie środowisk integracyjnych, żeby placówki, który posługują się indywidualnymi grafikami elektronicznymi, mogły dalej z tych rozwiązań korzystać, tylko integrując je z naszym rozwiązaniem centralnym. Zaczynamy w 2021 r. od uruchomienia e-rejestracji na kilka wybranych typów usług zdrowotnych – porady specjalistyczne kardiologa, ortopedy, neurologa, endokrynologa oraz badania diagnostyczne: tomografię komputerową i rezonans magnetyczny. Z e-rejestracją będzie zintegrowana wspomniana już platforma do teleporad. Czyli tam, gdzie dana usługa będzie mogła być udzielona w formule zdalnej oraz pacjent i lekarz wyrażą chęć takiego kontaktu, będzie dostępne narzędzie umożliwiające w nowoczesny sposób skorzystanie z takiej porady. Na ten rok planujemy również – myślę, że już nawet w marcu – udostępnienie aplikacji mobilnej mojeIKP, a później – w trzecim lub czwartym kwartale – usługi związane z zamawianiem u lekarza POZ e-recept za pośrednictwem IKP, bez konieczności osobistej wizyty w gabinecie. To propozycja przede wszystkim dla osób przewlekle chorych, które stale przyjmują określone leki, a lekarz zdecyduje, że bezpiecznie może taką receptę ponownie wystawić. Opieramy się na wzorach skandynawskich, gdzie takie rozwiązanie bardzo dobrze się sprawdza i chwalą je zarówno pacjenci, jak i lekarze. W związku z tym chcemy je wprowadzić także w Polsce.

Poza tym analizujemy możliwość z informatyzowania karty urodzenia i karty zgonu oraz pracujemy nad doszczegółowieniem koncepcji uproszczenia sprawozdawczości placówek medycznych do Narodowego Funduszu Zdrowia, tak aby płatnik w dużej mierze rozliczał świadczenia na podstawie danych z systemu P1.



Franciszek Mazur/AG

„Dawstwo danych musi być uregulowane prawnie. W tej chwili przepisy nie nadążają za cyfrową rzeczywistością”

Dzięki temu zmniejszy się liczba raportów i sprawozdań wymaganych od podmiotów medycznych. Wdrożenie zależy jednak od tempa przechodzenia świadczeniodawców na raportowanie zdarzeń medycznych, które będzie alternatywnym źródłem danych, również dla NFZ. Chcemy ponadto zbudować w systemie P1 kolejny moduł, który na podstawie algorytmów sztucznej inteligencji będzie przetwarzał dane pacjentów.

Dopytam o trzy rzeczy, które pani zapowiada. Chronologicznie – po pierwsze o elektroniczną rejestrację. Podczas ostatniej naszej rozmowy powiedziała pani, że usługa będzie najpewniej dostępna już po 2021 r. Na jakim etapie prace są dzisiaj? Kiedy możemy się tego ewentualnie spodziewać?

Podtrzymuję swoje zapowiedzi – prace są na etapie produkcyjnym. Usługa będzie udostępniona pacjentom pod koniec 2021 r.

Druga sprawa – powiedziała pani o uproszczeniu rozliczeń...

Co jest związane głównie z raportowaniem zdarzeń medycznych. Zgodnie z przepisami usługodawcy powinni je zgłaszać od lipca 2021 r. To skomplikowane zadanie dla zarządzających placówkami medycznymi i w związku z tym pojawiają się obawy, czy w połowie roku będzie to możliwe. Obecnie realizujemy pilotaż tego

rozwiązania – placówki przesyłają informacje o zdarzeniach, indeksują dokumentację medyczną, przekazują nam swoje uwagi. Mamy już pierwsze wnioski. Jakież? Po pierwsze, aktywność placówek, które biorą udział w pilotażu, jest wielokrotnie większa, niż zakładaliśmy, a to oznacza, że proces raportowania i indeksowania dokumentacji medycznej – jeśli już się go rozpocznie – nie jest uciążliwy. Po drugie, większość dostawców rozwiązań informatycznych nie jest jeszcze gotowa. Jedyne dwóch z największych dostawców oprogramowania ma przygotowane moduły EDM. W pilotażu uczestniczą podmioty korzystające z ich rozwiązań, jednak jest też dużo placówek, które chciałyby dołączyć do programu, ale nie mogą, gdyż ich systemy informatyczne nie są do tego dostosowane. Gdy wszystkie placówki będą elektronicznie raportować zdarzenia medyczne, możliwe będzie uproszczenie sprawozdania do NFZ.

Trzeci wątek – wspominała pani o nowości, o zbieraniu danych od Polaków. Na czym miałyby to polegać?

Jak mówiłam, trzeba zbudować w systemie P1 moduł, który na podstawie algorytmów sztucznej inteligencji będzie przetwarzał dane pacjentów pochodzące z trzech źródeł. Po pierwsze ze zdarzeń medycznych raportowanych w EDM do systemu P1. Po drugie źródłem danych byłyby ankiety dotyczące trybu życia, które każdy będzie mógł wypełnić na swoim IKP. W ten sposób uzyskamy dodatkowe dane, niezwiązane ze zdarzeniami medycznymi, czyli nieuwzględnione w dokumentacji medycznej. Po trzecie informacje pochodząby z różnych aplikacji zdrowotnych i lifestyle'owych oraz zdalnych urzędów.

Po przetworzeniu przez AI danych pochodzących z tych trzech źródeł moglibyśmy podpowiedzieć pacjentowi, np. jak może zmodyfikować styl życia na bardziej zdrowy, oraz wskazać obszary, w których warto skorzystać np. z badania profilaktycznego. Raport może być potem udostępniony lekarzowi POZ, aby miał narzędzia pozwalające mu w aktywny sposób zainteresować się zdrowiem swoich pacjentów i być może też zachęcić ich do podjęcia działań profilaktycznych. To oczywiście bardzo ambitny plan – nie jest to projekt, który można zrealizować w ciągu roku. W tej chwili jesteśmy na etapie opracowywania jego koncepcji. Projekt jest zgodny ze światowymi trendami e-zdrowia i bardzo potrzebny, gdyż może mieć realny wpływ na zdrowie Polaków, i to w najlepszy sposób, tj. w myśl zasady „zapobiegaj zamiast leczyć”.

Czy pani zdaniem Polacy chętnie udostępniłoby swoje dane? Sądzę, że od razu powstałaby grupa krytyków podobna do antyszczepionkowców – nazwijmy ich antydawcami danych...

Wtórne wykorzystanie i dawstwo danych elektronicznych są rzeczywiście nowymi tematami w polskiej

rzeczywistości. Nie znam badań dotyczących tego, czy Polacy byłiby skłonni udostępniać swoje dane, jednak z międzynarodowych badań ankietowych wynika, że na świecie – co może być zaskoczeniem – odnotowuje się coraz większą otwartość ludzi na dzielenie się swoimi danymi. Oczywiście nie w sposób bezwarunkowy. Ta otwartość jest powiązana ze szczytnymi celami, takimi jak rozwój nauk medycznych czy działalności B+R. Liczę, że tak będzie również w Polsce, kiedy jako państwo wykonamy dwa ważne zadania w tej sprawie.

Co ma pani na myśli?

Po pierwsze, dawstwo danych musi być uregulowane prawnie. W tej chwili przepisy dotyczące wykorzystywania, udostępniania i przetwarzania danych medycznych są dosyć ograniczone i nie nadążają za cyfrową rzeczywistością. Po drugie, niezwykle istotna jest edukacja społeczeństwa na temat istoty i konsekwencji udostępniania danych. To nie są oczywiste sprawy. Uważam, że naszą odpowiedzialnością jako strony publicznej jest zadbanie o to, żeby Polacy, decydując się na udostępnianie swoich danych, robili to w pełni świadomy sposób i potrafili zidentyfikować próby ich wyludzenia. Po trzecie, kluczową kwestią jest odpowiedni poziom zabezpieczenia danych zarówno w warstwie technicznej, jak i organizacyjnej oraz prawnej.

Z jakich źródeł mogłyby pochodzić dane i w jaki sposób można je wykorzystywać?

Wybór jest szeroki. Mówimy zarówno o wyrobach medycznych, np. urządzeniach wszczepialnych wykorzystywanych przy problemach kardiologicznych, jak i różnych aplikacjach instalowanych w smartfonach, które monitorują naszą aktywność fizyczną i dietę. Takie aplikacje lifestylowe wbrew pozorom dostarczają wielu informacji na temat tego, jak zdrowy jest nasz styl życia.

Powstałyby profile konkretnego pacjenta, określonych grup czy Polaka w ogóle?

Chcielibyśmy, aby powstały profile konkretnych pacjentów. Algorytmy w systemie P1 przetwarzałyby informacje o każdym, kto wyraził chęć skorzystania z takiej e-usługi, a zindywidualizowany raport otrzymałby pacjent oraz jego lekarz rodzinny. Mówimy tu o bardzo spersonalizowanej informacji zwrotnej.

Obrazując – udajemy się do lekarza rodzinnego, który wie, że nasza aktywność fizyczna jest za mała, niezdrowo jemy, i sugeruje, abyśmy zaczęły więcej biegać i zmienili nawyki żywieniowe.

Tak. Albo wręcz to lekarz POZ mógłby być inicjatorem takiego kontaktu z pacjentem po otrzymaniu

automatycznie generowanego z systemu P1 raportu zdrowotnego, w sytuacji gdy pacjentowi zagraża określony problem zdrowotny lub istnieje wysokie ryzyko wystąpienia choroby, z adnotacją czy sugestią, aby zainteresować się taką osobą. Chcielibyśmy w ten sposób zaktywizować zarówno pacjentów, jak i lekarzy rodzinnych – tym drugim ułatwiając zidentyfikowanie pacjentów, którymi należy się zająć w pierwszej kolejności.

Pytałem o profil zdrowotny Polaka – czy mógłby on powstać? I czy byłby jakkolwiek pomocny?

Centrum e-Zdrowia może być dostawcą danych, które umożliwiłyby stworzenie takiego profilu, podsumowania stanu zdrowia Polaków lub profilu przeciętnego Polaka w wieku 20, 40 lub 60 lat. Powiedziałam „dostawcą”, bo takie zadanie to coś, czym zajmuje się na co dzień np. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Dane, które zbieramy, byłyby dużym wsparciem w stworzeniu takich profili.

A kiedy mogłyby powstawać pierwsze takie bazy? Określiła to pani jako „zadanie długofalowe”.

W systemie P1 mamy ogromny zbiór danych, który na skutek raportowania zdarzeń medycznych będzie się dynamicznie powiększać. Natomiast to, kiedy i w jakim zakresie to dawstwo mogłoby się pojawić, zależy nie tyle od kwestii technicznych, bo ta gotowość w zasadzie już jest, ile przede wszystkim od podjęcia dyskusji na ten temat i „odzwierciedlenia” tego na poziomie przepisów.

Wróć do monitorowania urządzeń wszczepialnych. Jaka jest sytuacja?

To zadanie Ministerstwa Zdrowia. Wiem, że prace w resorcie są prowadzone. Dotyczą kilku pilotaży rozwiązań telemedycznych, w tym właśnie monitorowania kardiologicznych urządzeń wszczepialnych.

A jaki z perspektywy Centrum e-Zdrowia byłby pożądanym efektem pilotażu rozszerzenia funkcjonalności e-recepty w leczeniu astmy oskrzelowej?

W tej sprawie trwają prace koncepcyjne pod kierownictwem dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki. Korzystamy z możliwości wystawiania e-recept – system P1 pozwala na to, aby taki pilotaż przeprowadzić. Dzięki niemu moglibyśmy dostarczać lekarzom POZ informacje związane z farmakoterapią pacjentów oraz alerty, a to przekładałoby się na lepszą jakość leczenia. Jako Centrum e-Zdrowia chcemy nie tylko tworzyć kolejne nowe e-usługi, ale równolegle szukać sposobu na jeszcze bardziej efektywne wykorzystywanie tego, co już funkcjonuje.

Rozmawiał Krystian Lurka