



System informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci

Autorzy:

opracowanie przez zespół badawczy Akademii Leona Koźmińskiego
na zlecenie Fundacji MY Pacjenci

Spis Treści

Spis Treści.....	2
Podziękowania.....	4
Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia.....	5
Partnerzy projektu.....	6
Streszczenie.....	7
Wstęp.....	10
1. Kompetencje zdrowotne pacjentów – identyfikacja potrzeb.....	12
1.1. Konieczność rozwoju systemu dostępu do rzetelnych informacji z obszaru ochrony zdrowia.....	21
1.2. Wyzwania związane z wprowadzaniem systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli.....	31
2. Doświadczenia międzynarodowe dotyczące systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli.....	35
3. System informacji i wsparcia pacjentów i obywateli w świetle uregulowań prawnych.....	47
3.1. Praktyki wprowadzenia systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli.....	56

4. Analiza potrzeb w zakresie dostępu do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej w polsce na podstawie wyników badań własnych.....	63
4.1. Metodologia badania.....	63
4.2. Charakterystyka respondentów.....	64
4.3. E-zdrowie - potrzeby i oczekiwania polskich pacjentów	66
4.4. Analiza wyników i dyskusja badania.....	86
5. Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki	90
6. Proponowany model systemu informacji i wsparcia jakiego oczekują pacjenci.....	91
7. Analiza dyskusji na warsztatach dialogu społecznego.....	95
8. Wnioski i rekomendacje.....	96
9. Recenzje.....	100
Bibliografia.....	109
Spis tabel.....	118
Wykaz wykresów.....	118
Spis rysunków.....	122

Podziękowania

Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim osobom i organizacjom pozarządowym aktywnie uczestniczącym w projekcie dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia. Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzaniu sondaży opinii. Dzięki aktywności partnerów i uczestników projektu rozwija się idea dialogu społecznego i partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia, a administracja publiczna uzyskuje potrzebne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i zawodów medycznych od omawianych inicjatyw legislacyjnych.

Projekt „Razem dla Zdrowia” realizowany jest przy udziale i dzięki zaangażowaniu partnerów projektu: Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej.



Dziękujemy za eksperckie konsultacje kwestionariusza badawczego oraz pomoc w jego rozpowszechnianiu portalowi www.znanylekarz.pl.

znanylekarz.pl

Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjentów, które angażują się w pozyskiwanie respondentów dla przeprowadzanych w ramach projektu sondaży i badań opinii.

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i współpracę!

W imieniu zespołu Fundacji MY Pacjenci



Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia

Głównym celem projektu Razem dla Zdrowia jest rozwijanie dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wypracowanie w ramach powołanego partnerstwa trwałych, skutecznych, efektywnych i transparentnych mechanizmów konsultacji społecznych. Realizacja celu pozwoli na wzmocnienie dialogu i współpracy pomiędzy administracją publiczną a partnerami społecznymi (organizacjami pacjenckimi, świadczeniodawcami oraz zawodami medycznymi).

Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu stanowiska i rekomendacje będą podstawą do wdrożenia projakościowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do wysokiej jakości usług medycznych.

Zakres projektu:

- przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej pacjentów do udziału w konsultacjach społecznych;
- konsultacje wybranych 10 aktów i/lub zagadnień prawnych;
- konferencje merytoryczne (10) – przedstawienie zagadnień będących przedmiotem konsultacji społecznych;
- warsztaty dla pacjentów (8);
- opracowanie raportów i opublikowanie stanowisk i rekomendacji;
- stworzenie narzędzi wsparcia konsultacji przy udziale pacjentów:
 - portal – nowoczesna platforma konsultacji społecznych online;
 - newsletter;
 - infolinia.

Projekt Razem dla Zdrowia współfinansowany jest w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0008/16-00 z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działania 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”.

Partnerzy projektu

Fundacja MY Pacjenci powstała w 2012 roku w celu wspierania partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnianiu zaplecza eksperckiego organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

Naczelna Izba Lekarska to organ lekarskiego samorządu zawodowego. Reprezentuje lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Dbą o przestrzeganie lekarskiego etosu, a także – poprzez organizację szkoleń zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów – aktywnie włącza się w proces edukacji polskiej kadry medycznej.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych to organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, ustala zasady etyki zawodowej i standardy zawodowe, prowadzi orzecznictwo zawodowe, wydaje prawa wykonywania zawodu. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych, współtworzy programy edukacyjne, służące poprawie opieki zdrowotnej, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiemu społeczeństwu.

Naczelna Izba Aptekarska jest organem samorządu zawodowego farmaceutów, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu farmaceuty, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia.

Streszczenie

Celem raportu było opracowanie modelu nowoczesnego systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli w obszarze ochrony zdrowia, który mógłby pomóc zwiększyć kompetencje zdrowotne Polaków i poprzez to przyczynić się do zbudowania postaw odpowiedzialnego dbania o swoje zdrowie oraz poprawić efektywność systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Istnieją dowody wskazujące na to, że wyższe kompetencje zdrowotne przekładają się na mniejsze zużycie zasobów ochrony zdrowia, mniejsze koszty opieki i lepsze efekty zdrowotne. Pacjenci i obywatele w Polsce potrzebują nowoczesnego systemu informacji i wsparcia w ochronie zdrowia. System taki może stanowić wsparcie dla administracji publicznej w rozwiązywaniu problemu deficytu kadr i środków w ochronie zdrowia, może także służyć jako narzędzie poprawy jakości, bezpieczeństwa i skuteczności leczenia. Ograniczony dostęp do informacji pogarsza dostęp do świadczeń, efektywny system informacji to także **potencjalne antidotum na długie kolejki do świadczeń**, gdyż dobry obieg informacji może zmniejszyć potrzebę wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji. Jest to także sposób na lepsze wykorzystanie istniejących zasobów poprzez włączenie do opieki nad pacjentem zawodów pomijanych przez system: farmaceutów, dietetyków, psychologów i innych zawodów medycznych.

Kompetencje zdrowotne rozumiemy jak **zdolność do uzyskiwania, interpretacji i zrozumienia podstawowych informacji na temat zdrowia i usług zdrowotnych** oraz umiejętność wykorzystania takich informacji i usług w celu podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia. Rozwinięte kompetencje zdrowotne społeczeństwa umożliwiają delegowanie na pacjentów części zadań związanych z utrzymaniem zdrowia i terapią chorób przewlekłych. Pacjenci kompetentni w zakresie uzyskiwania, interpretacji i zrozumienia podstawowych informacji na temat zdrowia i usług zdrowotnych efektywniej wykorzystują ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia, który napotyka na coraz większe wyzwania związane z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, niedostateczną liczbą personelu medycznego, jak również z częstym brakiem zadowalających wyników zdrowotnych.

Doświadczenia innych krajów europejskich w zakresie rozwoju nowoczesnych Technologii Informacyjnych i Komunikacyjnych (ICT – Information and Communication Technology)

wskazują, że są one w stanie poprawić dostęp do informacji, wzmocnić kompetencje zdrowotne i usprawnić działanie systemu ochrony zdrowia. Dobrym wzorem dla budowy systemu informacji i wsparcia w ochronie zdrowia są rozwiązania brytyjskiego portalu dla obywateli NHS Choices.

W celu budowy modelu systemu informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci, poza przeglądem międzynarodowych rozwiązań w tym obszarze, przeprowadzono sondaż opinii wśród pacjentów i obywateli. Dotyczył on oczekiwań społecznych względem systemu informacji i wsparcia w sprawach zdrowia oraz poruszania się po systemie opieki zdrowotnej. Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz zawierający 34 pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru.

Analiza dostępnych publikacji i wiedzy internetowej dowodzi, iż w Polsce istnieje już wiele innowacyjnych rozwiązań ICT umożliwiających pacjentom dostęp do informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej. W zdecydowanej większości są one jednak wprowadzane regionalnie lub lokalnie, a brakuje rozwiązań i programów centralnych. System jakiego oczekują pacjenci powinien, wzorem sprawdzonych rozwiązań w innych krajach, składać się z 4 modułów:

1. modułu wspierającego osoby zdrowe w celu utrzymania zdrowia jak najdłużej
2. modułu wspierającego radzenie sobie bez pomocy lekarza z prostymi problemami zdrowotnymi
3. modułu wspierającego pacjentów z chorobami przewlekłymi w zapobieganiu zaostrzeniom wymagającym hospitalizacji
4. modułu narzędziowego zawierającego rozwiązania z obszaru e-zdrowia wspierające dostęp do informacji takie jak: sprawdzanie czasu oczekiwania, zapisy na wizyty online, dostęp do własnej dokumentacji medycznej czy usługi telemedyczne.

System informacji i wsparcia pacjentów, poza dostępem do przyjaznych dla pacjentów użytkowników zasobów autoryzowanej, certyfikowanej wiedzy medycznej dostępnej na portalach i poprzez urządzenia mobilne, powinien dawać możliwość uzyskania wsparcia poprzez czynną przez 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu infolinię obsługiwaną przez różne zawody medyczne. Z czasem system informacji i wsparcia pacjentów mógłby

rozwijać się dzięki wykorzystaniu do jego obsługi sztucznej inteligencji.

Pewnym wyzwaniem dla organizatorów systemu może być przywiązanie pacjentów do usług medycznych świadczonych przez lekarzy. System informacji i wsparcia obsługiwany przez inne zawody medyczne będzie okazją do pokazania tej grupie ich roli w opiece nad pacjentami oraz do zwiększenia zaufania do usług świadczonych przez różne zawody medyczne.

Zbudowanie takiego rozwiązania wymaga przygotowania strategii i planu działań oraz zaangażowania do współpracy wielu podmiotów publicznych. Sukces jego wdrożenia będzie pochodną liczby podjętych inicjatyw zmierzających do realizacji celu oraz ich umiejętnej koordynacji. Na każdym etapie planowania i realizacji działań należy badać i uwzględniać potrzeby i opinie użytkowników końcowych systemu.

Warto rozważyć wprowadzenie w Polsce systemu informacji i wsparcia **wychodzącego naprzeciw potrzebom pacjentów**, jako integralnego elementu transformacji systemu ochrony zdrowia.

Wstęp

System informacji i wsparcia pacjentów i obywateli ma istotne znaczenie dla efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i skutecznego leczenia pacjentów. Nieustannie prowadzona jest dyskusja dotycząca sposobów uzdrowienia sektora opieki zdrowotnej. W ramach tych dyskusji aktualnym i istotnym tematem jest rozwój systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej, zwiększenie dostępności tego systemu dla pacjentów oraz zwiększenie skłonności Polaków do korzystania z niego. System informacji w opiece zdrowotnej funkcjonuje w Polsce na poziomie niższym niż w wielu krajach OECD. Z badań przeprowadzonych przez IPSOS w 2018 r. wynika, że jedynie zdaniem 38% Polaków, w Polsce istnieje łatwy dostęp do informacji medycznej (Global Views On Healthcare – 2018. What does the world think about healthcare?). Przeciętnie we wszystkich 28 krajach biorących udział w badaniu, dostęp do informacji medycznej jako łatwy został wskazany przez 49% badanych. Najwięcej respondentów zgodnych ze stwierdzeniem, że mają łatwy dostęp do informacji medycznej odnotowano w Turcji, Stanach Zjednoczonych oraz Malezji, a najmniej na Węgrzech, w Serbii i w Japonii (odpowiednio 68%, 67% i 65% oraz 35%, 35% i 33%).

Należy podkreślić, że w ostatnich latach coraz większą rolę w systemie informacji odgrywają innowacyjne rozwiązania komunikacyjne oraz informacyjne a także proces cyfryzacji sektora zdrowia.

Niniejszy raport stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak kwestie rozwoju systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej postrzegają pacjenci w Polsce. W tym sensie stanowi on krok ku uzupełnieniu istniejącej luki. W Polsce brakuje bowiem opracowań dotyczących przekonań i oczekiwań pacjentów wobec systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej. Czy są zwolennikami rozbudowanego systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej? Pod jakimi warunkami zgodziliby się na wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań komunikacyjnych oraz informacyjnych w tym systemie? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań dają wgląd w potoczne przekonania o reformie systemu ochrony zdrowia związanej z rozwojem systemu informacji, z którym będą musieli się zmierzyć reformatorzy.

Celem niniejszego opracowania jest dokonanie przeglądu dostępnych w Polsce źródeł informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej, zbadanie potrzeb i skłonności Polaków do korzystania z innowacyjnych rozwiązań w zakresie dostępu do tych informacji oraz dokonanie analizy kompetencji zdrowotnych pacjentów w Polsce, w celu opracowania gotowego do wdrożenia modelu systemu informacji i wsparcia wychodzącego naprzeciw potrzebom pacjentów. Cel ten został osiągnięty w wyniku analizy literatury oraz w wyniku przeprowadzonych konsultacji społecznych w formie debaty z udziałem pacjentów i przedstawicieli zawodów medycznych, sondażu on-line oraz telefonicznych wywiadów pogłębionych.

Struktura opracowania jest następująca. Rozdział pierwszy obejmuje analizę kompetencji zdrowotnych Polaków. Drugi rozdział został poświęcony analizie doświadczeń międzynarodowych w zakresie tworzenia systemów informacji i wsparcia pacjentów oraz związanym z tym systemem wprowadzaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych w systemie opieki zdrowotnej. Charakterystyka systemu dostępu do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej w Polsce w świetle uregulowań prawnych oraz przykłady praktyk wprowadzania tego systemu została przedstawiona w rozdziale trzecim. W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki sondażu opinii – wraz z ich omówieniem. Uzupełnieniem jest rozdział piąty, omawiający przeprowadzone wywiady pogłębione. W rozdziale szóstym przedstawiono propozycję modelu, natomiast w rozdziale siódmym przedstawiono wnioski wynikające z dyskusji przeprowadzonej podczas warsztatów dialogu społecznego. Całość zamykają przedstawione w rozdziale ósmym wnioski i rekomendacje.

1. Kompetencje zdrowotne pacjentów – identyfikacja potrzeb

Kompetencje zdrowotne definiowane są jako zdolność do uzyskiwania, interpretacji i zrozumienia podstawowych informacji na temat zdrowia i usług zdrowotnych oraz umiejętność wykorzystania takich informacji i usług w celu podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia¹.

Budowanie kompetencji zdrowotnych pacjentów towarzyszy rozwojowi systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Rozwinięte kompetencje zdrowotne społeczeństwa umożliwiają delegowanie na pacjentów części zadań związanych z utrzymaniem zdrowia i terapią chorób przewlekłych. Pacjenci kompetentni w zakresie uzyskiwania, interpretacji i zrozumienia podstawowych informacji na temat zdrowia i usług zdrowotnych efektywnie wykorzystują ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia, który napotyka na coraz większe wyzwania związane z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, niedostateczną ilością personelu medycznego, jak również osiąganiem niezadowolających wyników zdrowotnych.

W ostatnich latach znaczenia nabiera koncepcja patient empowerment związana z rosnącym zaangażowaniem pacjenta w dbanie o własne zdrowie. Pacjenci mają coraz większą świadomość zdrowotną i potrzebę zdobywania informacji w celu jak najdłuższego cieszenia się dobrym zdrowiem i uzyskiwania pożądaných efektów terapeutycznych w przypadku choroby. Zaangażowanie pacjenta w ochronę swojego zdrowia niesie potencjalne korzyści nie tylko dla niego samego, lecz także całego systemu ochrony zdrowia. Wysoko rozwinięte kompetencje zdrowotne społeczeństwa i zaangażowanie

¹ *Healthy People 2010*, U.S. Department of Health and Human Services, DC: U.S. Government Printing Office, Washington 2000. Originally developed for Ratzan S. C., Parker R. M., Introduction, In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: *Health Literacy*, Selden C. R., Zorn M., Ratzan S. C., Parker R. M. (editors), NLM Pub. No. CBM 2000-1, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda 2000.

pacjentów wpływają na mniejsze zużycie zasobów ochrony zdrowia² oraz niższe koszty opieki³. Stwarzają szanse na podniesienie wydolności systemu ochrony zdrowia oraz na poprawę stanu zdrowia populacji⁴. Wyższe kompetencje zdrowotne pacjentów pozwalają również na uzyskiwanie lepszych wyników leczenia⁵. Włączenie pacjentów w dbałość o swoje zdrowie w konsekwencji prowadzi zatem do poprawy dostępności opieki zdrowotnej.

Kompetencje zdrowotne Polaków

Poziom kompetencji zdrowotnych Polaków jest zbliżony do średniego poziomu ogólnego indeksu kompetencji zdrowotnych w 8 krajach badanych w ramach projektu oceny kompetencji zdrowotnych w UE, realizowanego w 2011 r. w ramach *European Health Literacy Survey*^{6,7} (wykres 1. na następnej stronie). We wszystkich krajach objętych sondażem, w tym w Polsce, obowiązywała ta sama standardowa procedura losowania, zgodna z procedurą stosowaną w ramach Eurobarometru⁸.

2 Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services*, American Journal of Public Health, vol. 87, no 6/1997, p. 1027-1030.

Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *Health literacy and the risk of hospital admission*, Journal of General Internal Medicine, vol. 13, no 12/1998, p. 791-798.

Baker D. W., Gazmararian J. A., Williams M. V., Scott T., Parker R. M., Green D., Ren J., Peel J., *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees*, American Journal of Public Health, vol. 92, no 8/2002, p. 1278-1283.

3 Haun J. N., *Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study*, BMC Health Services Research, no 15/ 2015, p. 249.

4 <http://www.obywatelezz.pl/patient-empowerment-korzysci-wyzwania/> (dostęp 31.07.2018).

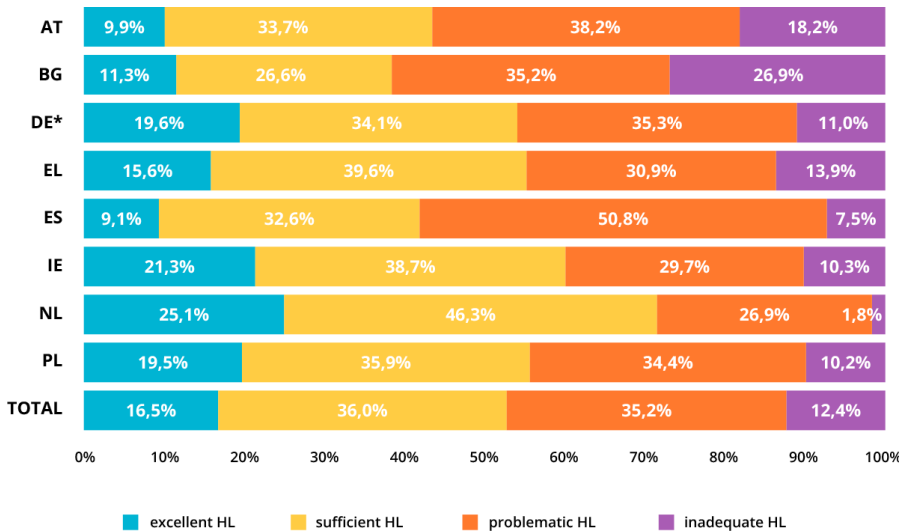
5 Berkman N. D., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*, Annals of Internal Medicine, vol. 155, issue 2/2011, p. 97-107.

6 Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Ueters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke S., Brand H., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*, European Journal of Public Health, vol. 25, issue 6/2015, p. 1053-1058 .

7 Niedźwiedzka B., Słońska Z., Taran Y., *Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom 10, nr 3/2012, s. 214.

8 Eurobarometer. Sampling and fieldwork, <http://www.gesis.org/eurobarometer-data-serve/survey-series/standard--special-eb/sampling-and-fieldwork> (dostęp: 08.08.2018).

Wykres 1. Poziomy ogólnego indeksu kompetencji zdrowotnych w 8 krajach UE



Źródło: Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke S., Brand H., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*, European Journal of Public Health, vol. 25, no 6/2015, p. 1053-1058.

Doboru próby dokonano metodą wieloetapowego losowania obejmującego: stratyfikację według regionalnych jednostek administracyjnych, wybór punktów startowych metodą losowania systematycznego w każdej z otrzymanych warstw, losowy wybór adresów startowych w każdym wylosowanym punkcie startowym, wybór dalszych adresów zgodnie z procedurą random route oraz wybór respondentów w każdym gospodarstwie domowym metodą „najbliższych urodzin”. W trakcie losowania 1000-osobowej próby w Polsce skontaktowano się z 1493 osobami, spełniającymi kryteria włączenia do badania, tj. osiągnięcie wieku 15 lat i powyżej oraz obywatelstwo kraju wchodzącego w skład Unii Europejskiej. Spośród tych osób 493 osoby (33%) odmówiły udzielenia wywiadu. Liczba przeprowadzonych wywiadów wyniosła 1000, co stanowiło 67% wylosowanej próby. Wywiady zostały zebrane metodą CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*). Dane krajowe, w tym dane dla Polski, zostały poddane procedurze ważenia według płci, wieku, województwa i stopnia urbanizacji. W procesie ważenia wykorzystano najnowsze, dostępne dane spisu powszechnego oraz standardowe wagi stosowane w ramach Eurobarometru.

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem kwestionariusza zawierającego 47 pytań podzielonych na trzy kategorie: opieka zdrowotna, profilaktyka i promocja zdrowia. Respondenci zostali poproszeni o ocenę swoich kompetencji dotyczących znajdowania, rozumienia, oceniania i zastosowania informacji zawartych w powyższych kategoriach⁹. W indeksie umiejętności zastosowanym w tym badaniu uwzględniono m.in. znajdowanie informacji na temat objawów i leczenia chorób, radzenia sobie z niezdrowymi zachowaniami (np. palenie tytoniu) lub problemami (np. stres), ocenianie informacji (zalety i wady różnych sposobów leczenia, wiarygodność informacji, potrzeba dodatkowej konsultacji) oraz jej stosowanie (przestrzeganie instrukcji i zaleceń dotyczących terapii, decyzje dotyczące działań zapobiegających zachorowaniu na podstawie informacji medialnych)¹⁰. Kwestionariusz był przetłumaczony przez profesjonalnych tłumaczy i zweryfikowany przez krajowe zespoły badawcze. Każde z pytań odwoływało się do samooceny respondenta, przypisane mu były cztery kategorie odpowiedzi (bardzo łatwe, raczej łatwe, raczej trudne, bardzo trudne) i zaczynało się od standardowej części: „Czy mógłby Pan(i) powiedzieć, posługując się skalą od: »bardzo łatwe« do »bardzo trudne«, jak łatwe jest dla Pana(i)...”. Poprzez połączenie czterech kategorii odpowiedzi w dwie kategorie przekształcono każde pytanie w zmienną zero-jedynkową. Odpowiedzi „bardzo łatwe” i „raczej łatwe” łącznie oznaczały kategorię „łatwo”. Odpowiedzi „raczej trudno” i „bardzo trudno” oraz brak odpowiedzi łącznie oznaczały kategorię „trudno”. W celu umożliwienia syntetycznej prezentacji analizowanych danych stworzono Indeks Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych opisujący łącznie cztery wspomniane wyżej wymiary (znajdowania, rozumienia, oceniania i zastosowania informacji). Indeks został stworzony na podstawie pytań i przyjmuje wartości od 0 do 10 punktów, gdzie 0 punktów oznacza zgłaszanie trudności w przypadku wszystkich pytań lub brak odpowiedzi, a 10 punktów zgłaszanie braku trudności w odniesieniu do wszystkich pytań. Punkty uzyskane przez każdego respondenta były sumowane, co oznacza, że respondent mógł otrzymać minimalnie 0 punktów i maksymalnie 10 punktów¹¹.

Blisko połowa badanych Polaków posiadała niewystarczające kompetencje zdrowotne.

9 www.forumitesss.com/.../HLS-EU-Q-tools-and-introduction-2.pdf (dostęp: 10.08.2018).

10 Kisiłowska M., *Pacjenci Sieci. Informacyjne kompetencje zdrowotne*, Kultura Popularna, nr 3(41)/2014, s. 97.

11 Niedźwiedzka B., Słońska Z., Taran Y., op. cit., s. 215.

Jednocześnie Polska należała również do jednego z krajów o najniższym odsetku obywateli posiadających nieadekwatne kompetencje zdrowotne. Respondenci zwracali uwagę na trudności w odnajdywaniu, ocenie i zastosowaniu informacji dotyczących zdrowia. Niewystarczające kompetencje zdrowotne dotyczyły głównie mężczyzn, osób starszych, z niskim poziomem wykształcenia oraz o niskich dochodach. Dla respondentów w Polsce szczególnym wyzwaniem okazała się ocena informacji dotyczących ryzyk i problemów zdrowotnych podawanych w mediach.

W 2018 r. Brytyjska agencja badawcza IPSOS Mori przeprowadziła wielokierunkowe badanie ankietowe oceniające funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej w 28 krajach, między innymi w Polsce¹². Wśród zadanych pytań znalazły się 4 pytania dotyczące dostępu do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej. Zdaniem 41% ankietowanych Polaków, w Polsce jest łatwy dostęp do informacji o tym jakie działania powinno się podejmować, aby dbać o zdrowie. Dostępność do informacji o usługach w zakresie opieki zdrowotnej została oceniona pozytywnie przez 34% Polaków, podczas gdy średnio 47% wszystkich badanych oceniła tę dostępność pozytywnie¹³. 46% ankietowanych rodaków stwierdziło, że otrzymali niezbędne informacje dotyczące zastosowanego u nich leczenia. Średnia wszystkich badanych to 55%. Tylko 38% Polaków zgodziło się z istnieniem łatwego dostępu do informacji medycznej. Wśród badanych Polaków zaledwie 7% wskazało, że używało narzędzi telemedycyny. Ponad 42% z nich nie chce ich ponownie wykorzystywać¹⁴.

Obydwa badania z 2011 i 2018 r. wskazały na wyzwania dotyczące poziomu kompetencji oraz dostępu do informacji dla pacjenta.

W powszechnym odbiorze budowanie świadomości i wiedzy pacjenta na temat schorzenia, proponowanej terapii, bezpiecznego stosowania leków czy podjęcia działań profilaktycznych przez pracowników ochrony zdrowia jest obecnie niewystarczające i okazjonalne. Brakuje również rzetelnych, zweryfikowanych i dobrze zdefiniowanych

12 *Global Views On Healthcare – 2018. What does the world think about healthcare?*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global-views-on-healthcare-2018-ipsos-global-advisor.pdf> (dostęp: 08.08.2018).

13 Ibidem.

14 Ibidem.

źródeł informacji medycznej. Pacjenci mogą napotykać trudności ze znalezieniem odpowiednich źródeł informacji na interesujące ich tematy związane z ochroną zdrowia, nie mogąc odnaleźć się w gąszczu dostępnych materiałów i nie potrafiąc zweryfikować ich wiarygodności.

Identyfikacja potrzeb w zakresie kompetencji zdrowotnych

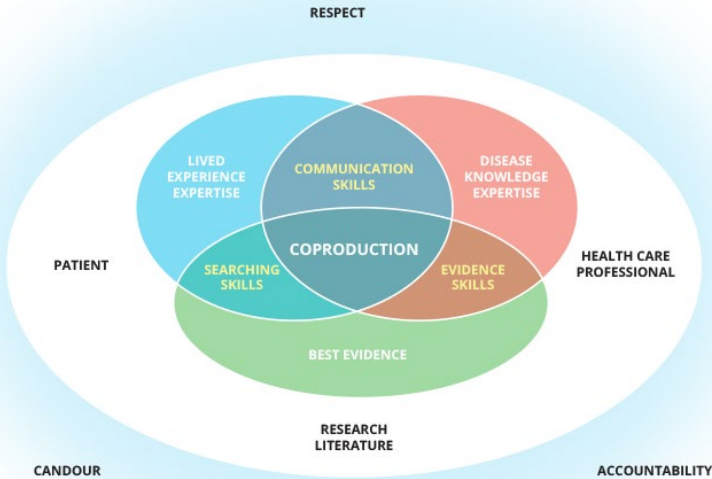
Podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia pacjenta wymaga:

- dostępu do stosownych informacji,
- umiejętności analizy informacji,
- zrozumienia jak informacje odnoszą się do sytuacji konkretnego pacjenta,
- określenia preferencji i priorytetów pacjenta,
- wyważenia powyższych czynników,
- podjęcia na tej podstawie świadomej decyzji.

Czynniki te mogą być podsumowane w rozszerzonej wersji „triady medycyny opartej na dowodach (EBM)” opracowanej przez Davida L. Sacketta¹⁵ (rysunek 1. a następnej stronie).

15 Byatt K., Chapman S., Being patient with EBM. *“Just because we can, doesn't mean we should”* – supporting informed decision-making, <http://www.evidentlycochrane.net/being-patient-with-ebm-supporting-informed-decision-making/> (dostęp: 08.08.2018).

Rysunek 1. Rozszerzona wersja triady medycyny opartej o dowodach (EBM)



Źródło: Byatt K., Chapman S., Being patient with EBM. "Just because we can, doesn't mean we should" supporting informed decision-making. <http://www.evidentlycochrane.net/being-patient-with-ebm-supporting-informed-decision-making/> (dostęp: 08.08.2018).

Jak wynika z analizy rysunku 1. w ekosystemie podejmowania decyzji zdrowotnych występują interakcje pomiędzy pacjentem, pracownikiem opieki zdrowotnej (zwykle lekarzem prowadzącym terapię) oraz literaturą badawczą. Pacjent i pracownik opieki zdrowotnej posiadają pewną wiedzę i doświadczenie. Literatura badawcza jest natomiast nośnikiem i źródłem wiedzy. Pacjent opiera się o własne przeżycia i obserwacje. Personel medyczny posiada wiedzę na temat schorzenia i własne doświadczenia terapeutyczne. Literatura naukowa dostarcza najlepszych dowodów z obszaru efektywności klinicznej i bezpieczeństwa poszczególnych terapii. Owocna współpraca pacjenta z prowadzącym jego terapię pracownikiem opieki zdrowotnej wymaga odpowiednich umiejętności komunikacji poprzedzonych lekturą najlepszych dowodów naukowych przez pacjenta (tu niezbędna jest umiejętność wyszukiwania informacji) oraz personel medyczny.

W przypadku, gdy pacjent i pracownik opieki zdrowotnej posiadają odpowiednie umiejętności, stosowne doświadczenie/wiedzę i kierują się takimi wartościami jak: szacunek, odpowiedzialność i szczerść, dochodzi do podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia pacjenta.

W pewnym uproszczeniu można by stwierdzić, że w idealnej sytuacji najlepsze decyzje dotyczące kwestii zdrowotnych można podjąć, jeśli:

- pacjent (i / lub jego opiekun) oraz personel medyczny mają dostęp do najlepszych dostępnych dowodów,
- pacjent ufa i szanuje (ale jest gotów podważyć) opinię pracownika opieki zdrowotnej, który prowadzi jego terapię,
- personel medyczny jest wrażliwy na oczekiwania, lęki, preferencje i priorytety pacjenta.

Podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia pacjenta rozpoczyna się od dostępu do odpowiednich informacji. Opracowany przez organizacje pacjentów pacjentocentryczny system ochrony zdrowia wskazuje „Lepszy dostęp do informacji” jako jeden z trzech kluczowych filarów systemu (rysunek 2. na następnej stronie).

Rysunek 2. Pacjentocentryczny system ochrony zdrowia



Źródło: Fundacja „My pacjenci”.

Pacjentocentryczny model systemu ochrony zdrowia zwraca szczególną uwagę na niezaspokojone potrzeby informacyjne pacjentów w zakresie:

- implementacji systemu zarządzania w oparciu o dane,
- wdrożenia rozwiązań z obszaru e-zdrowia,
- wprowadzenia publicznego rejestru niepożądanych zdarzeń medycznych,
- wprowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej na wszystkich etapach nauczania,
- stworzenia dostępu do publicznego systemu informacji.

Implementacja systemu zarządzania w oparciu o dane oraz implementacja rozwiązań z obszaru e-zdrowia umożliwi zwiększenie efektywności działania systemu, a także poprawi sytuację pacjentów. Informatyzacja systemu ochrony zdrowia okazała się jednak trudnym zadaniem. Wprowadzenie zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej na każdym etapie nauczania zapewni rozwinięcie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa oraz pozwoli na nabycie podstawowych umiejętności poruszania się w systemie ochrony zdrowia. Jest to niezwykle wartościowa inicjatywa, o jak się zdaje umiarkowanym stopniu trudności i koszcie wdrożenia i powinna zostać poddana pod rozagę decydentów. Istotnym działaniem, które może przynieść znaczne korzyści, a jest związane z relatywnie niskim kosztem oraz stosunkowo krótkim czasem implementacji jest również wdrożenie publicznego systemu informacji dla pacjentów.

1.1. Konieczność rozwoju systemu dostępu do rzetelnych informacji z obszaru ochrony zdrowia

Zbudowanie kompleksowego, publicznego systemu informacji i wsparcia wychodzącego naprzeciw potrzebom pacjentów przyniesie wymierne korzyści dla całego systemu. Jest potrzebne i szczególnie zasadne z uwagi na:

- ograniczone finansowanie oraz narastanie kosztów w opiece zdrowotnej,
- niedobory kadrowe personelu medycznego,
- rozwój systemów informatycznych,
- niezadowolające wyniki zdrowotne i efekty leczenia,

- rosnącą skalą zjawiska samoleczenia pacjentów,
- brak funkcjonującego systemu opieki farmaceutycznej,
- wzrost roli mediów społecznościowych (*social media*) w pozyskiwaniu informacji o zdrowiu.

Ograniczone finansowanie oraz narastanie kosztów w opiece zdrowotnej

Pomimo, iż po raz pierwszy od wielu lat podjęto decyzję o znaczącym zwiększeniu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia do poziomu 6% PKB w 2024 r.¹⁶ (wykres 2. poniżej), system ochrony zdrowia będzie musiał zmierzyć się z wyzwaniami związanymi z narastaniem kosztów opieki.

Wykres 2. Wzrost udziału wydatków na finansowanie ochrony zdrowia w stosunku do PKB

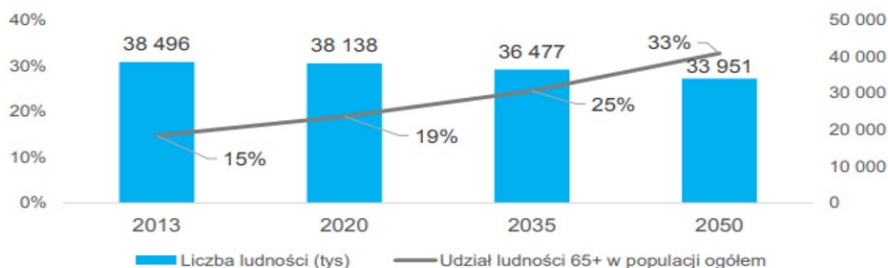


Źródło: Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2018 poz. 1532.

Wzrost kosztów opieki zdrowotnej związany jest z rosnącym popytem na świadczenia zdrowotne wynikającym z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa oraz wydłużeniem oczekiwanej długości życia. W roku 2035 co czwarty, a w 2050 co trzeci Polak przekroczy 65 rok życia. Według prognoz liczba seniorów w roku 2050 wyniesie ponad 11 mln (wykres 3. a następnej stronie).

¹⁶ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2018 poz. 1532.

Wykres 3. Liczba ludności Polski oraz udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013-2050



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1.5.html> (dostęp: 15.07.2018).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na zwiększenie zużycia zasobów ochrony zdrowia są rosnące koszty terapii, które wynikają m.in. z wprowadzania na rynek coraz bardziej zaawansowanych terapii, coraz bardziej przewlekłego charakteru i procesu terapeutycznego wielu chorób oraz wzrostu oczekiwań pacjentów w stosunku do dostępności innowacyjnych terapii¹⁷. Konieczne jest zatem nieustanne podnoszenie efektywności systemu ochrony zdrowia. Szansą na wzrost wydolności systemu jest zaangażowanie pacjentów w ochronę swojego zdrowia, również poprzez łatwy dostęp do informacji z tego zakresu.

Niedobory kadrowe personelu medycznego

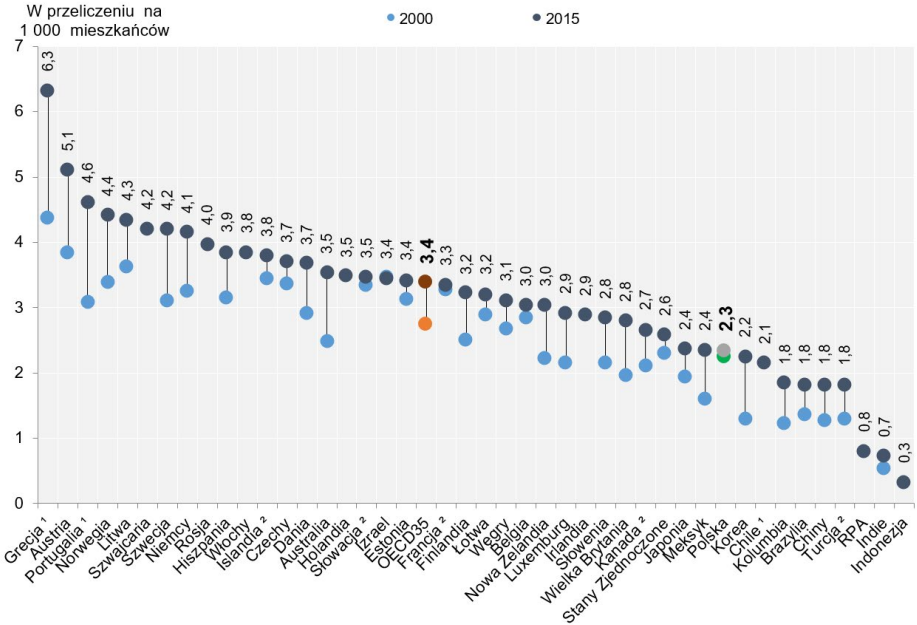
Polskę charakteryzuje niska ilość personelu medycznego, w szczególności lekarzy oraz pielęgniarek.

W 2015 r. liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców wynosiła 2,3, co kształtowało się znacznie poniżej średniej krajów OECD - 3,4. Był to również najniższy wskaźnik spośród wszystkich krajów europejskich uwzględnionych w badaniu OECD (wykres 4. na następnej stronie).

¹⁷ Polityka Lekowa Państwa 2018-2022, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018 r., s. 12.

Istnieją uzasadnione obawy, iż w nadchodzących latach zjawisko niedoborów kadrowych lekarzy będzie się pogłębiało. Jest to po części związane z liczbą absolwentów kierunków lekarskich uczelni medycznych, która kształtuje się poniżej średniej krajów OECD. W 2015 r. w krajach OECD uczelnie medyczne ukończyło średnio 12 absolwentów w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, podczas gdy w Polsce było to nieco ponad 10. Polska jest również jednym z krajów o najniższym udziale lekarzy wykształconych poza jej granicami (1,8 % - Polska vs 16,9% - średnia krajów OECD)¹⁸. Jednocześnie wciąż obserwowane jest zjawisko emigracji zarobkowej lekarzy.

Wykres 4. Liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015



Źródło: OECD Health Statistics 2017

18 OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

1. Dane odnoszą się do wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, co skutkuje dużym przeszacowaniem liczby zawodowo czynnych lekarzy (na przykład około 30% w Portugalii)

2. Dane obejmują nie tylko lekarzy zapewniających bezpośrednią opiekę nad pacjentami, ale także tych, którzy pracują w sektorze zdrowia jako menedżerowie, nauczyciele, naukowcy itp. (Dodając kolejne 5-10% lekarzy).

Czynnikiem potęgującym obawy, że liczba lekarzy w nadchodzących latach będzie się zmniejszała jest również zaawansowany, średni wiek lekarzy i związany z tym proces przechodzenia na emeryturę. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w maju 2018 r. czynnych zawodowo było 134 865 lekarzy oraz 36 513 lekarzy dentyistów. Prawie 25% lekarzy i 20% lekarzy dentyistów osiągnęło już wiek emerytalny¹⁹.

Trzeba zauważyć, że w polskim systemie ochrony zdrowia występuje również zjawisko niewystarczającej liczby pielęgniarek, które mogłyby stanowić profesjonalne wsparcie lekarzy w zakresie działań profilaktycznych czy edukacyjnych prowadzonych w środowisku pacjentów. W przeliczeniu na 1 000 mieszkańców liczba pielęgniarek w Polsce jest znacząco niższa od średniej krajów OECD (5,2 - Polska vs 9,0 – średnia OECD). Podobnie jak w przypadku lekarzy, liczba absolwentów uczelni kierunkowych jest poniżej średniej (32,1 - Polska vs 46,0 - średnia krajów OECD)²⁰, a wiek statystycznej pielęgniarki jest również zaawansowany. Wskazuje to, iż zjawisko niedoborów kadrowych pielęgniarek również będzie się pogłębiało.

Niedobory kadrowe personelu medycznego są przyczyną utrudnionego dostępu do lekarzy i pielęgniarek. Okres oczekiwania na konsultacje lekarskie jest wydłużony, zaś podczas wizyty pacjenci nie zawsze uzyskują wyczerpującą informację, pozwalającą im zrozumieć istotę zdiagnozowanego schorzenia, jak również zasadę działania przepisanych leków. Z uwagi na wysokie obciążenia administracyjne, brakuje czasu na pogłębioną dyskusję z pacjentem i zrozumienie jego oczekiwań w stosunku do ordynowanej terapii. Pacjenci poszukują więc zwykle informacji dotyczących zdrowia we własnym zakresie.

19 *Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Lekarze-emeryci-ratuja-system-przed-kadrowa-katastrofa,186085,1.html> (dostęp: 01.08.2018).

20 OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, op. cit.

Rozwój systemów informatycznych

Na przestrzeni ostatniej dekady w Polsce zostało wdrożonych wiele istotnych z punktu widzenia pacjentów systemów informatycznych z obszaru ochrony zdrowia. Trwają prace nad implementacją kolejnych. Słabością pozostaje nadal niska świadomość istnienia dostępnych systemów wśród pacjentów, ich niedostateczne rozpowszechnienie, fragmentaryczność i brak interoperacyjności, czyli wzajemnej współpracy i wymiany informacji pomiędzy systemami. Wyzwanie stanowi również ich wciąż ograniczona funkcjonalność.

W ostatnim okresie prace w obszarze tak zwanego e-Zdrowia zostały zintensyfikowane. Od lutego 2018 r. trwa pilotażowy program e-recepty. W sierpniu 2018 r. w życie weszła nowelizacja przepisów dotyczących wprowadzania Internetowego Konta Pacjenta.

Informatyzacja systemu opieki zdrowotnej wpłynie na podniesienie efektywności systemu i osiągnięcie dodatkowych efektów zdrowotnych pacjentów m.in. poprzez gromadzenie i udostępnianie danych, które powinny stać się filarem rozwoju kompleksowego, spójnego systemu dostępu do rzetelnych informacji z obszaru ochrony zdrowia.

Niezadawalające wyniki zdrowotne i efekty leczenia

Ograniczona efektywność leczenia, rozumiana jako nieosiągnięcie pożądanego efektu zdrowotnego, może być związana z brakiem świadomości i zaangażowania pacjentów w ochronę swojego zdrowia i proces terapeutyczny, który może wynikać z niezadawalającego dostępu do odpowiednich informacji. Skutkuje to niepodejmowaniem działań prozdrowotnych, późną diagnostyką lub też niestosowaniem się do zaleceń lekarskich.

W przypadku niektórych schorzeń pacjenci trafiają do lekarza zbyt późno, kiedy proces chorobowy jest już zaawansowany. Dostęp do wiarygodnych informacji z obszaru ochrony zdrowia oraz wysokie kompetencje zdrowotne pacjentów umożliwiają wczesną identyfikację niepokojących objawów oraz podjęcie terapii bez zbędnej zwłoki, co często pozwala na szybki powrót do zdrowia.

Szczególne wyzwanie stanowi kwestia przestrzegania zaleceń lekarskich, a w szczególności systematycznego przyjmowania leków. Obserwacje wskazują, że w niektórych chorobach przewlekłych, na przykład w nadciśnieniu tętniczym, połowa pacjentów przerywa rozpoczętą terapię w ciągu roku²¹. Jest to charakterystyczne dla schorzeń, które przebiegają bez nasilonych objawów. Pacjenci nieposiadający wystarczającej wiedzy na temat swojej choroby mogą zakładać, że brak objawów oznacza, iż leczenie nie jest konieczne. W konsekwencji prowadzi to do powikłań, które mogą być wyeliminowane lub ograniczone poprzez dostęp do efektywnego systemu informacji i wsparcia pacjenta.

Wyedukowany pacjent, mający szybki i łatwy dostęp do wiarygodnych informacji dotyczących schorzenia jest bardziej skłonny do zaangażowania w swój proces terapeutyczny i przejęcia odpowiedzialności za efekty zdrowotne leczenia. Tym samym ma on większe szanse na uzyskanie zadowalających wyników terapii, co zmniejsza zużycie zasobów ochrony zdrowia.

Rosnąca skala zjawiska samoleczenia pacjentów

Samoleczenie może być rozumiane zarówno w wąskim znaczeniu jako stosowanie produktów leczniczych dostępnych bez recepty (*self-medication*), jak również i w szerszym jako dbanie o samego siebie (*self-care*), czyli inaczej samoopieka²².

Z perspektywy systemu ochrony zdrowia jak również zdrowia indywidualnych pacjentów samoleczenie niesie ze sobą wiele korzyści. Produkty farmaceutyczne dostępne bez recepty (over the counter - OTC) umożliwiają łagodzenie objawów przemijających schorzeń i dolegliwości oraz generują oszczędności po stronie płatnika związane z brakiem konsultacji lekarza oraz terapią produktami pełnopłatnymi. Produkty OTC oraz suplementy diety przynoszą również zagrożenia związane z potencjalnymi interakcjami lub też ich nieuzasadnionym względami medycznymi nadmiernym stosowaniem.

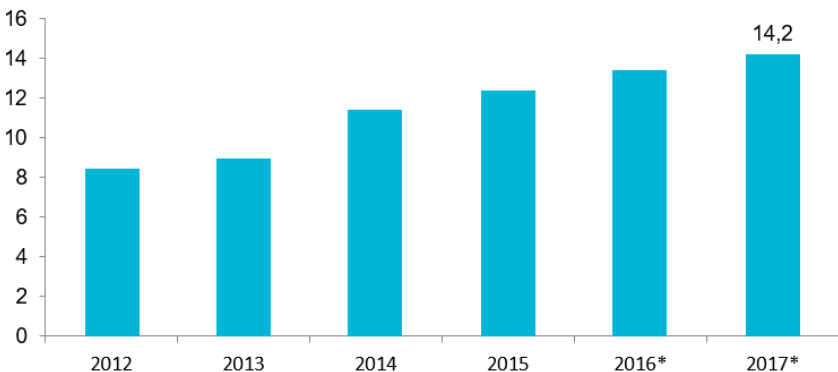
21 *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, pod red. prof. dr hab. n. med. Z. Gaciong, prof. dr hab. n. med. P. Kardas, Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015, s. 17.

22 *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, pod red. K. Krajewski-Siuda, Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016 s. 10.

W powszechnym odbiorze leki dostępne w aptekach bez recepty i suplementy diety są w pełni bezpieczne, dlatego też przyjmowanie różnych produktów o statusie OTC lub też łączenie leków dostępnych na receptę z produktami wydawanymi bez przepisu lekarza często nie budzi większych wątpliwości pacjentów. Może to prowadzić jednak do polipragmazji²³.

W ostatnich latach obszar samoleczenia w Polsce znacznie się rozwinął. Wynika to zarówno z wyższej świadomości zdrowotnej społeczeństwa, ograniczonego dostępu do konsultacji lekarskich, jak również działań promocyjnych producentów produktów dostępnych w aptekach bez recepty. Na przestrzeni ostatnich lat wartość segmentu produktów dostępnych bez recepty w aptekach (w tym: leki, suplementy diety, artykuły medyczne oraz kosmetyki apteczne) dynamicznie wzrastała (wykres 5. poniżej). Rośnie również udział produktów OTC w strukturze całego rynku farmaceutycznego. Oznacza to, że Polacy coraz częściej wybierają produkty dostępne bez recepty. W 2017 r. wydaliśmy na nie ponad 14 mld zł.

Wykres 5. Wartość segmentu produktów dostępnych bez recepty w aptekach ogólnodostępnych, ceny detaliczne brutto, mld zł



*zawierają również sprzedaże w kanale aptek internetowych

Źródło: Raporty opracowane przez IQVIA na temat rynku leków OTC w Polsce, dostępne na stronie PASMI, <https://pasm.pl/rynek-otc/> (dostęp 02.08.2018).

²³ Polipragmazja to równoczesne zażywanie wielu leków bez znajomości mechanizmów ich działania oraz występujących między nimi interakcji, lub zażywanie przynajmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań. Wiąże się ona ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia interakcji lekowych.

Oprócz potrzeb zdrowotnych pacjenta, wpływ na sprzedaż produktów dostępnych w aptece bez recepty ma reklama. Wydatki na promocję wszystkich monitorowanych produktów dostępnych w aptekach bez recepty prowadzoną w mediach w okresie 12 miesięcy (03/2017- 02/2018) wyniosły prawie 2 mld zł i odnotowały blisko 16% wzrost w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego²⁴. Istotnym aspektem jest również wiarygodność przekazu reklamowego. Sugerowanie, iż osoby występujące w reklamach to lekarze lub farmaceuci oraz przypisywanie suplementom diety właściwości leczniczych wprowadza pacjentów w błąd²⁵.

Osobną kwestią jest dostępność profesjonalnej porady w zakresie farmakoterapii. Jakkolwiek szeroka dostępność wybranych produktów dostępnych bez recepty, również w sklepach ogólnodostępnych, jest zjawiskiem pozytywnym, klienci nie mogą tam liczyć na konsultację farmaceuty w zakresie działań niepożądanych czy potencjalnych interakcji, co także może prowadzić do polipragmazji.

W przypadku procesu samoleczenia, w którym pacjent inicjuje i kieruje swoją terapią, biorąc pełną odpowiedzialność za jej przebieg, wyniki oraz konsekwencje zdrowotne, dostęp do wiarygodnych źródeł informacji jest szczególnie istotny. Decyzje zdrowotne w obszarze samoleczenia powinny być podejmowane poprzez wyedukowanych pacjentów, posiadających wysoko rozwinięte kompetencje zdrowotne, którzy po zapoznaniu się z rzetelnymi informacjami podejmują na ich podstawie świadome decyzje.

Brak funkcjonującego systemu opieki farmaceutycznej

Pomimo iż, wprowadzenie opieki farmaceutycznej jest wspierane przez środowiska medyczne i postrzegane jako wiążące się z licznymi korzyściami dla pacjentów, jak dotąd nie udało się wypracować spójnego stanowiska i stworzyć harmonogramu prac zmierzających do jej wdrożenia.

Opieka farmaceutyczna może obejmować szeroki katalog usług oferowanych pacjentom począwszy od przeglądów lekowych, świadczenia drobnych usług takich jak pomiar

²⁴ *Polityka Lekowa Państwa 2018-2022*, op. cit., s. 33.

²⁵ *Ibidem*, s. 37.

ciśnienia czy poziomu glukozy, aż po poradnictwo np.: z zakresu szczepień ochronnych, poruszania się w systemie ochrony zdrowia czy nawet kontroli procesu terapeutycznego chorób przewlekłych.

Włączenie zawodu farmaceuty w opiekę nad pacjentem nie tylko w aptece, w placówkach opieki zdrowotnej, lecz również w ramach portali i infolinii dotyczącej rozwiązywania prostych problemów zdrowotnych bez pomocy lekarza, stanowiłoby istotne wsparcie w sytuacji niedoborów kadrowych personelu medycznego oraz ograniczonych zasobów systemu ochrony zdrowia.

Wzrost roli mediów społecznościowych (*social media*) w pozyskiwaniu informacji o zdrowiu

Najpopularniejszymi serwisami społecznościowymi w Polsce są Facebook oraz YouTube. Z platformy Facebook korzysta ponad 22 mln realnych użytkowników miesięcznie, z YouTube - blisko 20 mln²⁶. Korzystanie z portali społecznościowych rośnie w większości państw członkowskich Unii Europejskiej, szczególnie jednak w Polsce. Badanie Euromonitor przeprowadzone w 2017 r. wykazało w Polsce wzrost o +11 punktów procentowych w stosunku do badania zrealizowanego w roku poprzednim²⁷. Był to największy wzrost spośród wszystkich badanych krajów.

Coraz większa liczba Polaków interesuje się informacjami dotyczącymi zdrowia, które są udostępniane przez media społecznościowe. W mediach społecznościowych użytkownicy najczęściej szukają rekomendacji w sprawie suplementów diety i opinii o lekarzach²⁸. Treści publikowane za ich pośrednictwem mogą mieć wiarygodny charakter, w większości są jednak oparte o własne doświadczenia, a więc studium przypadku, przez co ich wartość poznawcza jest znacznie ograniczona.

26 Facebook nie ma sobie równych w Polsce. Tak wypadamy na tle reszty świata, <https://businessinsider.com.pl/media/internet/najpopularniejsze-serwisy-spoecznościowe-w-polsce-i-na-swiecie/m9gkxsls> (dostęp 03.08.2018).

27 Standard Eurobarometer 88. Media use in the European Union. Report, European Commission 2018, p. 18.

28 Media społecznościowe coraz częściej zamiast porady lekarskiej, <https://www.prawo.pl/zdrowie/media-spoecznościowe-coraz-częściej-zamiast-porady-lekarskiej,238089.html> (dostęp: 05.08.2018).

1.2 Wyzwania związane z wprowadzaniem systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli

Zaprojektowanie i wprowadzenie kompleksowego, przyjaznego systemu informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej, z którego chętnie skorzystają pacjenci, będzie wymagało podjęcia wyzwań związanych z potrzebą:

- autoryzowania informacji dla pacjentów,
- nadzoru nad jakością informacji o zdrowiu przekazywanych przez instytucje publiczne,
- kontroli informacji w mediach społecznościowych,
- tworzenia „zachęt” dla pacjentów np. wygoda, znaczna oszczędność czasu,
- uwzględnienia preferencji i różnorodnych potrzeb użytkowników, w szczególności osób starszych.

Autoryzowanie informacji dla pacjentów

Informacje kierowane do pacjentów powinny być poddawane wnikliwej ocenie merytorycznej przez ekspertów z wybranych dziedzin związanych z ochroną zdrowia. Zapewni to rzetelny i wiarygodny przekaz, zgodny z najnowszą wiedzą medyczną, jak również dostosowanie materiału do możliwości poznawczych odbiorcy (forma, język, etc.). W oparciu o doświadczenia angielskiego odpowiednika NFZ - *National Health Fund (NHF)* rekomendowane jest wprowadzenie systemu certyfikacji zasobów wiedzy udostępnianych przez instytucje i organizacje zajmujące się ochroną zdrowia, który mógłby być wzorowany na angielskim systemie *The Information Standard* (rysunek 3.).

Rysunek 3. Znak jakości materiałów informacyjnych z obszaru ochrony zdrowia



Źródło: National Health Fund.

The Information Standard stanowi odpowiedź na mnogość informacji z obszaru zdrowia, które są publicznie dostępne w Wielkiej Brytanii. Instytucje, które publikują informacje dotyczące obszaru zdrowia mogą przystąpić do inicjatywy *The Information Standard*. W tym celu muszą wykazać, że spełniają wymagania opisane w ramach sześciu filarów opracowywania materiałów dla pacjentów, które obejmują:

1. Proces przygotowywania informacji – istnienie zdefiniowanego i udokumentowanego procesu tworzenia wysokiej jakości informacji.
2. Źródła dowodów - korzystanie wyłącznie z najbardziej aktualnych, odpowiednich i godnych zaufania źródeł.
3. Zaangażowanie użytkowników - zrozumienie użytkowników i testowanie informacji przez odbiorców.
4. Produkt końcowy – potwierdzenie, że materiał został przygotowany zgodnie z procesem i spełnia wymagania jakościowe.
5. Opinia - odpowiedzialne zarządzanie komentarzami / skargami.
6. Recenzja – planowane i regularne ocenianie materiałów i prawidłowości procesu.

Po uzyskaniu certyfikatu organizacje mogą zamieszczać informacje o spełnieniu kryteriów jakości publikowanych przez nie treści²⁹.

Wdrożenie procesu autoryzacji zasobów wiedzy i materiałów skierowanych do pacjentów poprawi jakość publicznie dostępnych informacji o zdrowiu i będzie stanowiło istotne wsparcie dla pacjentów, którzy w szybki i przejrzysty sposób będą mogli weryfikować wiarygodność udostępnianych treści z obszaru ochrony zdrowia.

Nadzór nad jakością informacji o zdrowiu przekazywanych przez instytucje publiczne

Wysoka jakość informacji dotyczących zdrowia jest szczególnie istotna w przypadku

²⁹ *What does having The Information Standard quality mark mean?*, <https://www.england.nhs.uk/tis/about/description/> (dostęp: 03.08.2018).

publikowania treści przez instytucje publiczne, które z racji pełnionej funkcji są przez pacjentów postrzegane jako działające w interesie społecznym i przez to bardziej wiarygodne. Pacjenci są bardziej skłonni do przyjmowania takich informacji za prawdziwe, bez konieczności ich dalszej weryfikacji. Podawanie nieścisłych czy wprowadzających w błąd informacji przez instytucje państwowe może być społecznie szkodliwe. Z tego względu warto w Polsce rozpocząć budowanie systemu autoryzacji i certyfikacji materiałów z obszaru ochrony zdrowia kierowanych do pacjentów od instytucji publicznych.

Kontrola informacji w mediach społecznościowych

Ze względu na rosnącą aktywność internautów w mediach społecznościowych oraz na forach, i związanym z tym przedmiotowym zjawiskiem oczekiwanego wzrostu nieprofesjonalnego poradnictwa zdrowotnego istnieje potrzeba podjęcia działań prewencyjnych w tym obszarze. Polegać mogą one m.in. na rozwijaniu systemu dostępu do rzetelnych informacji z obszaru ochrony zdrowia oraz kompetencji zdrowotnych społeczeństwa, certyfikowaniu rzetelnych zasobów wiedzy i na włączeniu ekspertów oraz personelu medycznego w komunikację społecznościową na większą skalę³⁰. Zasadna jest okresowa analiza najpopularniejszych treści z obszarów zamieszczanych w mediach społecznościowych i w razie potrzeby ustosunkowywanie się do nich w materiałach znajdujących się w publicznym systemie informacji o zdrowiu oraz systemie opieki zdrowotnej.

Tworzenie „zachęt” dla pacjentów

Pacjenci mogą być początkowo nieufni i niechętnie korzystać z informacji, które z upływem czasu będą stanowiły uzupełnienie lub alternatywę tradycyjnej wizyty lekarskiej. Warto więc nieustannie podkreślać zalety korzystania z systemu informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej, które będą najlepszą „zachętą” dla pacjentów. Z perspektywy pacjenta najistotniejsze korzyści związane są z wygodą oraz znaczną oszczędnością czasu.

30 *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, op. cit., s. 46.

Istotne jest utrzymanie wysokiej jakości informacji oraz świadczonych usług zdrowotnych, aby zapewnić pozytywne doświadczenie użytkowników i skłonić ich do ponownego skorzystania z zasobów systemu. Dodatkowym atutem może być również koordynacja opieki nad pacjentem.

Uwzględnienie preferencji i różnorodnych potrzeb użytkowników, w szczególności osób starszych

Z uwagi na zmieniającą się strukturę demograficzną, a w szczególności postępujący proces starzenia się społeczeństwa w Polsce, preferencje i potrzeby różnych grup odbiorców, a w szczególności seniorów, powinny być brane pod uwagę na etapie projektowania systemu informacji z obszaru ochrony zdrowia. Należy zwrócić szczególną uwagę na:

- 1.** Różnorodność dostępnych kanałów komunikacji i mediów i uwzględnienie ich ograniczeń.

Osoby starsze nie zawsze chętnie korzystają z informacji on-line. System powinien uwzględniać możliwość konsultacji telefonicznej, choć informacje przekazywane w tej formie z natury rzeczy są mniej dogłębne niż źródła elektroniczne. Źródła drukowane również posiadają pewne ograniczenia związane chociażby z ich statycznym charakterem. Nie pozwalają na przykład na sprawdzenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Jednocześnie zmieniają się zachowania i preferencje młodszych pacjentów np.: większość Polaków posiada smartfony i chętnie wykorzystuje urządzenia mobilne do korzystania z zasobów Internetu.

- 2.** Dostosowanie przekazu do możliwości poznawczych użytkowników systemu.

Rekomendowane jest stosowanie zrozumiałego języka, który nie będzie obfitywał w terminy medyczne oraz prostej nawigacji. Przyjazne i czytelne strony są doceniane przez wszystkich użytkowników.

- 3.** Uwzględnienie ograniczeń, z którymi mogą borykać się osoby starsze lub związanych na przykład ze słabym wzrokiem lub słuchem.

- 4.** Dotarcie do osób starszych/niepełnoletnich również poprzez ich opiekunów dzięki przygotowaniu skierowanych do nich treści.

2. Doświadczenia międzynarodowe dotyczące systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli

Rozwój systemu dostępu do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej jest możliwy dzięki tworzeniu społeczeństwa informacyjnego. W 2000 r. na szczycie Rady Europejskiej w Lizbonie przyjęto strategię, której głównym celem było przygotowanie Unii Europejskiej (UE) do wyzwań związanych z nadejściem nowego stulecia i osiągnięcie przez gospodarkę UE do 2010 roku pozycji najbardziej konkurencyjnej gospodarki świata³¹. Należy podkreślić, że istotną rolę w osiągnięciu tego celu miała odegrać budowa społeczeństwa informacyjnego, a więc Technologie Informacyjne i Komunikacyjne (*ICT – Information and Communication Technology*)³². Priorytety Strategii Lizbońskiej z zakresu społeczeństwa informacyjnego były zamieszczane w planach działania (*action plans*), które zapisywano w dokumentach „eEurope”. Była to inicjatywa Komisji Europejskiej, która miała stanowić polityczny impuls dla rozwoju społeczeństwa informacyjnego. Pierwszym ważnym dokumentem był dokument „eEurope 2002 – *An Information Society For All*”. W dokumencie tym zwrócono uwagę na bezpieczeństwo Internetu, zwiększenie dostępności do Internetu obywateli z jak największego obszaru UE, obniżenie cen na rynku usług telekomunikacyjnych oraz zwiększenie wykorzystania sieci przez środowiska naukowe Europy, które pozwoliłoby na dzielenie się i wymianę danych w krótszym czasie³³.

Warto zwrócić uwagę na zapisy Komunikatu Komisji Europejskiej dotyczące wyzwań

31 *Lisbon European Council. 23 and 24 March 2000. Presidency Conclusions*, http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm# (dostęp: 25.07.2018).

32 Czerwińska E., *Strategia Lizbońska*, Biuro Studiów i Ekspertyz, nr 1111/2004, s. 1.

33 *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament - eEurope 2002: Impact and Priorities. A communication to the Spring European Council in Stockholm*, 23-24 March 2001, COM(2001) 140 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52001DC0140> (dostęp: 25.07.2018).

stojących przed Europejskim Społeczeństwem Informacyjnym po roku 2005. Zgodnie z tymi zapisami rządy poszczególnych krajów UE są ważnymi dostawcami usług ICT oraz ich użytkownikami. Rządy te powinny stosować własne polityki w zakresie wspierania najnowocześniejszych produktów i usług oraz zwiększania oferty usług on-line (eGovernment, eHealth, eLearning, itp.), w celu promowania większej skuteczności i efektywności sektora publicznego i przy jednoczesnym dostosowywaniu usług on-line do konkretnych potrzeb zarówno przedsiębiorstw, jak i obywateli³⁴. Upowszechnianie technologii informacyjno-komunikacyjnych w UE jest więc głównym czynnikiem podniesienia wydajności i konkurencyjności. Wpływa również na powstawanie nowych rodzajów usług skierowanych do indywidualnych odbiorców i organizacji. Trzeba zauważyć, że efektywne świadczenie usług publicznych z zastosowaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych – w szczególności usług z zakresu eZdrowia, przyczynia się do znacznego potencjału wzrostu gospodarczego oraz tworzenia nowych usług³⁵.

Należy podkreślić, że UE jest koordynatorem interdyscyplinarnych działań w dziedzinach powiązanych ze zdrowiem i wspiera stosowanie technologii informacyjnych oraz komunikacyjnych w opiece zdrowotnej. Kraje UE powinny dążyć do osiągnięcia m.in. następujących celów: stworzenie struktury elektronicznych kartotek dzięki normalizacji zmierzającej do wymiany sprawdzonych rozwiązań, utworzenie sieci informacji łączącej punkty opieki zdrowotnej w celu koordynowania reakcji na zagrożenia dla zdrowia, zapewnienie usług zdrowotnych on-line, takich jak informacje na temat zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom, telekonsultacje oraz wypisywanie recept i zwrot kosztów drogą elektroniczną. Warto zauważyć, że systemy opieki zdrowotnej w Europie stoją przed wspólnymi problemami. Do problemów tych należą m.in.: starzenie się społeczeństwa, współwystępowanie wielu chorób, niedobór kadry medycznej oraz rosnące obciążenie chorobami niezakaźnymi, którym można zapobiegać, spowodowanymi takimi czynnikami ryzyka jak tytoń, alkohol i otyłość, a także inne choroby, w tym choroby neurodegeneracyjne i choroby rzadkie. Problemy te powinny być rozwiązywane wspólnie. W tym celu Komisja Europejska współpracuje z państwami członkowskimi, władzami regionalnymi i innymi zainteresowanymi stronami, aby wykorzystać potencjał innowacyjnych rozwiązań, takich

34 *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social committee and the Committee of the Regions - Challenges for the European Information Society beyond 2005*, COM(2004) 757 final, p. 6.

35 Sikorski L., *Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość*, Przewodnik Lekarza, nr 2/2007, s. 248.

jak technologie cyfrowe czy też analiza danych. Komisja zapewnia swoje wsparcie przez finansowanie i działania promujące współpracę w zakresie polityki oraz wymianę dobrych praktyk³⁶.

Rozwiązania cyfrowe w zakresie opieki zdrowotnej mogą przynieść znaczące korzyści całemu społeczeństwu, dzięki poprawie dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości, skoncentrowaniu systemu opieki zdrowotnej na potrzebach pacjenta oraz poprawie skuteczności i wydajności funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia.

Zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w opiece zdrowotnej w krajach UE występuje na największą skalę w Skandynawii. Zgodnie z opublikowanym przez firmę KPMG rankingiem przejrzystości systemów opieki zdrowotnej, najbardziej przejrzysty system opieki zdrowotnej na świecie występuje w Danii. Tuż za nią są kraje półwyspu skandynawskiego³⁷. Należy podkreślić, że Dania jest światowym liderem w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia i posiada najbardziej zaawansowane systemy informacyjne związane ze zdrowiem. W tym kraju system technologii teleinformatycznych został w pełni wdrożony w podstawowej opiece zdrowotnej³⁸. Rozwój usług teleinformatycznych w Danii trwa ponad 20 lat. Decyzja o wprowadzeniu elektronicznego systemu obiegu dokumentów medycznych została podjęta po przeprowadzonych wcześniej badaniach, które wykazały, że ponad 30% czasu pracy lekarza to czas przeznaczony na wypisywanie dokumentów³⁹. Komunikacja pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu opieki zdrowotnej opiera się na transmisji cyfrowej obrazu, dźwięku lub tekstu przy użyciu narzędzi DHDN (*Danish Health Data Network* - Duńska Medyczna Sieć Danych). Podstawowym wymogiem jest dostępność do bazy danych w żądanym czasie i miejscu. Transmisja danych odbywa

36 *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym; wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa*, Komisja Europejska, Bruksela, 25.04.2018 COM(2018) 233 final, s. 3.

37 *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*, KPMG <https://home.kpmg.com/content/dam/kpmg/nz/pdf/April/through-the-looking-glass-healthcare-transparency-kpmg-nz.pdf> (dostęp: 05.08.2018).

38 De Rosi S., Seghieri Ch., *Basic ICT adoption and use by general practitioners. An analysis of primary care systems in 31 European countries*, vol. 15/2015, p. 70.

39 *Dania. Dane pacjentów sprzed 35 lat są online*, <https://gazetalekarska.pl/?p=4494> (dostęp: 05.08.2018).

się musi bez występowania błędów, a przesyłane dane muszą być w odpowiedni sposób zabezpieczone. Należy podkreślić, że wszystkie podmioty systemu ochrony zdrowia mają wzajemny dostęp do DHDN⁴⁰. Wszyscy lekarze ogólni i szpitale używają elektronicznej dokumentacji medycznej i mogą wymieniać się danymi z podmiotami w innych częściach systemu. Poza tym wszystkie recepty są dostarczane elektronicznie do aptek. Komunikacja pomiędzy obywatelami i sektorem ochrony zdrowia również odbywa się tą samą drogą, włączając skierowania, pisma formalne i umawianie wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz w niektórych szpitalach.

Najważniejszymi przedsięwzięciami z zakresu zastosowania ICT w systemie ochrony zdrowia w Danii są *MedCom* oraz *Sundhed*. MedCom to organizacja odpowiedzialna za zarządzanie i rozwój infrastruktury teleinformatycznej w imieniu dostawców opieki zdrowotnej. Powstała ona w 1994 r. i tworzy ogólnokrajową sieć teleinformatyczną. Początkowo była ona platformą do wymiany informacji wyłącznie dla lekarzy pierwszego kontaktu. Z czasem rozbudowana została tak, aby mogły z niej także korzystać m.in. szpitale i kliniki, przychodnie, apteki, laboratoria i władze lokalne. Najnowszą funkcją wprowadzoną do sieci jest możliwość międzynarodowej wymiany informacji medycznych – *MedCom International*⁴¹. Do najważniejszych narzędzi opracowanych w ramach MedCom należy zaliczyć: elektroniczną receptę, statystykę medyczną, elektroniczne zlecenia leków, udostępnienie epikryz, dostęp do archiwum historii choroby, elektroniczne skierowania na badania laboratoryjne i udostępnianie wyników, teleradiodiagnostykę, udostępnianie danych władzom lokalnym oraz zarządzanie elektronicznymi publikacjami medycznymi⁴².

Sundhed to ogólnokrajowy medyczny serwis informacyjny gromadzący informacje medyczne, a następnie udostępniający je pacjentom oraz placówkom opieki zdrowotnej. Jego podwaliny powstały w latach 90. XX w., kiedy rozpoczęto prace nad wdrożeniem elektronicznych skierowań, recept i odbioru wyników badań. Docelowo w 2003 r. stworzono system e-zdrowie, w którym każdy mieszkaniec Danii posiada zdrowotne konto internetowe, przy pomocy którego korzysta z usług medycznych i na którym

40 Buczak-Stec E., Lemanowicz K., Mazurek M., *E-zdrowie – wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, Przegląd Epidemiologiczny, nr 65/2011, s. 111.

41 Kotowski P., *Ocena korzyści wprowadzenia rozwiązań ICT w sektorze ochrony zdrowia*, http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2009/071Kotowski.pdf (dostęp 05.08.2018).

42 Buczak-Stec E., Lemanowicz K., Mazurek M., op. cit., s. 112.

gromadzone są informacje na temat jego stanu zdrowia i prowadzonego procesu leczenia. Dzięki temu usprawniono organizację systemu opieki zdrowotnej, co znajduje odzwierciedlenie w redukcji różnych kategorii kosztów działania tego systemu (np. związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej w formie papierowej)⁴³.

Sundhed realizuje nie tylko funkcje informacyjne, ale również uruchamia specjalistyczne serwisy realizujące konkretne usługi medyczne. Dzięki specjalistycznym funkcjom *Sundhed* pacjent może przeanalizować historię choroby, odnowić receptę, komunikować się ze specjalistami medycyny poprzez wysyłanie wiadomości elektronicznych⁴⁴. Portal *Sundhed* zapewnia dostęp wszystkim obywatelom do ich własnych danych medycznych z krajowych rejestrów zdrowotnych, elektronicznych kart zdrowia, dostęp do danych o lekach. Pacjent może również zarezerwować wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, sprawdzić, która z jednostek świadczy dany typ usługi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, znaleźć informacje na temat objawów chorobowych oraz zapoznać się z prowadzonymi programami profilaktycznymi. Trzeba podkreślić, że jest to największa w Europie internetowa platforma pacjenta, z pomocą której można uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej, umówić się na wizytę lekarską lub czerpać wskazówki profilaktyczne⁴⁵. Należy zauważyć, że dostęp do portalu ma również personel medyczny, który może za jego pomocą sprawdzić wyniki badań pacjenta i historii leczenia oraz zlecić wykonanie badań laboratoryjnych a także odbiór ich wyników. Personel medyczny posiada również dostęp do medycznych baz wiedzy oraz informacji o kolejkach oczekujących na planowe przyjęcie do szpitala. W duńskim systemie zarchiwizowano dane, w tym dane szpitalne, począwszy od 1977 r. Duński system jest strategicznym narzędziem dla lekarzy, przechowuje nie tylko dokumentację medyczną i daje możliwość wystawienia e-recepty czy e-zlecenia. Zawiera także tzw. leksykon medyczny, gdzie opisane są wszystkie terapie i badania. Duńska platforma e-zdrowie zawiera leksykon farmaceutyków, z wyróżnieniem zamienników i leków generycznych⁴⁶.

43 Czerwińska M., *Narzędzia e-zdrowia jako instrumenty poprawiające dostęp do usług medycznych w regionie*, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, nr 43 (3)/2015, s. 182.

44 Fasano P., *Transforming Health Care. The Financial Impact of Technology, Electronic Tools, and Data Mining*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey 2013, p. 130.

45 Olesch A., *Synergia opieki*, *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, nr 6/2015, s. 22.

46 *Dania. Dane pacjentów sprzed 35 lat są online*, op. cit.

Każda osoba urodzona w Danii i każdy obywatel Danii posiada swój własny niepowtarzalny numer ewidencyjny (CPR). Osoby posiadające ten numer mogą otrzymać osobisty identyfikator *NemID*, który jest używany w cyfrowych kontaktach z instytucjami publicznymi, w tym instytucjami opieki zdrowotnej. Identyfikator ten umożliwia zalogowanie się na portalu *Sundhed*⁴⁷.

Rozwiązania cyfrowe w opiece zdrowotnej w Danii można zaobserwować w stosowanych na szeroką skalę aplikacjach telemedycznych. Podstawową platformą łączności telemedycznej jest w Danii zwykle interaktywna telewizja cyfrowa⁴⁸. Stosowane w Danii aplikacje medyczne pomagają zapewnić ciągłość opieki pomiędzy lekarzami rodzinnymi, szpitalami i pomocą medyczną w domu. E-rozwiązania, jak telemedycyna i portal z informacjami o zdrowiu danego pacjenta, pozwalają sytuować go w centrum uwagi i traktować podmiotowo. Przykładem może być opieka nad pacjentami, którzy cierpią na jedną lub więcej chorób przewlekłych (np. cukrzyca, schorzenia układu krążenia lub POChP). Zdalne monitorowanie stanu zdrowia tych pacjentów jest stosowane w celu uniknięcia niepotrzebnych częstych hospitalizacji. Przykładem takiego rozwiązania jest *Medisat* w Danii – tak zwana „teczka pacjenta”. Jest to przyjazne, przenośne urządzenie zawierające kamerę wideo i przycisk w celu zapewnienia stałego połączenia ze specjalistą opieki zdrowotnej i monitorowania stanu zdrowia pacjenta z POChP⁴⁹. Rozwiązanie to zostało wprowadzone w Szpitalu Uniwersyteckim w Odense. Wideokonferencja z pracownikiem opieki zdrowotnej umożliwia rozmowę z lekarzem/pielęgniarką przez Internet za pośrednictwem łącza wideo, ograniczając potrzebę wizyt w gabinecie lekarskim bądź w szpitalu. Objawy i pomiary (takie jak przepływy szczytowe i odczyty spirometrii, które badają funkcje płuc) można rejestrować dzięki dodatkowym urządzeniom podłączonym do „teczki pacjenta” (np. stetoskop elektroniczny, cyfrowy ciśnieniomierz). Umożliwia to gromadzenie ważnych informacji na temat wpływu choroby na pacjenta podczas wykonywania codziennych zajęć w domu. Pomiary można następnie przesłać do personelu medycznego, który decyduje, czy konieczne jest dalsze leczenie.

47 Aanestad M., Grisot M., Hanseth O., Vassilakopoulou P., *Information Infrastructures within European Health Care. Working with the Installed Base*, Springer, Cham 2017, p. 211.

48 Bujnowska-Fedak M., Kumięga P., Sapilak B. J., *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, *Family Medicine & Primary Care Review*, vol. 15, no. 3/2013, s. 444.

49 Minet L. R. et al., *Early telemedicine training and counselling after hospitalization in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a feasibility study*, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 15, no. 3/2015, p. 3.

Analizując dotychczasowe rozwiązania telemedycyny funkcjonujące w Danii w przypadku opieki nad pacjentami cierpiącymi na POChP trzeba podkreślić, że przy pomocy narzędzi z zakresu telemedycyny do 2019 r. planowane jest uruchomienie opieki domowej dla wszystkich pacjentów z POChP. Badania przeprowadzone podczas realizacji projektu „TeleCare Nord” wykazały, że zastosowanie rozwiązań telemedycznych w opiece nad pacjentami z POChP zmniejszy koszty korzystania z usług w opiece stacjonarnej. Korzyść ekonomiczna netto z zastosowania tych rozwiązań w okresie 5-u lat wyniesie 430.5 mln DKK (248 mln zł)⁵⁰. Można więc zaobserwować ogromny potencjał w metodach telezdrowia, a w szczególności korzyści dla pacjenta i obniżenie kosztów dla systemu.

Innym przykładem kraju, w którym zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, w tym rozwiązań cyfrowych, przyczyniło się do zwiększenia efektywności funkcjonowania systemu oraz leczenia pacjentów jest Wielka Brytania.

Wprowadzenie technologii informacyjnych i komunikacyjnych do systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii rozpoczęto w latach 90. XX wieku. Jako przykład można podać wprowadzenie w 1990 r. systemu HES (*Hospital Episode Statistics*). System ten gromadzi dane dotyczące liczby wszystkich przyjęć (planowanych i nieplanowanych), wizyt ambulatoryjnych i wizyt w ramach ostrego dyżuru w szpitalach NHS w Anglii⁵¹. Jest on oparty o rekordy, które obejmują wszystkie jednostki opieki stacjonarnej w Anglii. Informacje są przechowywane jako duży zbiór odrębnych zapisów - po jednym dla każdego okresu opieki - w bezpiecznych hurtowniach danych⁵². Należy podkreślić, że na podstawie regularnie zbieranych danych możliwe jest bardziej efektywne zarządzanie całym procesem leczenia pacjentów.

W przypadku usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii

50 *Business case for the nationwide rollout of telemedical home monitoring for citizens with COPD*, PA Consulting Group, 3 March 2017, p. 24.

51 Herbert A., Wijlaars L., Zylbersztein A., Cromwell D., Hardelid P., *Data Resource Profile: Hospital Episode Statistics Admitted Patient Care (HES APC)*, *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, issue 4/2017, p. 1093.

52 Jankowski M., Klimczak-Wieczorek A., Kloc M., Matuszewski M., Rozum J., *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, Liderzy Ochrony Zdrowia, Fundacja im. Leśława A. Pagi, Warszawa 2016, s. 13.

funkcjonuje system rezerwacji wizyty online. Pacjenci mają również możliwość rezerwacji online wizyty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki szpitalnej. Rezerwacja ta odbywa się na podstawie skierowań elektronicznych wystawionych przez lekarza rodzinnego w systemie NHS *e-Referral Service* (*e-RS*). Pacjenci wykorzystując aplikację internetową (*Patient Web Application* – PWA) mogą dokonać wyboru miejsca i terminu wizyty. Należy podkreślić, że od 1 października 2018 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej będą zobowiązani do wypisywania skierowań wyłącznie elektronicznych⁵³. W maju 2018 r. pracownicy pięciu Szpitali Uniwersyteckich⁵⁴ położnych nad zatoką Morza Irlandzkiego – Morecambe, przeanalizowali na podstawie próby badawczej 100 pacjentów posiadających skierowanie elektroniczne i 100 pacjentów posiadających skierowanie papierowe oraz potencjalne korzyści dla pacjentów wynikające z wykorzystania przez nich skierowań elektronicznych. Wyniki przeprowadzonego badania wykazały, że przeciętne oczekiwanie na wizytę dla pacjentów wykorzystujących skierowanie elektroniczne było 8 dni krótsze od oczekiwania pacjentów posiadających skierowanie papierowe⁵⁵. Jest to związane m.in. z brakiem ryzyka zgubienia skierowania w przypadku systemu elektronicznego. Ponadto w systemie elektronicznym możliwość wykonania wszystkich niezbędnych świadczeń zdrowotnych jest przedstawiana w jednym miejscu i pacjenci mogą wybrać szpital, który im najbardziej odpowiada. Zmniejsza to liczbę pacjentów zarejestrowanych i nie korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Pacjenci w Wielkiej Brytanii mają możliwość zamówienia recepty online na leki stosowane stale, bez konieczności odbycia konsultacji lekarskiej, pod warunkiem, że leki te zostały wcześniej zlecone. Pacjent może za pomocą aplikacji w swoim smartfonie zamówić receptę na lek, który stosuje przewlekle, a następnie odebrać go w najbliższej aptece, którą aplikacja wskazała dzięki usłudze lokalizacji satelitarnej.

Ponadto w Anglii w 2007 r. wprowadzono Elektroniczną Kartotekę Pacjenta (*Summary Care Record* – SCR). Są w niej zawarte dane dotyczące leków, jakie pacjent przyjmuje, alergii, na jakie cierpi oraz informacje na temat reakcji niepożądanych, jakie wystąpiły u pacjenta

53 *Paper switch off*, <https://digital.nhs.uk/services/nhs-e-referral-service> (dostęp: 26.07.2018).

54 Furness General Hospital, Queen Victoria Hospital, Royal Lancaster Infirmary, Ulverston Community Health Centre, Westmorland General Hospital.

55 *The impact of paper switch off*, <https://digital.nhs.uk/services/nhs-e-referral-service> (dostęp: 26.07.2018).

po zażyciu pewnych lekarstw. Dzięki Kartotece personel medyczny ma szybki dostęp do wymienionych danych i informacji. Pracownicy opieki zdrowotnej mogą więc zapewnić pacjentowi bezpieczniejszą opiekę medyczną w nagłych wypadkach lub w sytuacji, gdy jego przychodnia lekarza pierwszego kontaktu będzie zamknięta, lub gdy pacjent będzie przebywał z dala od domu w innych częściach Anglii⁵⁶.

Każda osoba urodzona w Anglii lub Walii oraz zarejestrowana w przychodni zdrowia posiada swój własny niepowtarzalny numer NHS. Numer ten pomaga personelowi medycznemu uzyskać dostęp do danych medycznych pacjenta. Wykorzystywany jest on również w procesie przekazywania informacji klinicznych, dotyczących określonego pacjenta, pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej⁵⁷.

Analizując system dostępu do informacji w opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii warto wspomnieć o całodobowej infolinii NHS 111, która rozpoczęła działanie w 2011 r. Jest to infolinia dla osób, które mają nagłą potrzebę zdrowotną nie wymagającą interwencji pogotowia ratunkowego i pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym. Większość dzwoniących obsługiwana jest przez pracowników bez wykształcenia medycznego, postępujących zgodnie z ustalonym skryptem – algorytmem⁵⁸. Trzeba zwrócić uwagę na korzyści wynikające z funkcjonowania tej linii. Są one związane ze zmniejszeniem kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych i przyspieszeniem procesu leczenia pacjentów. Z przeprowadzonych analiz wynika bowiem, że gdyby nie było tej infolinii to 8 milionów osób dodatkowo skorzystałoby ze świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych⁵⁹.

Bardzo ważne jest w Wielkiej Brytanii wykonywanie badań przesiewowych przez lekarzy

56 Greenhalgh T., Stramer K., Bratan T., Byrne E., Russel J., Potts H. W. W., *Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study*, British Medical Journal, vol. 340, issue 7761/2010, p. 3111.

57 Payne T. H., Detmer D. E., Wyatt J. C., Buchan I. E., *National-scale clinical information exchange in the United Kingdom: lessons for the United States*, Journal of the American Medical Informatics Association, vol. 18, issue 1/2011, p. 94.

58 Turner J. et al., *Evaluation of NHS 111 pilot sites. Final Report*, The University Of Sheffield, Sheffield 2012, p. 7.

59 Dayan M., *Nuffield Winter Insight. Briefing 2: NHS 111*, Nuffield Trust, London 2017, p. 1.

rodziny z wykorzystaniem telemedycyny. Przykładem może być wykonywanie badań w celu wykrycia cukrzycowego obrzęku plamki. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej wyposażane są w kamerę, przy pomocy której wykonuje się zdjęcia dna oka. Jeśli u chorego stwierdza się wybroczyny, anomalie naczyniowe czy wysięki, wówczas system przesyła fotografie do kliniki, gdzie zostają one zweryfikowane przez oprogramowanie. Trafiają one potem do specjalisty, który decyduje o tym, czy wezwać pacjenta na dalszą diagnostykę i leczenie⁶⁰.

Warto zauważyć, że technologie mobilne, umożliwiające monitorowanie zdrowia w czasie rzeczywistym i przesyłanie danych do placówek służby zdrowia, mogą być dużym ułatwieniem nie tylko dla samych chorych, ale także dla ich opiekunów. W Wielkiej Brytanii takich osób jest 6,5 mln, z czego 2,3 mln musiało zrezygnować z pracy, by zająć się swoimi bliskimi⁶¹. Proste rozwiązanie informacyjne, jak np. automatycznie wysyłany SMS przypominający o przyjęciu lekarstw może nie tylko poprawić stan zdrowia pacjentów, ale także przyczynić się do ograniczenia kosztów w dłuższym okresie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia aż połowa terapii długoterminowych nie jest przez pacjentów w należyty sposób przestrzegana. W krajach rozwijających się ten odsetek może być jeszcze większy. W Wielkiej Brytanii koszt niewykorzystanych lub źle wykorzystanych leków wynosi około 100 mln funtów rocznie⁶².

Jak już zostało wcześniej wspomniane wprowadzanie rozwiązań cyfrowych w opiece zdrowotnej przyczynia się do bardziej efektywnego korzystania z opieki zdrowotnej i leczenia pacjentów. Przykładem w Wielkiej Brytanii może być wdrażanie technologii telemedycznych w szpitalu Airedale, który wprowadził usługę nazwaną *Immedicare*. Jest ona kierowana do osób w wieku podeszłym z wysokim ryzykiem hospitalizacji a jej celem jest ograniczenie przyjęć do szpitala poprzez zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w domu pacjenta i przedsięwzięcie prewencyjnych kroków pozwalających uchronić przed ciężkimi zaostrzeniami chorób. Podstawą systemu są wideokonsultacje,

60 Dziekoński J., *Telemedycyna bronią przeciw ślepotcie*, Kurier MP, 03.05.2018, <https://www.mp.pl/cukrzyca/aktualnosci/185996.telemedycyna-bronia-przeciw-slepotcie> (dostęp: 27.07.2018). Taylor K., Connected

61 Taylor K., Connected health. *How digital technology is transforming health and social care*, Deloitte Centre for Health Solutions, London 2018, p. 19.

62 Ibidem, p. 20.

które systematycznie przeprowadzane są w 200 domach opieki dla seniorów. Rezydenci oraz osoby opiekujące się nimi mają możliwość stałego kontaktu z zespołami pielęgniarsko-legarskimi. Szczególny nacisk jest kładziony na szybką diagnostykę zaburzeń oddychania, oceny urazów związanych z upadkiem mechanicznym oraz występowaniem zmian skórnych (wysypek, znamion). Wykazano, że w okresie pomiędzy kwietniem 2012 r. a marcem 2013 r. wdrożenie tego rozwiązania zmniejszyło liczbę hospitalizacji rezydentów z domów opieki o 35% oraz o 53% liczbę wizyt na Izbach Przyjęć. Związane z tym oszczędności szacowane są od £310,000 do £1.06 miliona rocznie⁶³.

Analizując system dostępu do informacji w opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii warto wspomnieć o portalu dla pacjentów - NHS Choices, z którego można korzystać w Anglii. Od 2007 r. za jego pomocą pacjenci informowani są o dostępie do świadczeń zdrowotnych, uprawnieniach, procedurach leczniczych. Ułatwia on również pacjentom znalezienie placówki, lekarza⁶⁴. Serwis NHS Choices określany jest jako drzwi wejściowe do NHS. Oferuje on pacjentom informację medyczną, która ma zapewnić im odpowiednią kontrolę stanu zdrowia. Informacje podzielone są według kilku głównych działów, do których odsyłają etykiety umieszczone na pasku nawigacyjnym. Pierwszy z nich *Health A-Z* zawiera alfabetycznie zgrupowane treści dotyczące kondycji zdrowia i warunków leczenia określonych dysfunkcji. W kolejnym – *Live Well* zgromadzone są porady dotyczące zdrowego trybu życia, dostosowane do kobiet, mężczyzn i dzieci w określonym wieku. Dział *Care and support* stanowi przewodnik po opiece i wsparciu społecznym. Natomiast w dziale - *Health news* pogrupowane są według odpowiednich kategorii aktualności medyczne⁶⁵. Warto zauważyć, że serwis NHS Choices osiąga 40 milionów odsłon miesięcznie⁶⁶.

Sprawdzone doświadczenia brytyjskie dotyczące tworzenia systemu informacji dla pacjentów - NHS Choices powinny stanowić dobrą bazę wiedzy dla organizatorów podobnych systemów w innych krajach oraz wzór do naśladowania dla Polski m.in. z uwagi na podobieństwo problemów na jakie w polskim i brytyjskim systemie napotykały

63 NHS England – *TECS CASE STUDY 002: Using telemedicine to reduce hospital admissions*, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/tecs-airedale.pdf> (dostęp: 21.07.2018).

64 Domagała M., *Prawa pacjenta (część 2)*, Gazeta Lekarska nr 4/2016, s. 46.

65 Trojanowska A., *Informacja medyczna w internecie*, Forum Bibliotek Medycznych, t. 6, nr 1/2013, s. 97.

66 Castle-Clarke S., Imison C., *The digital patient: transforming primary care? Research report*, Nuffield Trust, London 2016, p. 22.

pacjenci. W Wielkiej Brytanii system NHS Choices pomaga pacjentom w budowaniu kompetencji zdrowotnych i wspiera poruszanie się po systemie niepozbawionym barier dostępu do świadczeń.

Analizując możliwości wprowadzania innowacyjnych rozwiązań ICT w opiece zdrowotnej należy zwrócić uwagę na zainteresowanie pacjentów takimi usługami. W przypadku Wielkiej Brytanii obecnie 75% osób szuka informacji o zdrowiu w Internecie. Istotnym wyzwaniem jest nie tylko wdrażanie nowych technologii, ale zapewnienie do nich równego dostępu tak, aby nie generować podziałów społecznych. W przypadku krajów Europy Środkowo-Wschodniej 60% pacjentów jest gotowych korzystać z rozwiązań telemedycznych⁶⁷.

Na Węgrzech rozpoczęto wprowadzanie elektronicznego systemu usług opieki zdrowotnej pod koniec 2017 r. System ten przewiduje m.in. elektroniczną receptę i będą musiały z niego korzystać wszystkie publiczne placówki opieki zdrowotnej. W ramach nowego systemu lekarze rodzinni i różnych specjalności będą mieli - na specjalnym portalu branżowym - dostęp do danych o pacjentach leczonych przez siebie i innych specjalistów. Pacjent nie będzie już musiał przynosić wyników badań ani chodzić po nie do laboratorium - lekarz będzie mógł je sprawdzić w elektronicznym systemie. Dzięki systemowi lekarze będą mogli także sprawdzić, jakie lekarstwa przyjmuje pacjent, na co jest uczulony, na co chorował oraz jakie przeszedł operacje. Wyjątkiem będą dane wrażliwe, dotyczące np. opieki psychiatrycznej, czy chorób przenoszonych drogą płciową. Jednym z elementów systemu będzie e-recepta, dzięki której pacjenci będą mogli otrzymać lek w aptece po okazaniu dowodu i karty ubezpieczenia zdrowotnego. W początkowym okresie funkcjonowania nowego systemu leki będą przepisywane w portalu elektronicznym, ale pacjenci będą otrzymywać recepty papierowe. Przejście na e-recepty nastąpi stopniowo, po wydaniu rozporządzenia rządu w tej sprawie, ale nawet wtedy pacjent będzie miał prawo poprosić o wypisanie także recepty papierowej. Nowy system elektroniczny ma zwiększyć bezpieczeństwo chorych, wykluczając np. przepisywanie leków o przeciwnym działaniu, czy nadmiernej ilości leków. Od listopada 2018 r. do elektronicznego systemu ma zostać włączone pogotowie ratunkowe, a także prywatne placówki opieki zdrowotnej⁶⁸.

67 *Pacjent w świecie cyfrowym. Raport PWC*, <https://www.pwc.pl/pl/pdf/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc.pdf> (dostęp: 28.08.2018).

68 *Węgry - startuje elektroniczny system opieki zdrowotnej*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/wegry-startuje-elektroniczny-system-opieki-zdrowotnej,261033.html> (dostęp: 02.08.2018).

Podsumowując, należy podkreślić, że rozwój technologii w opiece zdrowotnej to przede wszystkim ogromna szansa dla krajów naszego regionu na dorównanie bardziej rozwiniętym krajom Europy Zachodniej. Warunkiem jest jednak wdrożenie efektywnego modelu działania, zarówno pod względem kosztów jak i jakości świadczonych usług.

3. System informacji i wsparcia pacjentów i obywateli w świetle uregulowań prawnych

Zwiększenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa następuje poprzez doskonalenie zarówno treści przekazywanej informacji jak również dzięki rozwojowi narzędzi do ich przekazywania. W Polsce od wielu lat podejmowane są inicjatywy mające na celu zwiększenie dostępu pacjentów do informacji z obszaru ochrony zdrowia. W chwili obecnej istnieje wiele portali informacji oraz systemów informatycznych, które udostępniają treści związane ze świadczeniem usług zdrowotnych, funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej oraz informacje dotyczące zdrowia. Zarówno instytucje publiczne, organizacje jak i podmioty prywatne dostrzegają jednak niezaspokojoną potrzebę w tym zakresie. Brakuje kompleksowego systemu, który zawierałby wiarygodne zasoby wiedzy oraz umożliwiał zasięgnięcie porady wykwalifikowanego personelu medycznego za pośrednictwem różnych kanałów.

Wśród najistotniejszych z punktu widzenia pacjentów systemów informatycznych, zasobów wiedzy i źródeł informacji dotyczących zdrowia należy wymienić:

- Wybrane produkty dostępne w ramach projektów prowadzonych przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ):
 - Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1):
 - ♦ **Internetowe Konto Pacjenta (IKP)** – moduł platformy P1, w którym są przetwarzane dane określające pacjenta. Według aktualnych zapisów⁶⁹, IKP zapewni dostęp on-line do informacji dotyczących wystawionych recept, skierowań, zleceń na wyroby medyczne, udzielonych świadczeń i ich koszcie, wyborów lekarza, pielęgniarki i położnej, podstawowej opieki zdrowotnej, a także e-zwolnień. Za pośrednictwem IKP możliwe będzie również upoważnienie innej osoby do dostępu do danych medycznych pacjenta lub informacji o jego stanie zdrowia⁷⁰. Ponadto IKP zostanie zintegrowane z ZIP (Zintegrowanym Informatorem Pacjenta, opisany poniżej), dzięki temu IKP będzie udostępniać także dane przetwarzane przez NFZ i ZUS. Pełna funkcjonalność IKP zostanie uruchomiona do 30 września 2019 r.
 - ♦ **System Gromadzenia Danych Medycznych – Recepty** – umożliwi wystawianie recept w formie elektronicznej. Prawne uregulowania e-recepty zostały ujęte w ustawie z dnia 1 marca o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty⁷¹. Powszechnienie funkcjonująca e-recepta przyniesie korzyści dla wszystkich uczestników

69 Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2018 poz. 1515.

70 Sejm przyjął nowelizację ustawy o Internetowym Koncie Pacjenta, <https://www.gov.pl/zdrowie/sejm-przyjal-nowelizacje-ustawy-o-internetowym-koncie-pacjenta> (dostęp 31.07. 2018).

71 Ustawa z dnia 1 marca o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty, Dz. U. 2018 poz. 697.

systemu farmakoterapii. Z perspektywy pacjenta najistotniejsze jest zwiększone bezpieczeństwo i ograniczenie ryzyka polipragmacji wynikające z dostępu do wszystkich wystawionych pacjentowi recept. Wdrożenie e-recepty rozwiąże również problem nieczytelnych recept oraz usprawni opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi. Od 1 stycznia 2020 r. recepty będą wystawiane obowiązkowo w postaci elektronicznej⁷².

- ◆ **System Gromadzenia Danych Medycznych – Skierowania** – pozwala na elektroniczną obsługę skierowań⁷³. E-skierowania mają uporządkować i zmniejszyć kolejki w służbie zdrowia. Z dniem 1 stycznia 2021 r. będą one wystawiane jedynie w formie elektronicznej.

- ◆ System Gromadzenia Danych Medycznych - Zdarzenia medyczne – umożliwia rejestrowanie informacji o zdarzeniach medycznych⁷⁴ (wizyty, badania, hospitalizacja). Podstawą prawną funkcjonowania systemu jest ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁷⁵.

- Platformy udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (P2):

- ◆ **Rejestr Aptek** – stanowi źródło informacji dotyczących aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych, aptek szpitalnych i zakładowych funkcjonujących na terenie całego kraju. Zawiera również informacje o aptekach prowadzących wysyłkową sprzedaż produktów leczniczych.

72 *Projekty realizowane. Projekt P1*, <https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/> (dostęp 31.07.2018)

73 *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z 2018 r. poz. 697.

74 *Ibidem*.

75 *Ibidem*.

Jest prowadzony przez właściwe miejscowo Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne zgodnie z art. 107 ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2012 r. w sprawie opisu systemu teleinformatycznego⁷⁶.

- ◆ **Rejestr Produktów Leczniczych** – dostarcza informacji o produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski⁷⁷.

- Serwisy on-line pozwalające na dostęp do informacji dotyczących usług zdrowotnych świadczonych przez publiczną służbę zdrowia, udostępniane pacjentom przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ):
 - **Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)** – udostępnia dane o leczeniu i finansowaniu leczenia pacjentów⁷⁸.

 - **Ogólnopolski informator o czasie oczekiwania na świadczenie medyczne** – umożliwia sprawdzenie czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne w ramach umów podpisanych z NFZ⁷⁹.

 - **Przeglądarka skierowań na leczenie uzdrowiskowe** – ułatwia dostęp do informacji o procesie potwierdzania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia⁸⁰.

⁷⁶ Projekty zrealizowane. Rejestry medyczne,

<https://www.csioz.gov.pl/projekty/zrealizowane/rejestry-medyczne/> (dostęp: 08.08.2018).

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=001> (dostęp: 31.07.2018).

⁷⁹ <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> (dostęp: 31.07.2018).

⁸⁰ <https://skierowania.nfz.gov.pl/> (dostęp: 31.07.2018).

- **Krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej**
 - dostarcza informacji na temat leczenia w Polsce oraz w innym państwie członkowskim UE na mocy dyrektywy transgranicznej⁸¹.
- **Portal Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia - polskiej Instytucji Łącznikowej w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych** – serwis poświęcony Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), która uprawnia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA⁸².
- **Akademia NFZ** – profesjonalny portal edukacyjno-informacyjny mający na celu podniesienie poziomu wiedzy pracowników ochrony zdrowia oraz poprawę relacji między personelem a pacjentami. Platforma e-learningowa jest również skierowana do pacjentów i zawiera informacje o prawach pacjenta, aplikacje mobilne i gry edukacyjne⁸³.
- **Serwis Zdrowie** – portal edukacyjny, którego celem jest podniesienie wiedzy na temat zdrowego trybu życia i możliwości zapobiegania chorobom, redagowany przez dziennikarzy Polskiej Agencji Prasowej przy współpracy z autorytetami w dziedzinie medycyny i nauk pokrewnych. Powstaje wyłącznie w oparciu o wiadomości pochodzące od uznanych ekspertów w dziedzinie medycyny, psychologii, ochrony środowiska oraz z publikacji naukowych o ugruntowanej pozycji⁸⁴.

81 <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/leczenie-w-innym-panstwie-czlonkowskim-ue-wynikajace-z-dyrektywy-transgranicznej.html> (dostęp: 31.07.2018).

82 <https://www.ekuz.nfz.gov.pl> (dostęp: 31.07.2018).

83 <https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/akademia-nfz-szkolenia-e-learningowe-dla-pracownikow-i-pacjentow,9180.html> (dostęp: 31.07.2018).

84 <https://zdrowie.pap.pl/o-portalu> (dostęp: 31.07.2018).

- W przestrzeni publicznej istnieje również wiele innych inicjatyw dostarczających rzetelnych i użytecznych informacji z zakresu systemu ochrony zdrowia prowadzonych przez Urzędy, Towarzystwa Naukowe, Fundacje, Instytuty, lecz również jednostki komercyjne czy osoby fizyczne. Wśród nich należy wymienić m.in. następujące:
 - **Serwisy informacyjne urzędów działających w obszarze ochrony zdrowia** – jak na przykład strona internetowa Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego⁸⁵, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego⁸⁶.
 - **Strona poświęcona szczepieniom ochronnym** – jest prowadzona przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny⁸⁷.
 - **Wyszukiwarka leków w aptekach „Gdzie po lek”** – pozwala potwierdzić dostępność konkretnego leku w aptecce znajdującej się blisko pacjenta⁸⁸.
 - **Serwis „Bartosz mówi”** – udostępnia informacje o statusie refundacyjnym oraz wskazaniach do refundacji konkretnych leków⁸⁹.
 - **Zasób edukacyjny apteki internetowej Dbam o Zdrowie** – zawiera encyklopedię leków oraz ziół, słownik badań lekarskich, katalog placówek medycznych oraz aptek oraz poradnik o zdrowiu⁹⁰.
 - **Portal pacjentów prowadzony przez Medycynę Praktyczną**⁹¹.

85 <https://gis.gov.pl/> (dostęp: 08.08.2018).

86 <https://www.gif.gov.pl/pl/urzed/obsługa-klientow/informacje-dla-pacjento> (dostęp: 08.08.2018).

87 <szczepienia.pzh.gov.pl> (dostęp: 31.07.2018).

88 <https://www.gdziepolek.pl/> (dostęp: 31.07.2018).

89 <http://bartoszmowi.pl/info> (dostęp: 31.07.2018).

90 <https://www.doz.pl/wiedza> (dostęp: 08.08.2018).

91 <https://www.mp.pl/pacjent/> (dostęp: 08.08.2018).

- **Bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta (800 190 590)** – udziela porad z zakresu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem: praw pacjenta, sytuacji, gdy pacjentowi przysługują szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, ogólnych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, możliwości dochodzenia roszczeń w przypadku błędów medycznych oraz procedury zgłaszania działań niepożądanych leku⁹². Wraz z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, dyżurują przedstawiciele wielu organizacji pacjentów. Porady udzielane w ramach infolinii nie tylko wspierają pacjentów, lecz również dostarczają danych o znacznej wartości poznawczej – jako, że analiza charakteru i zakresu konsultacji telefonicznych określa obszary wymagające poprawy oraz umożliwia inicjowanie zmian o charakterze systemowym⁹³.
- **Zjawisko korzystania z porad „doktora Google’a”**, rozumiane jako stawianie diagnozy przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, w oparciu o własne obserwacje w połączeniu z informacjami znalezionymi za pośrednictwem Internetu oraz podejmowanie próby samoleczenia lub też konsultowania samo-zdiagnozowanej choroby z lekarzem⁹⁴.

W 2017 r., 82% gospodarstw domowych w Polsce posiadało dostęp do Internetu. Najwyższy wskaźnik dostępności do Internetu charakteryzuje obszary miejskie⁹⁵. Powszechnie z Internetu częściej korzystają ludzie dobrze wykształceni i młodzi.

Analizując zjawisko korzystania z porad „doktora Google’a” warto uwzględnić informację na temat zaangażowania Polaków w proces pozyskiwania wiedzy na temat zdrowia z Internetu. Umożliwiają to badania przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny. Według analiz Głównego Urzędu Statystycznego (wykres 6. a następnej stronie), w 2016 r. w Polsce blisko 40% członków gospodarstw domowych korzystało z Internetu, aby

92 http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/infografiki/infolinia.pdf (dostęp: 08.08.2018).

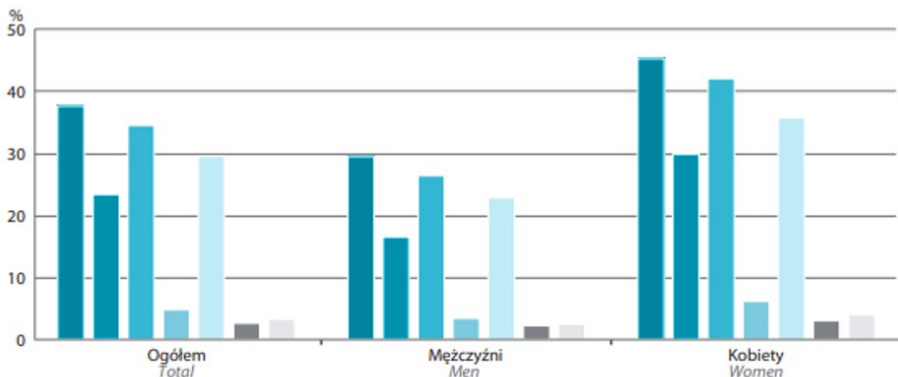
93 Prezentacja „Infolinia dla pacjentów – zasób do wykorzystania i rozwoju”, przygotowana przez Pana Bartłomieja Chmielowca z Biura Rzecznika Praw pacjenta, Razem dla Zdrowia, Warsztat 8, System informacji dla pacjentów, 23.04.2018.

94 *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, op. cit., s. 44.

95 *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2017 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 4.

zdożyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia (37,6%). Blisko 35% respondentów szukało w Internecie informacji na temat zdrowego stylu życia, a blisko 24% korzystało z niego w celu zasięgnięcia opinii dotyczących lekarzy⁹⁶.

Wykres 6. Wykorzystywanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych w 2016 r.



- Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informację o chorobach i sposobach leczenia w roku 2016
People who used the Internet to get knowledge and information about diseases and treatments in 2016
- Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat opinii lekarzy w roku 2016
People who used the Internet to get information about doctors' opinions in 2016
- Osoby, które korzystały z Internetu, aby zdobyć informację na temat zdrowego stylu życia w roku 2016
People who used the Internet to get information about a healthy lifestyle in 2016
- Osoby, które korzystały z Internetu, aby kupić produkty lecznicze w roku 2016
People who used the Internet to buy medicinal products in 2016
- Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez telefon w kwartale IV 2016
People who made an appointment or medical examination by phone in the fourth quarter of 2016
- Osoby, które umawiały się na wizytę lub badanie przez stronę internetową w kwartale IV 2016
People who made an appointment or medical examination through the website in the fourth quarter of 2016
- Osoby, które otrzymały wyniki badań drogą internetową w kwartale IV 2016
Persons who received medical examination results online in the fourth quarter of 2016

Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2018, s. 66.

Sondaż online przeprowadzony przez *Procontent Communication* wskazuje, że ok. 45% Polaków korzystających z Internetu w wieku 15-50 lat postawiło sobie lub swoim bliskim

⁹⁶ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2018, s. 66.

diagnozę korzystając z informacji pochodzących z Internetu⁹⁷.

Istotny jest również wysoki poziom zaufania, którym Polacy obdarzają informacje udostępniane za pośrednictwem Internetu. Według badania Eurobarometr, jesteśmy jednym z narodów o najwyższym poziomie zaufania do tego medium (Tabela 1. poniżej).

Tabela 1. Poziom zaufania społeczeństwa do wybranych mediów i instytucji (wyrażone jako % osób raczej wyrażających zaufanie)

		Radio	Television	The written press	The Internet	Online social networks
EU28		59	51	47	34	20
BE		71	66	59	39	20
BG		50	61	37	45	37
CZ		64	56	48	50	29
DK		82	77	65	36	18
DE		71	63	56	29	15
EE		67	66	52	42	23
IE		71	63	50	34	16
EL		44	22	33	42	27
ES		52	36	40	34	22
FR		56	36	50	25	8
HR		53	46	47	42	32
IT		51	53	48	43	28
CY		54	45	39	32	27
LV		60	59	41	35	21
LT		60	58	48	45	27
LU		63	49	59	37	17
HU		49	55	43	49	32
MT		37	45	31	35	21
NL		76	64	71	31	13
AT		68	64	61	43	29
PL		54	45	39	46	33
PT		70	70	61	46	31
RO		53	61	46	37	28
SI		53	50	41	38	22
SK		61	57	49	42	28
FI		79	73	67	33	14
SE		84	74	62	17	8
UK		48	44	23	23	12
		1st MOST FREQUENTLY MENTIONED ITEM				
		2nd MOST FREQUENTLY MENTIONED ITEM				
		3rd MOST FREQUENTLY MENTIONED ITEM				

Źródło: Standard Eurobarometer 88. Media use in the European Union. Report, op. cit., p. 22.

97 <http://www.procontent.pl/internet-pacjent-diagnoza/> (dostęp: 05.08.2018). Badanie przeprowadzone techniką RTS (ankieta internetowa) na zlecenie Procontent Communication. Zaproszenia do udziału wyświetlane użytkownikom witryn internetowych. Próba dobrana w sposób losowo-kwotowy. Respondenci: 800 Polaków w wieku 15-50 lat. Struktura próby została skorygowana przy użyciu wagi analitycznej tak, by odpowiadała strukturze Polaków w wieku 15-50 lat pod względem kluczowych cech związanych z przedmiotem badania.

W 2017 r., 46% badanych Polaków wskazało, że raczej ufa informacjom przekazywanym za pośrednictwem Internetu, podczas gdy średnia 28 krajów Unii Europejskiej wynosiła 34%. Ponadto Internet był drugim kanałem pod względem poziomu zaufania społecznego, zaraz po radio – wyprzedzając tym samym telewizję, prasę drukowaną oraz media społecznościowe⁹⁸.

Biorąc pod uwagę wysoki poziom zaufania Polaków do Internetu można zatem oczekiwać, że nie przestaniemy się konsultować z „dr Googlem” i korzystać z porad tam zamieszczanych. Bardzo ważna jest więc kwestia kompetencji i jakości źródeł. Są to zadania dla wszystkich uczestników tej „gry informacyjnej” – i twórców, i użytkowników.

3.1. Praktyki wprowadzenia systemu informacji i wsparcia pacjentów i obywateli

Analizując praktyki wprowadzenia systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej należy zwrócić uwagę na dostępność portali/platform internetowych, rozwiązań telemedycznych i aplikacji mobilnych.

Jak już zostało wcześniej przeanalizowane do głównych portali/platform internetowych należą: Internetowe Konto Pacjenta oraz Zintegrowany Informator Pacjenta.

Projekt ustawy o Internetowym Koncie Pacjenta został przyjęty w czerwcu br. i przewiduje wykorzystanie tego, co powstało już w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zintegrowane IKP (Internetowe Konto Pacjenta) zostanie połączone z ZIP (Zintegrowanym Informatorem Pacjenta), dzięki temu IKP będzie udostępniać także dane przetwarzane przez NFZ i ZUS. Za pośrednictwem ZIP, 1,4 mln pacjentów będzie mogło mieć również dostęp do danych przetwarzanych w IKP, a tych ma być coraz więcej. Ustawa o IKP zakłada, że pacjenci zyskają dostęp do informacji m.in.: do wystawionych oraz realizowanych recept i skierowań, wytworzonej elektronicznej dokumentacji medycznej, złożonych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki oraz położnej, wystawionych zaświadczeń o niezdolności do pracy. IKP umożliwi także upoważnienie innej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej lub składanie oświadczeń woli w imieniu pacjenta, a także wyrażanie zgody na

98 Standard Eurobarometer 88. Media use in the European Union. Report, op. cit., p. 22.

udzielenie świadczeń medycznych⁹⁹.

W dniu 5 lipca br. przyjęto ustawę o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁰. Zgodnie z tą ustawą uruchomiony zostanie tzw. Krajowy Węzeł. Celem przyjętych rozwiązań jest zapewnienie dostępności użytkowników do portali publicznych przy użyciu jednego loginu i hasła. Ma to upowszechnić środki identyfikacji elektronicznej a także dokumenty w wersji elektronicznej i będzie mieć tym samym wpływ na rozwój e-Zdrowia. Zgodnie z zapowiedziami wiceministra zdrowia Pana Janusza Cieszyńskiego, dzięki temu rozwiązaniu dostęp jednym kliknięciem do Internetowego Konta Pacjenta będzie mogło uzyskać ponad 10 mln użytkowników bankowości elektronicznej¹⁰¹.

Analizując możliwości dostępu pacjentów do rozwiązań telemedycznych trzeba zwrócić uwagę na rozwiązania wprowadzone w systemie publicznym i prywatnym. W obu systemach dynamicznie rozwija się zwłaszcza teleopieka nad pacjentami oraz telerehabilitacja .

W publicznym systemie opieki zdrowotnej wprowadzenie nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych w opiece nad pacjentami nastąpiło w szczególności w przypadku pacjentów cierpiących na schorzenia układu krążenia i osób starszych. Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie kontraktuje i płaci za następujące świadczenia telemedyczne: telekonsylium kardiologiczne, hybrydową telerehabilitację kardiologiczną oraz telekonsylium geriatryczne.

Instytut Kardiologii w Aninie stworzył zaawansowane systemy teleopieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia, mające zapobiegać m.in. udarowi czy zawałowi. Jest to największe w Polsce kardiologiczne centrum telemedycyny – *TeleInterMed*, które

99 Rząd przyjął ustawę o Internetowym Koncie Pacjenta, <http://www.medexpress.pl/rzad-przyjal-ustawe-o-internetowym-koncie-pacjenta/70832> (dostęp: 28.07.2018).

100 Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw, http://orka.sejm.gov.pl/proc8.nsf/ustawy/2502_u.htm (dostęp: 28.07.2018).

101 Jedno kliknięcie umożliwi dostęp do konta w banku, e-recepty i ZIP, http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/jedno-klikniecie-umozliwi-dostep-do-konta-w-banku-e-recepty-i-zip,26736_2.html

współpracuje z 30 szpitalami, głównie z Mazowsza. Pozwala ono na monitorowanie zaburzeń rytmu serca przez kilka tygodni i zapis nieprawidłowości, jakich nie udałoby się zaobserwować w ramach zwykłego badania metodą Holtera np. migotanie przedsionków w środku nocy¹⁰². Należy podkreślić, że *TeleInterMed* to nie jedyne telecentrum kardiologiczne w Polsce. Mniej zaawansowane projekty tego typu zostały wdrożone w Krakowie, Wrocławiu, Poznaniu i Szczecinie. Możliwe jest tam m.in. przesyłanie wyników EKG oraz części badań obrazowych.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu stworzył pierwszą na świecie Ogólnopolską Sieć Teleaudiologii, która umożliwiła pooperacyjną opiekę na odległość nad pacjentami z wszczepionymi implantami słuchowymi, np. w uchu lub pniu mózgu. Oszczędza to pacjentowi długiej i często kosztownej podróży do lekarza, zapewnia też większe poczucie bezpieczeństwa – urządzenia mogą bowiem być stale kontrolowane przez specjalistów. Krajowa Sieć Teleaudiologii w celu zapewnienia pełniejszej opieki pooperacyjnej pacjentom, włączając użytkowników implantów słuchu, wykorzystuje i umożliwia współpracę specjalistów wielu dziedzin: inżynierów klinicznych, lekarzy, logopedów, psychologów¹⁰³. Usługa nie jest finansowana przez NFZ, ale jest bezpłatna dla pacjentów, ponieważ projekt otrzymał dofinansowanie ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Trzeba podkreślić, że od kilku lat Krajowa Sieć Teleaudiologii jest regularnie nagradzana w międzynarodowych konkursach. Pierwsze wyniki systemu zaowocowały w 2010 r. główną nagrodą XXI wieku w konkursie teleinformatycznym *The Computerworld Honors* w Waszyngtonie a w 2014 r. program ten zdobył złoty medal *Grand Prix Galien*. Jest to bardzo duże ułatwienie dla pacjentów, którzy nie muszą się obawiać, że podczas wykonywania obowiązków nagle stracą słuch i staną się osobami niesłyszącymi.

Należy zwrócić uwagę na możliwość zastosowania kontroli lekarskiej on-line i telemedycyny w przypadku pacjentów cierpiących na schyłkową niewydolność nerek oraz chorych na cukrzycę i narażonych na cukrzycowy obrzęk płamki.

W przypadku dializy otrzewnowej, osoby ze schyłkową niewydolnością nerek mogą samodzielnie dializować się w domu oraz dodatkowo być pod stałą kontrolą lekarską on-

102 Stanisławska A., *Serce zdalnie sterowane*, Rzeczpospolita, 17.12.2010.

103 Jankowski M., Klimczak-Wieczorek A., Kłoc M., Matuszewski M., Rozum J., *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, op. cit., s. 12.

line. Jest to związane z zastosowaniem innowacyjnej technologii z użyciem cyklera Claria. Monitorowanie on-line pozwala lekarzowi na bieżąco śledzić proces dializy pacjenta a pacjent ma komfort przebywania w domu, bez konieczności odwiedzania placówek ochrony zdrowia, co zapewnia lepszą współpracę z pacjentem oraz dostosowanie rytmu dializ do jego codziennych obowiązków. Jest też dobrym rozwiązaniem dla osób starszych, dla których dojazdy do Ośrodków Stacji Dializ mogą być utrudnione ze względu na postępującą chorobę¹⁰⁴.

Badania związane z wykorzystaniem telemedycyny prowadzone są także w przypadku pacjentów chorych na cukrzycę i narażonych na cukrzycowy obrzęk płamki. Są one prowadzone przez zespół prof. Rękasa w Wojskowym Instytucie Medycznym (WIM) w Warszawie oraz przez zespół prof. Rejdaka w ośrodku lubelskim. Według prof. Rękasa wkrótce nastąpi wprowadzenie opisanych rozwiązań w WIM i będą one miały najprostszą formę. Kamery będą zainstalowane w klinikach diabetologii, gdzie zdjęcia za pośrednictwem chmury będą udostępniane użytkownikom tych klinik oraz lekarzom WIM, którzy będą dokonywali ich oceny. Na serwerze w WIM będzie „zainstalowana” zabezpieczona chmura, która będzie udostępniana użytkownikom klinik. Zdjęcia będą wysyłane poprzez tę chmurę i będą je oceniali lekarze WIM. Zdaniem obu specjalistów jest duża szansa na uruchomienie systemu centralnego w Polsce i może to uchronić pacjentów przed utratą wzroku¹⁰⁵.

W przypadku prywatnej opieki zdrowotnej wiele placówek wprowadziło usługi on-line do swojej oferty. Największy udział na rynku w Polsce mają następujące placówki: Lux Med., Medicover oraz Enel-Med.

W placówkach Lux Med utworzono wspólny system informatyczny oraz najbezpieczniejszy obecnie sposób autoryzacji wszelkiego rodzaju dokumentów - podpis elektroniczny. Umożliwia to utrzymywanie pełnej dokumentacji medycznej wyłącznie w wersji elektronicznej. Dzięki temu lekarze szybciej mogą postawić rozpoznanie i zastosować

104 Nowe technologie w dializoterapii zwiększają skuteczność leczenia, <https://gazetalekarska.pl/?p=41865> (dostęp: 27.07.2018).

105 Dziekoński J., *Telemedycyna bronią przeciw ślepotcie*, Kurier MP, op. cit.

leczenie¹⁰⁶. W placówkach utworzono Portal Pacjenta. W ramach tego Portalu została uruchomiona platforma telemedyczna, która umożliwi kontakt pacjenta z lekarzem, pielęgniarką oraz położną online z wykorzystaniem video, audio i klasycznego czatu tekstowego. Należy podkreślić, że wykorzystanie czatu tekstowego jest klasyczną usługą medyczną, ponieważ specjalista ma dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w systemie, a zapis czatu jest formą dokumentu medycznego, który podlega archiwizacji. Do innych usług zapewniających pacjentom szybki dostęp do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej należą:

- SMS-owe przypomnienie o terminach badań i konsultacji - dzięki niemu pacjenci mogą umówić się na wizytę z dużym wyprzedzeniem bez obawy o to, że o niej zapomną;
- e-biuletyn - elektroniczny newsletter informujący o nowościach w Grupie LUX MED, który można zaprenumerować na stronie www.luxmed.pl;
- wspólna obsługa IT dla całej Grupy - dzięki zintegrowanemu systemowi informatycznemu lekarze we wszystkich placówkach mają elektroniczny dostęp do historii medycznej pacjentów i zdjęć RTG z radiologii cyfrowej; system ten obejmuje także skany medycznej dokumentacji zewnętrznej, kalendarze wizyt, rejestrację, skierowania, opis medyczny oraz wystawianie recept;
- aplikacje mobilne dla użytkowników iPhone'ów, iPad'ów oraz telefonów i tabletów z systemem Android - dzięki aplikacji pacjenci mają m.in. możliwość umówienia się do dowolnego specjalisty, odwołania wizyty, przeglądania historii poprzednich konsultacji, czy sprawdzenia grafików pracy lekarzy; aplikacja zawiera także informacje o lokalizacji placówek należących do Grupy; można ją pobrać ze sklepu Google Play lub AppStore;
- Telefoniczna Informacja Medyczna (TIM) - w ramach TIM pacjenci dzwoniący z problemem zdrowotnym mogą uzyskać pomoc przez całą dobę; zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć;
- e-Karta Pacjenta - elektroniczna wersja imiennej karty identyfikacyjnej, z której mogą korzystać wszystkie osoby posiadający konto na Portalu Pacjenta¹⁰⁷.

106 *Innowacje w obsłudze Pacjenta*, <http://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/niezbednik/nowoczesne-technologie/innowacje-w-obsłudze-pacjenta.html> (dostęp: 05.08.2018).

107 *Ibidem*.

W placówkach Medicover historia innowacji modelu opieki i elektronizacji usług medycznych liczy ponad 10 lat. Od początku działalności firma rozwijała system informatyczny wspierający działalność i obsługę klientów. Kluczowe okazało się wprowadzenie elektronicznej historii choroby (Electronic Medical Record, EMR) zapewniającej lekarzom – niezależnie od miejsca pracy – dostęp do najważniejszych danych na temat rozpoznania i przebiegu choroby pacjentów¹⁰⁸. Centrum medyczne Medicover wprowadziło system Medicover Online. W ramach tego systemu pacjent ma możliwość m.in. sprawdzić wyniki swoich badań wykonanych w centrach Medicover. Wyniki badań są widoczne dopiero po sprawdzeniu i opisaniu ich przez lekarza również w przypadku, jeśli jest to wynik prawidłowy. W sytuacji, gdy wynik badania jest nieprawidłowy, lekarz podejmuje próbę telefonicznego skontaktowania się z pacjentem w celu ustalenia dalszego toku postępowania. Pacjent w ciągu 6 miesięcy od daty odbycia wizyty w centrum Medicover może zadać pytanie lekarzowi dotyczące odbytej u tego lekarza wizyty. Lekarz może założyć pacjentowi „elektroniczny dzienniczek”, w którym pacjent będzie zapisywał wyniki wykonanych własnoręcznie pomiarów – np. ciśnienia tętniczego krwi, gdy jest leczony w kierunku nadciśnienia tętniczego, lub glikemii, gdy choruje na cukrzycę. Z informacjami tymi lekarz będzie mógł zapoznać się korzystając z dostępnej w komputerze elektronicznej historii choroby pacjenta¹⁰⁹.

W placówkach Enel-Med istnieje możliwość rezerwacji wizyty on-line oraz pobrania wyników on-line. Poprzez system rezerwacji on-line można zapisać się na planowe konsultacje specjalistyczne w placówce lub odwołać umówione wcześniej wizyty. Zalogowanie się do systemu rezerwacji wizyt on-line jest równoznaczne z akceptacją postanowień regulaminu. Podanie danych: adres e-mail oraz numer telefonu komórkowego, ma charakter dobrowolny, ale niezbędny do korzystania z systemu rezerwacji wizyt on-line. Rezerwacja następuje poprzez podanie numeru karty pacjenta oraz daty urodzenia. Aby pobrać wyniki on-line należy wybrać placówkę a następnie podać pesel i datę urodzenia oraz numer badania otrzymany w czasie jego trwania¹¹⁰.

108 Soszyński P., *Cyfrowa medycyna zmienia model opieki zdrowotnej w Polsce*, Harvard Business Review Polska, nr 163/2016

109 Wiśniewska T., *Usługi on-line w placówkach medycznych*, Ekonomiczne Problemy Usług nr 88. Zeszyty Naukowe nr 703, Szczecin 2012, s. 251.

110 Ibidem, s. 52.

Dokonując analizy praktyk wprowadzenia systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej warto zwrócić uwagę na dostępne aplikacje mobilne. Ich najważniejszy wykaz dostępny jest na stronie internetowej Akademii NFZ. Należą do nich: „Nie zapominaj o lekach”, „Sweet Pregnna” oraz „CanCell Cancer”. „CanCell Cancer” to aplikacja mobilna skierowana do osób zdrowych, które poprzez codzienne podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu chcą prowadzić zdrowy tryb życia i w ten sposób zapobiegać zapadalności na choroby nowotworowe, a w szczególności do osób zdrowych o podwyższonym ryzyku zachorowania na nowotwór¹¹¹.

Podsumowując należy podkreślić, że chociaż w Polsce istnieje już wiele innowacyjnych rozwiązań ICT umożliwiających pacjentom dostęp do informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej, są one w zdecydowanej większości wprowadzane regionalnie lub lokalnie. Brakuje rozwiązań i programów centralnych, krajowych. W szczególności brakuje programów poświęconych profilaktyce.

Należy podkreślić, że warunkiem skutecznego wykorzystywania innowacyjnych rozwiązań zdalnych jest zapewnienie ciągłości procesu opieki. Po pierwsze, poprzez dostęp do informacji medycznej i historii pacjenta (EMR), a po drugie, poprzez zapewnienie pacjentom, w razie potrzeby, możliwości porad stacjonarnych w placówkach medycznych i łatwego dostępu do badań diagnostycznych w ramach tego samego zintegrowanego systemu (wielokanałowość obsługi). Skutkuje to z jednej strony wysoką jakością i efektywnością procesu, a z drugiej wygodą i bezpieczeństwem dla pacjentów, którzy całościową opiekę zdrowotną mają zapewnioną w ramach jednego zintegrowanego systemu. W placówkach prywatnych stanowi to dużą przewagę nad tradycyjnym, rozproszonym systemem publicznej opieki zdrowotnej w Polsce i wyróżnia model zintegrowanej opieki zdrowotnej w placówkach prywatnych spośród ofert portali i firm telemedycznych, niebędących *de facto* podmiotami leczniczymi, a jedynie portalami internetowymi, które nie biorą odpowiedzialności za dostarczane świadczenia medyczne.

111 <https://akademia.nfz.gov.pl/aplikacje-mobilne/?lang=en> (dostęp: 05.08.2018).

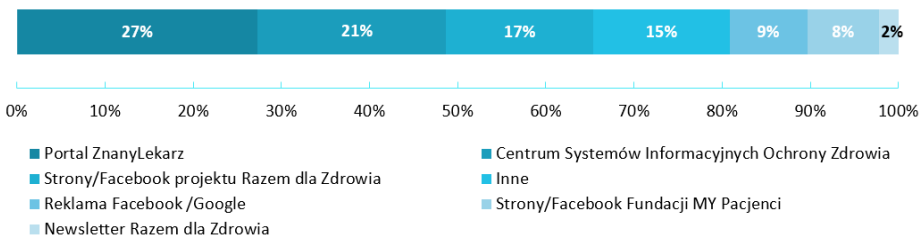
4. Analiza potrzeb w zakresie dostępu do informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej w polsce na podstawie wyników badań własnych

4.1. Metodologia badania

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia, Fundacja MY Pacjenci wraz z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz portalem www.znanylekarz.pl przeprowadziła wśród pacjentów i obywateli sondaż on-line. Dotyczył on ich opinii na temat wprowadzenia i rozwoju systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej. Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz ankiety, zawierający 34 pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru.

Badanie ankietowe przeprowadzone zostało w terminie od 1 do 30 czerwca 2018 r., a ankietę dystrybuowano za pośrednictwem: portalu znanylekarz.pl, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz współpracujących z Fundacją organizacji pacjenckich przy użyciu prowadzonych przez wymienione organizacje stron internetowych, portali w mediach społecznościowych, a także umieszczanych tam reklam oraz z użyciem innych nośników informacji. Szczegółowe informacje na temat sposobu pozyskiwania wiedzy o przedmiotowej ankiecie prezentuje zamieszczony wykres:

Wykres 7. Skąd dowiedziałas/dowiedziałeś się o badaniu?

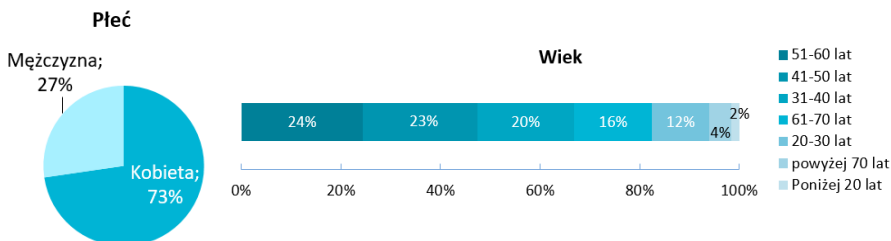


W badaniu wzięły udział 454 osoby, które dobrowolnie wyraziły chęć wypełnienia ankiety on-line. Sondaż miał charakter niereprezentatywny, wzięły w nim udział wyłącznie osoby zainteresowane danym problemem społecznym. Jego wyniki dają jednak wyobrażenie tego, jak według respondentów zainteresowanych problematyką powinien być rozwiązany problem wprowadzenia innowacyjnych rozwiązań/elektronicznych narzędzi w zakresie dostępu pacjentów do informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

W pracy zastosowano deskryptywną metodę analizy wyników ankiety, bez badania związków i zależności przyczynowych między określonymi zjawiskami (bez badania korelacji). Nie oceniano istotności statystycznej.

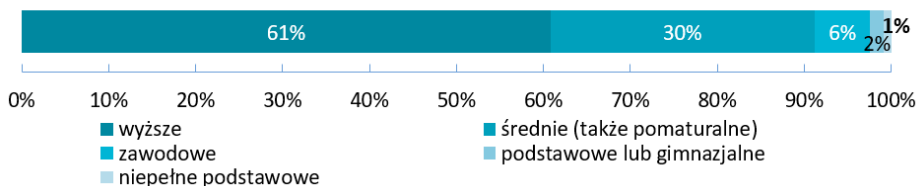
4.2. Charakterystyka respondentów

Blisko $\frac{3}{4}$ spośród osób, które udzieliły odpowiedzi stanowiły kobiety. W strukturze wiekowej badanych dominowały osoby w przedziale wieku lat 51-60 oraz 41-50, łącznie stanowiąc blisko połowę badanych. Średnia wieku respondentów wynosiła 48 lat.

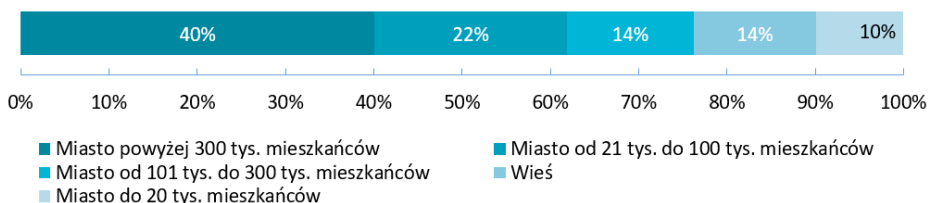


Ponad 60% badanych legitymowało się wykształceniem wyższym, a 30% wykształceniem średnim oraz pomaturalnym.

Wykształcenie



Badani to przede wszystkim osoby zamieszkujące w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców (54%), czyli według typologii GUS¹¹², w miastach dużych. Osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich były reprezentowane w badaniu przez 10% ankietowanych. Jako osoby będące pacjentami z chorobą przewlekłą status swój zadeklarowało 52% ankietowanych.



112 *Miasta w liczbach 2016*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Poznań 2018.

4.3. E-zdrowie - potrzeby i oczekiwania polskich pacjentów

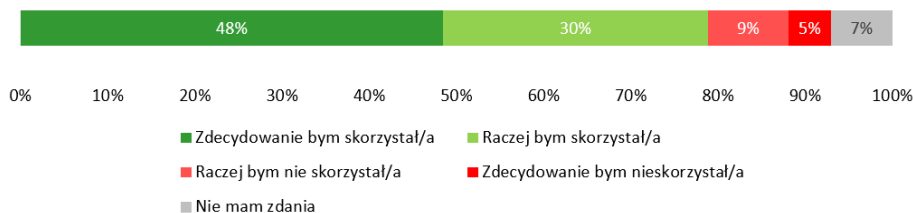
Badanie składało się z 34 pytań, a pierwszy ich blok dotyczył skłonności badanych do wykorzystania narzędzia w postaci portalu oraz współpracującej z nim ogólnopolskiej infolinii obsługiwanej przez personel medyczny, która pomaga użytkownikom rozwiązywać różne problemy. Pytanie otwierające dotyczyło chęci wykorzystania portalu w celu rozwiązania prostych problemów zdrowotnych typu przeziębienie, biegunka lub ból głowy bez pomocy lekarza. 72% respondentów wyraziła swoją otwartość na tego typu formę pomocy w przedstawionych sytuacjach. Odpowiedzi negatywnych udzieliło 18% ankietowanych (wykres 8.).

Wykres 8. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś z portalu oraz współpracującej z nim ogólnopolskiej infolinii 24/7 obsługiwanej przez personel medyczny, która pomaga użytkownikom rozwiązywać proste problemy zdrowotne np. ból głowy, biegunka, przeziębienie bez pomocy lekarza? (N=454)



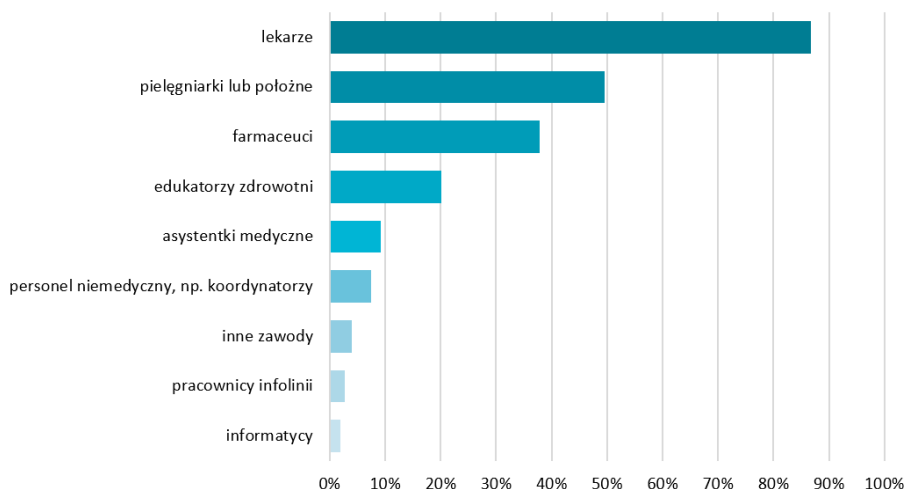
Na analogiczne pytanie dotyczące chęci skorzystania z portalu oraz infolinii medycznego wsparcia w codziennym radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, niewydolnością serca czy astmą), pozytywnych odpowiedzi udzieliło o 6 punktów procentowych ankietowanych więcej (łącznie 78%) (wykres 9. a natępniej stronie).

Wykres 9. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś portalu i współpracującej z nim 24/7 infolinii dedykowanej osobom z chorobami przewlekłymi, z którą osoby te mogłyby się skontaktować w celu uzyskania od personelu medycznego wsparcia w codziennym radzeniu sobie z chorobą (np. cukrzycą, niewydolnością serca czy astmą)? Gdybyś był/a osobą z chorobą przewlekłą... (N=454)



Brak zainteresowania opisaną usługą w sytuacji wystąpienia choroby przewlekłej wskazało 14% ankietowanych. Pytanie zakładało hipotetyczną sytuację bycia przewlekle chorym, ale w tym miejscu należy zauważyć, iż jako osoby będące pacjentami z chorobą przewlekłą status swój zadeklarowała co druga ankietowana osoba, co zostało wskazane w punkcie dotyczącym charakterystyki badanych. W grupie respondentów zmagających się z chorobami przewlekłymi odnotowano wyższy odsetek zdecydowanych do skorzystania z opisanego usługi (53%) niżeli pośród osób pozostałych (44%). Wyniki badania w zakresie odpowiedzi „raczej bym skorzystał” nie potwierdziły jednak analogicznej prawidłowości, gdyż wskazania takiego dokonało 27% spośród osób chorych przewlekle, natomiast 34% w grupie osób jakie zadeklarowały, iż nie cierpię na chorobę przewlekłą.

Wykres 10. Przedstawiciele jakich zawodów medycznych powini Twoim zdaniem udzielać wsparcia w ramach powyższych portali i infolinii? (N=454)

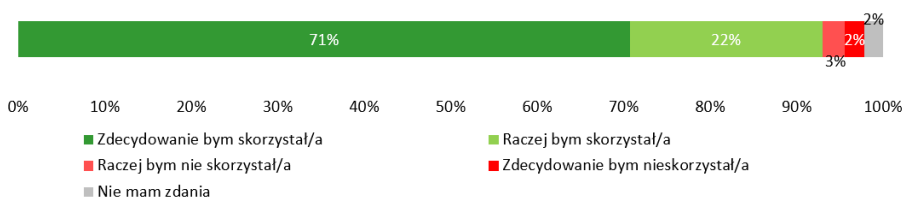


Badani poproszeni zostali także o wskazanie przedstawicieli zawodów medycznych jacy powini udzielać wsparcia w ramach powyższych portali i infolinii. Zdecydowana większość (87%) wskazała lekarzy, w drugiej kolejności plasowały się pielęgniarki i położne (50%), a dalej farmaceuci (38%), edukatorzy zdrowotni (20%) i asystentki medyczne (9%). Badani mieli możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi i wskazywali także potrzebę wsparcia przedstawicieli zawodów niemedycznych (wykres 10.). Wynik ten wskazuje na wyraźne przywiązanie respondentów do uzyskiwania informacji na temat zdrowia od lekarzy. Wobec zmieniającego się podziału zadań i odpowiedzialności między zawodami

medycznymi i przejmowania większej liczby zadań zwłaszcza dotyczących informacji przez inne niż lekarze zawody medyczne, wynik ten wskazuje na wyzwanie jakim będzie zbudowanie zaufania pacjentów do innych zawodów medycznych jako źródła informacji i wsparcia w sprawach związanych ze zdrowiem.

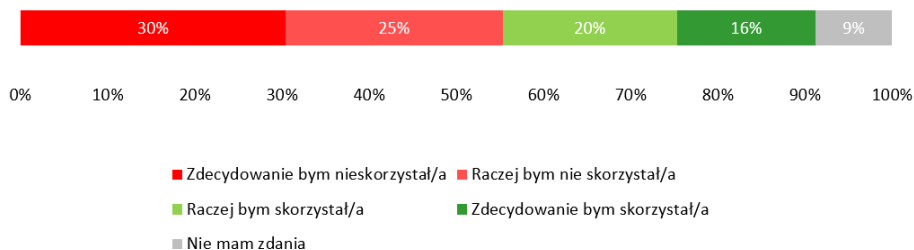
Liczba badanych, która zadeklarowała użycie przedstawionego portalu w celu sprawdzenia czasu oczekiwania na wizytę czy badanie, rejestrację do lekarza przez Internet czy też w zakresie doradztwa w wyborze miejsca leczenia w systemie publicznym, aby czas oczekiwania był najkrótszy (93%) wskazuje, iż rozwiązywanie tego typu zagadnień z udziałem nowoczesnych rozwiązań technologicznych dla wielu ludzi jest już obecnie nieomal naturalnym sposobem poszukiwania informacji i rozwiązywania tego typu spraw. Warto zauważyć, iż jedynie co dwudziesty ankietowany zadeklarował, iż nie skorzystałby z takiej usługi lub raczej by z niej nie skorzystał (wykres 11. poniżej).

Wykres 11. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś z portalu oraz ze współpracującej z nim ogólnopolskiej infolinii 24/7, która pomaga użytkownikom sprawdzić czas oczekiwania na wizytę czy badanie, zapisać się do lekarza przez internet i doradza w wyborze miejsca leczenia w systemie publicznym, aby czas oczekiwania był najkrótszy? (N=454)



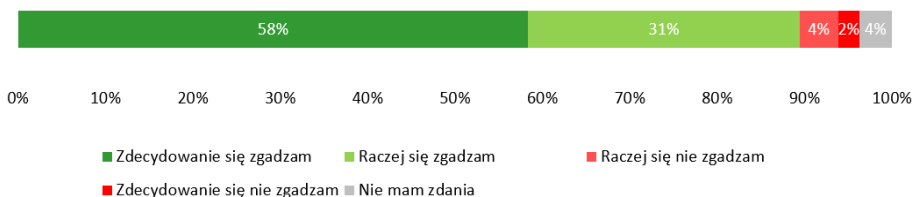
Zdecydowanie mniej zaufania do takiego rozwiązania wykazywali badani w sytuacji ewentualnej dalszej mechanizacji procesów obsługi związanych z obsługą zdarzeń zgłaszanych za pośrednictwem portalu, w drodze użycia sztucznej inteligencji lub automatycznej sekretarki. Ponad połowa badanych (55%) była przeciwna wskazując, iż w przypadku zastosowania opisanych rozwiązań automatyzujących zdecydowanie by nie skorzystała z takich portali (30%) lub raczej by z nich nie skorzystała (25%) (wykres 12. na następnej stronie).

Wykres 12. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś z powyższych portali i ogólnopolskiej infolinii 24/7 wspierających użytkowników w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych lub w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej, gdyby były one obsługiwane nie przez personel medyczny ale przez sztuczną inteligencję np. inteligentną automatyczną sekretarkę? (N=454)



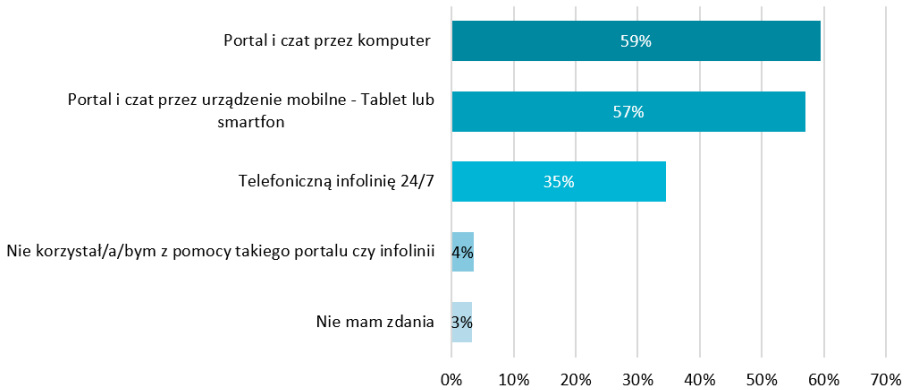
W badaniu wystąpiła duża zgodność respondentów (89%) co do potrzeby gromadzenia i udostępniania w sposób autoryzowany wiarygodnych danych dotycząca zdrowia i leczenia – dziewięciu na dziesięciu badanych potwierdza taką potrzebę; z czego zdecydowanie takiego zdania było 58% respondentów, 31% raczej się z nim zgadzało, a jedynie 6% była zdania przeciwnego (wykres 13.).

Wykres 13. Czy uważasz, że autoryzowana, wiarygodna i przystępnie podana wiedza dotycząca zdrowia i leczenia powinna być zgromadzona w jednym miejscu np. w publicznym portalu www.pacjent.gov.pl, z którego każdy obywatel mógłby korzystać w sprawach dotyczących zdrowia? (N=454)



Respondenci zostali zapytani także o sposób w jaki najchętniej korzystaliby z takiego systemu informacji, a w pytaniu tym mieli oni możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi (wykres 14. poniżej).

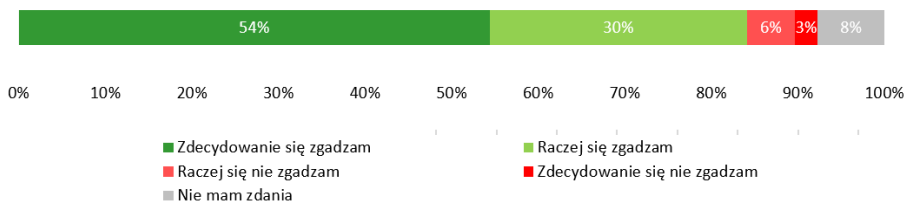
Wykres 14. Gdyby powstał ogólnopolski system informacji dla pacjentów najchętniej korzystał(a) byś z niego poprzez ... (N=454)



Jak wynika z analizy wykresu 14., gdyby powstał ogólnopolski system informacji ankietowani najczęściej korzystaliby z niego poprzez portal i czat przy użyciu komputera (59%) oraz urządzeń mobilnych typu tablet lub smartfon (57%), w dalszej kolejności wskazano całodobową infolinię (35%), jednak tylko co piąta osoba spośród osób zainteresowanych dostępem do serwisu za pośrednictwem infolinii uznała ten kanał komunikacji jako wystarczający, a tym samym wyłączny. Pozostali możliwość taką wybierali równolegle względem dostępu do funkcjonalności portalu oraz czatu za pośrednictwem komputera czy też urządzeń mobilnych.

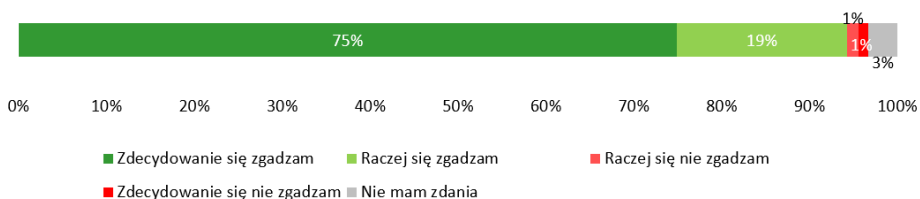
Ankietowani zgodni byli także co do założenia, iż w portalu takim powinny znaleźć się informacje o kontaktach do grup wsparcia pacjentów zajmujących się konkretnymi problemami zdrowotnymi, aby pomóc osobom szukającym informacji i wsparcia w chorobie - 84% badanych wskazało, iż zgadza się z powyższym założeniem lub iż raczej się z nim zgadza (wykres 15. a następnej stronie).

Wykres 15. Czy uważasz, że w takim portalu powinny się znaleźć informacje o kontaktach do pacjenckich grup wsparcia zajmujących się konkretnymi problemami zdrowotnymi, aby pomóc osobom szukającym informacji i wsparcia w chorobie? (N=454)



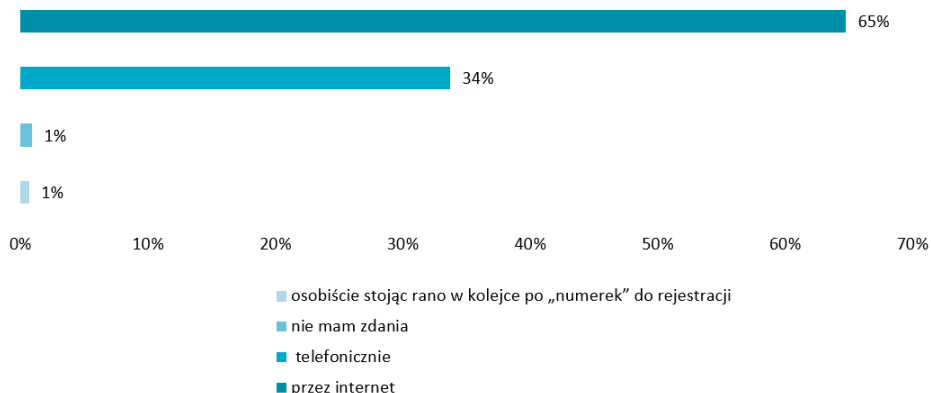
Duża zgodność ankietowanych widoczna jest także w ocenie przydatności rozwiązań informatycznych, które są w stanie w prosty sposób umożliwić użytkownikom sprawdzenie czasu oczekiwania i zapisywania się na świadczenia u świadczeniodawców w systemie publicznym poprzez Internet - 94% ankietowanych, przy czym aż ¾ ankietowanych przydatność takiego rozwiązania ocenia zdecydowanie pozytywnie, a blisko co piąty badany raczej pozytywnie (wykres 16.).

Wykres 16. Czy Twoim zdaniem przydatne byłoby rozwiązanie informatyczne, które w prosty sposób umożliwi użytkownikom sprawdzenie czasu oczekiwania na świadczenie u świadczeniodawców w systemie publicznym i zapisanie się na to świadczenie poprzez Internet? (N=454)



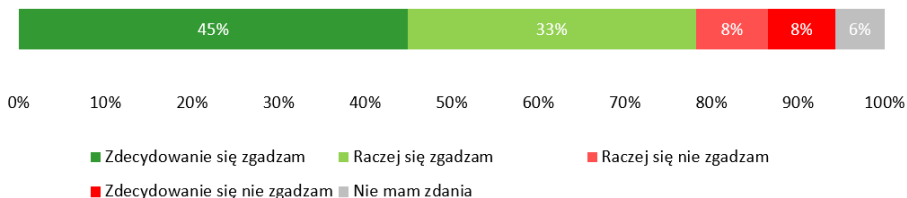
W świetle analizy poprzednich odpowiedzi trudno się dziwić, iż chęć umówienia się do lekarza rodzinnego osobiście stojąc rano w kolejce po „numerek” do rejestracji zadeklarowało zaledwie 1% badanych, pozostali wskazali, że najdogodniejszą dla nich formą kontaktu związaną z umawianiem wizyt u lekarza rodzinnego jest droga internetowa (65%) lub telefoniczna (34%). W pytaniu tym badani mieli możliwość wskazania wyłącznie jednej opcji sposobu załatwiania przedmiotowej sprawy (wykres 17. na następnej stronie).

Wykres 17. Do lekarza rodzinnego (POZ) chciał(a)bym się umawiać (N=454)



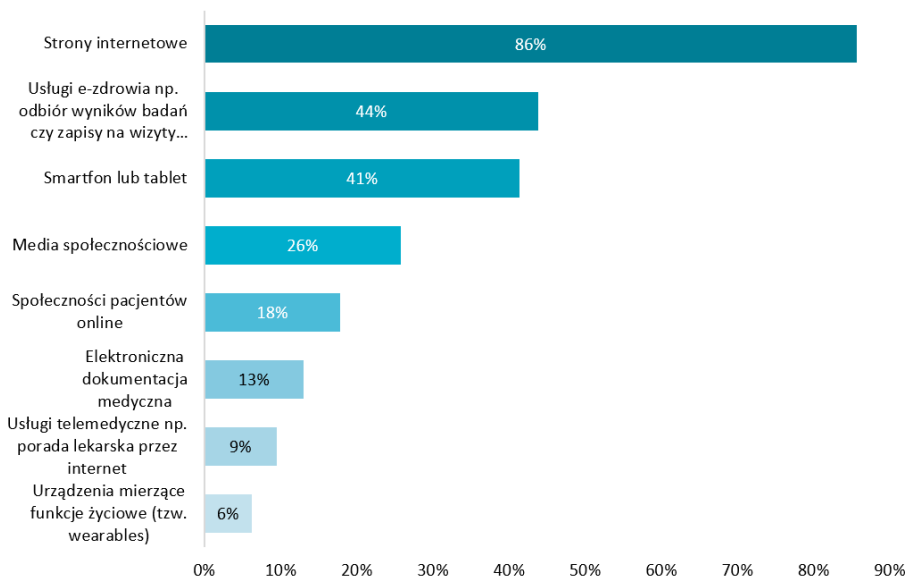
Co trzeci ankietowany widzi przydatność, nie tylko gromadzenia i udostępniania w sposób autoryzowany wiarygodnych danych dotyczących zdrowia i leczenia, ale także przechowywania ich w jednym miejscu jakim przykładowo może być portal pacjenta dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i udostępnianie jej wskazanemu personelowi medycznemu lub świadczeniodawcom – z czego zdecydowanie takiego zdania było 45% respondentów, a 33% raczej się z nim zgadzało. Zdania przeciwnego było 16% ankietowanych (wykres 18. poniżej).

Wykres 18. Czy Twoim zdaniem przydatne byłoby rozwiązanie, które umożliwi gromadzenie i bezpieczne przechowywanie w jednym miejscu (np. portalu pacjenta) dotyczącej Ciebie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i udostępnianie jej wskazanemu przez Ciebie personelowi medycznemu lub świadczeniodawcom? (N=454)



Wszyscy badani, w okresie ostatniego roku, korzystali w celach związanych ze zdrowiem z co najmniej jednej technologii informatycznej lub narzędzia e-zdrowia (wykres 19. poniżej).

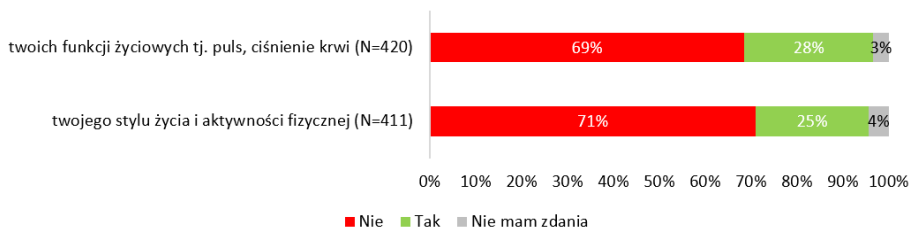
Wykres 19. Z których niżej wymienionych technologii informatycznych lub narzędzi e-zdrowia korzystałaś/eś w okresie ostatniego roku w celach związanych ze zdrowiem? (N=454)



Jak wynika z analizy wykresu 19, w celach związanych ze zdrowiem, badani głównie korzystali z następujących technologii informatycznych: strony internetowe (86%) i usługi e-zdrowia jak np. odbiór wyników badań (44%). Dodatkowo, co czwarty badany wykorzystywał do tego celu media społecznościowe, a blisko co piąty społeczności pacjentów *on-line*.

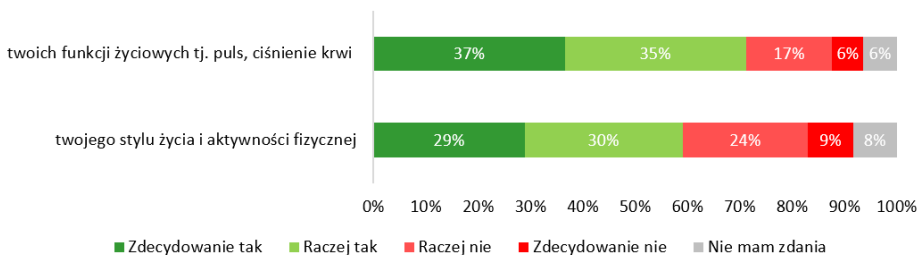
Co czwarty badany korzysta z urządzeń monitorujących i gromadzących dane dotyczące stylu życia i aktywności fizycznej, a 28% analizuje takimi urządzeniami funkcje życiowe tj. puls czy też ciśnienie krwi (wykres 20. a następnej stronie).

Wykres 20. Czy korzystasz z urządzenia, które monitoruje i gromadzi dane dotyczące: (N=454)



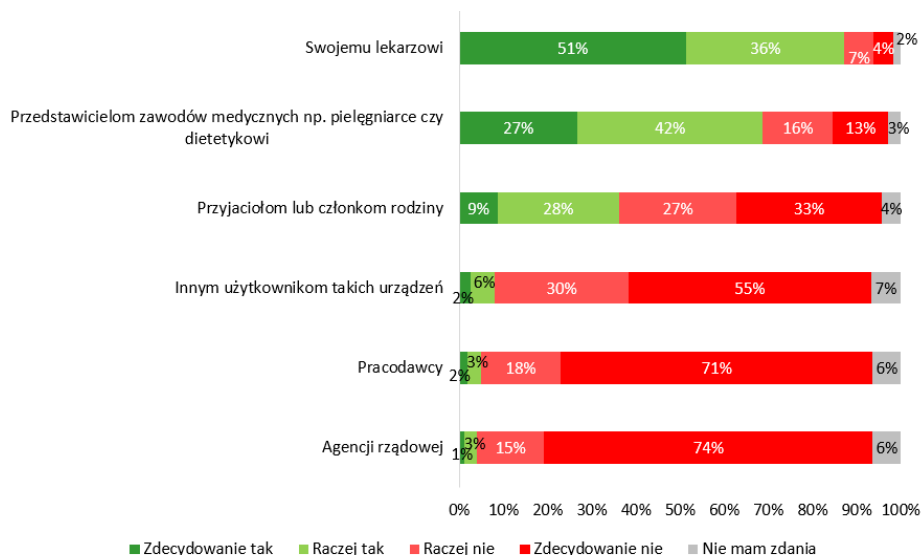
Chęć korzystania z rozwiązań w zakresie monitorowania i gromadzenia danych dotyczących funkcji życiowych takich jak puls czy ciśnienie krwi wykazało blisko trzy razy więcej badanych niż korzystających z opisanych funkcjonalności obecnie - łącznie 72%. Niewiele mniejszą rozbieżność wykazały wyniki dotyczące rozwiązań w zakresie monitorowania stylu życia i aktywności fizycznej. Odnotowane rozbieżności względem faktycznego korzystania z takich rozwiązań a zainteresowaniem nimi, skłaniają do konieczności zastanowienia się nad przyczynami opisanego stanu rzeczy i wyciągnięcia niezbędnych wniosków, w tym także na bazie danych dotyczących ściągalności i wykorzystania aplikacji mobilnych przez polskich użytkowników urządzeń mobilnych (wykres 21. poniżej).

Wykres 21. Czy chciałbyś / chciałybyś korzystać z urządzenia, które monitoruje i gromadzi dane dotyczące: (N=454)



Należy zauważyć, że blisko dziewięć na dziesięć osób zadeklarowało chęć udostępnienia danych, gromadzonych za pomocą urządzenia monitorującego stan zdrowia, swojemu lekarzowi, a 69% badanych innym przedstawicielom zawodów medycznych, jak np. pielęgniarki czy dietetykowi. Znacznie mniej badanych, bo 37% - gotowa jest podzielić się takimi informacjami z przyjaciółmi lub członkami rodziny (wykres 22. na następnej stronie).

Wykres 22. Czy byłbyś skłonny udostępnić dane gromadzone przez to urządzenie: (N=454)



Analizując wykres 22. można zauważyć, że badani nie wykazali skłonności do dzielenia się informacjami na temat swojego stanu zdrowia, uzyskanymi dzięki urządzeniom monitorującym z agencjami rządowymi (89%), pracodawcami (89%), a nawet innymi użytkownikami takich urządzeń (85%).

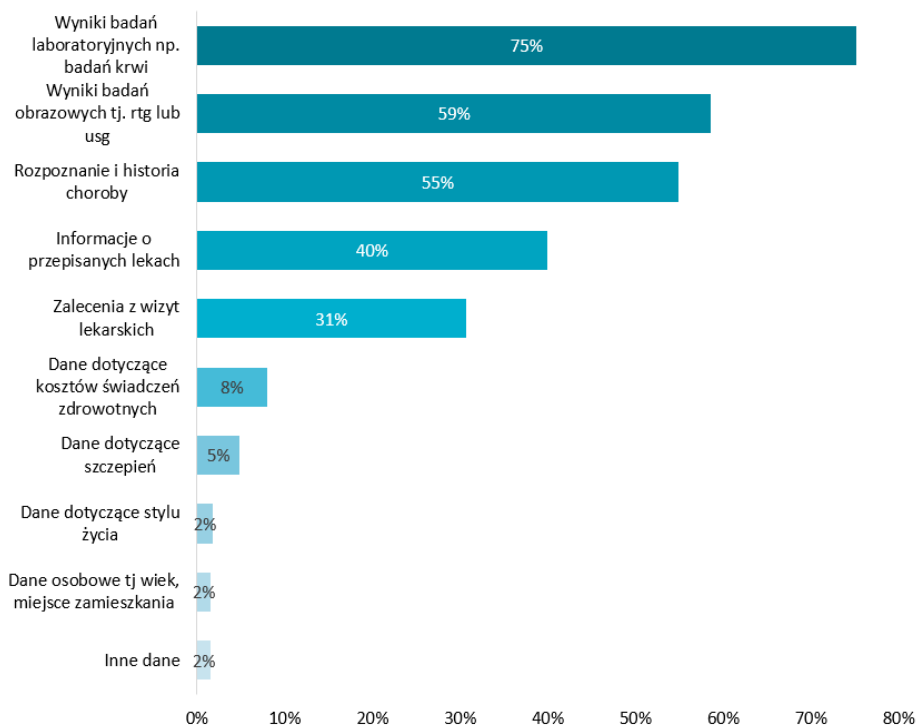
Trzeba zauważyć, że więcej niż połowa badanych (blisko 63%) nie korzystała jeszcze z własnej elektronicznej dokumentacji medycznej np. na portalu świadczeniodawcy lub stronie NFZ (np. ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta) (wykres 23.).

Wykres 23. Czy kiedykolwiek korzystałeś z własnej elektronicznej dokumentacji medycznej np. na portalu świadczeniodawcy lub stronie NFZ (np. portal ZIP)? (N=454)



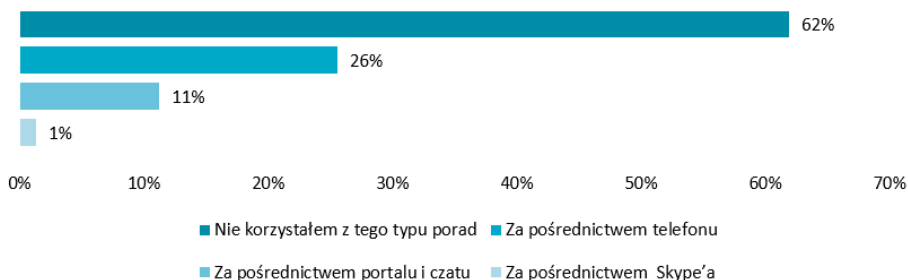
Zdaniem respondentów, najważniejsze znaczenie dla ich zdrowia wśród informacji zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej mają wyniki laboratoryjne (75%), wyniki badań obrazowych (59%) oraz rozpoznanie i historia choroby (55%), a także informacje o przepisanych lekach (40%) i zlecanych wizytach lekarskich (31%) (wykres 24.).

Wykres 24. Jakie informacje zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej mają Twoim zdaniem najważniejsze znaczenie dla Twojego zdrowia? (N=454)



Ze zdalnych porad medycznych, czyli w formie innej niż bezpośredni kontakt z personelem medycznym w gabinecie nie korzystało jeszcze jak dotąd 62% badanych (wykres 25. na następnej stronie).

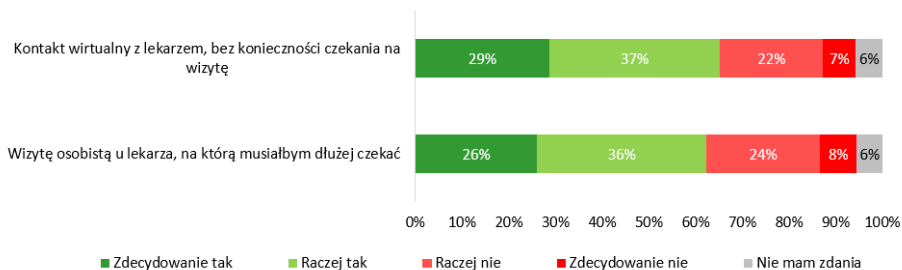
Wykres 25. Czy kiedykolwiek korzystałaś/eś ze zdalnych porad medycznych czyli w formie innej niż bezpośredni kontakt z personelem medycznym w gabinecie? (N=454)



Z wykresu 25. wynika, iż ze zdalnych porad medycznych z użyciem telefonu skorzystało 26% respondentów, a 11% z wykorzystaniem portalu i czatu. Jedynie 1% badanych skorzystało z porad medycznych za pośrednictwem Skype'a.

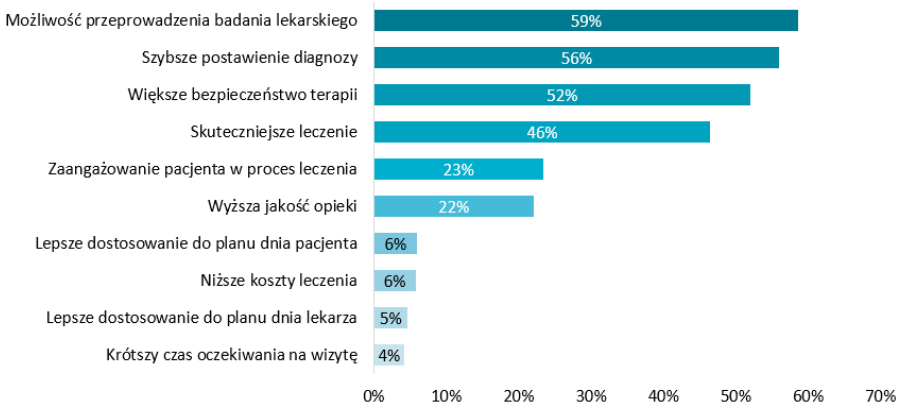
Preferencje badanych co do wirtualnego kontaktu z lekarzem czy też osobistej wizyty u lekarza, na którą pacjent by musiał dłużej czekać kształtowały się na bardzo zbliżonym poziomie co ilustruje zamieszczony poniżej wykres 26.

Wykres 26. Gdybyś mógł/mogła wybrać, wołała/wolałabyś: (N=454)



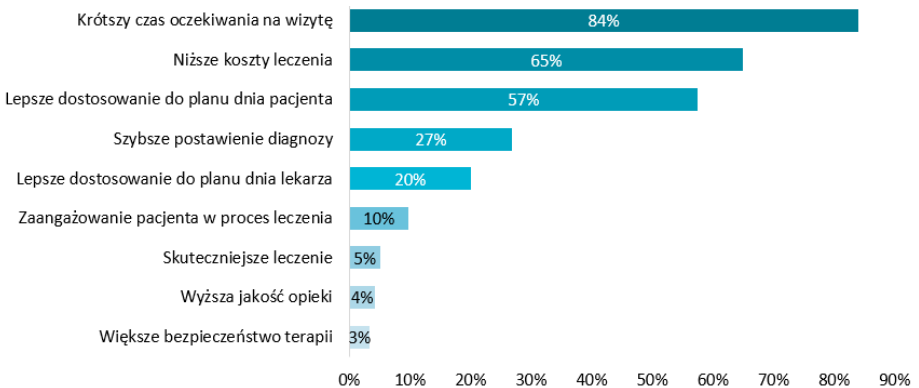
Za najważniejsze korzyści wynikające z wizyty u lekarza w gabinecie, badani najczęściej uznali możliwość przeprowadzenia badania lekarskiego (59%), możliwość szybszego postawienia diagnozy (59%) oraz większe bezpieczeństwo terapii (52%). Zdaniem (46%) ankietowanych, za osobistą wizytą u lekarza przemawia także skuteczniejszość leczenia (wykres 27. na następnej stronie).

Wykres 27. Wskaż trzy najważniejsze korzyści z wizyty u lekarza w gabinecie (N=454)



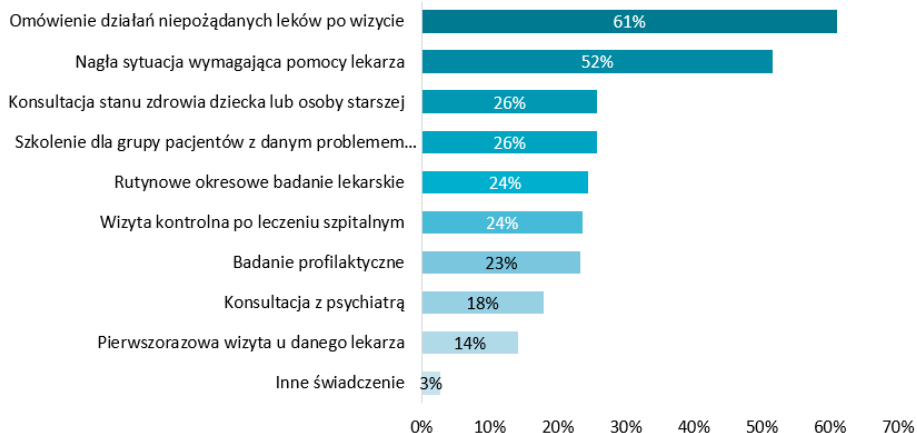
Najczęściej dostrzeganą przez ankietowanych korzyścią porad wirtualnych (telemedycznych) były krótszy czas oczekiwania na wizytę (84%), niższe koszty leczenia (65%), możliwość lepszego dostosowania do planu dnia pacjenta (57%). Warto także zauważyć, iż 27% badanych uważała, że to właśnie dzięki wirtualnym poradom istnieje możliwość szybszego postawienia diagnozy (wykres 28.).

Wykres 28. Wskaż trzy najważniejsze korzyści z porady wirtualnej (telemedycznej) (N=454)



Na pytanie „które spośród świadczeń medycznych byłbyś skłonny uzyskać wirtualnie” - 61% badanych wskazało omówienie działań niepożądanych leków po wizycie, a co drugi badany wyraził skłonność do skorzystania z wirtualnej pomocy lekarza w nagłej sytuacji (wykres 29.).

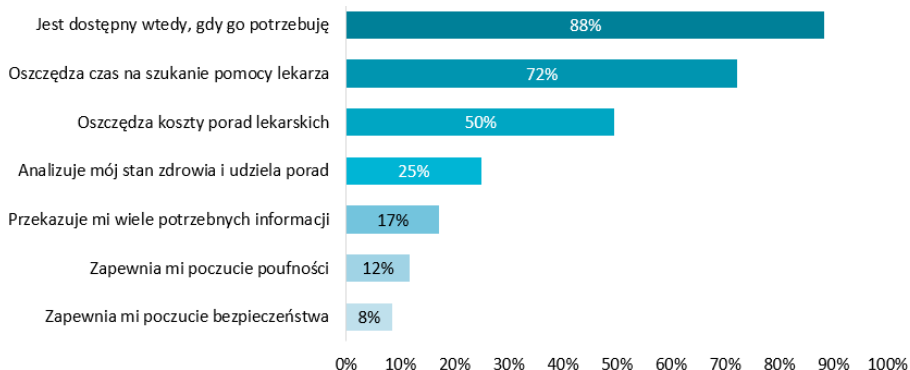
Wykres 29. Które z poniższych świadczeń medycznych była/byś skłonna/y uzyskać wirtualnie? (N=454)



Analizując powyższy wykres można zauważyć, że blisko co czwarty badany skłonny jest także wirtualnie konsultować stan zdrowia dziecka lub osoby starszej, odbyć szkolenie dedykowane grupie pacjentów z danym problemem zdrowotnym, poddać się rutynowym okresowym badaniom lekarskim czy też odbyć wirtualną wizytę po leczeniu szpitalnym, a także odbyć badania profilaktyczne.

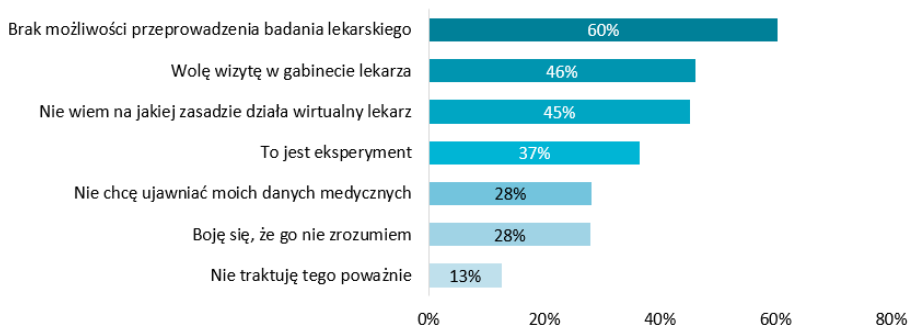
Wśród motywacji związanych z chęcią skorzystania z usług wirtualnego lekarza najczęściej wskazywaną była dostępność (88%). Na drugim miejscu badani wskazywali oszczędność czasu (72%), a dalej kosztów porad lekarskich (50%). Dla 12% badanych powodem do ewentualnego skorzystania z pomocy wirtualnego lekarza było zapewnienie poczucia poufności (wykres 30. na następnej stronie).

Wykres 30. Wybierz trzy powody dla których skorzystał(a)/byś z usług wirtualnego lekarza (N=454)



Najczęściej wskazywanym powodem blokującym chęć ewentualnego skorzystania z porad wirtualnego lekarza był brak możliwości przeprowadzenia badania lekarskiego (60%) (wykres 31. poniżej).

Wykres 31. Wybierz trzy powody dla których nie skorzystał(a)/byś z usług wirtualnego lekarza (N=454)



Z analizy pozostałych wskazań respondentów motywujących decyzję o niekorzystaniu z usług wirtualnego lekarza wyłania się obraz rodzący konieczność działań edukacyjno-promocyjnych. Blisko połowa badanych (45%) odpowiedziała bowiem, iż nie wie jak działa wirtualny lekarz, a 37% uznało, iż nie chce brać udziału w eksperymencie. Natomiast 28% respondentów umotywoowało swoją decyzję obawą związaną z możliwością braku zrozumienia wirtualnego lekarza, a 13% stwierdziło, iż nie traktuje tego poważnie. Warto

zauważyć, iż podobny argument dotyczący zachowania poufności względem braku chęci ujawniania danych medycznych wskazywany był przez część badanych zarówno jako czynnik będący motywacją jak i czynnik blokujący chęć skorzystania z usług wirtualnego lekarza. Analogiczna sytuacja była wskazana już wcześniej, gdzie część badanych uważała, że możliwość szybszego postawienia diagnozy jest cechą usług wirtualnych, a część wiązała ją z osobistą wizytą u lekarza. Blisko co ósma osoba gotowa była korzystać z usług wirtualnego lekarza, gdyż uważała, że właśnie ta forma realizacji świadczeń medycznych zapewnia im poczucie poufności, gdzie jednocześnie 28% badanych ze względu na swoje obawy co do ujawniania danych medycznych z opisanych usług nie chciałaby korzystać. Ambiwalencja podobnych argumentów może wskazywać na poruszanie się badanych bardziej w sferze domysłów i spekulacji niż rzetelnej wiedzy na temat sposobu funkcjonowania usług wirtualnego lekarza.

Jedynie 13% respondentów zadeklarowało, że w okresie ostatniego roku mieli kontakt w sprawach swojego zdrowia ze sztuczną inteligencją np. poprzez korzystanie z tzw. wirtualnych diagnostów, kalkulatorów długości życia czy zegarków wykrywających zaburzenia rytmu serca (wykres 32. poniżej).

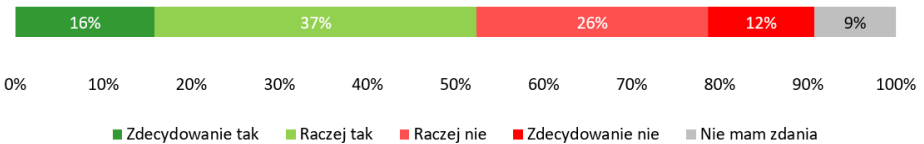
Wykres 32. Czy miałeś w okresie ostatniego roku kontakt w sprawach swojego zdrowia ze sztuczną inteligencją (np. poprzez korzystanie z tzw. wirtualnych diagnostów, kalkulatorów długości życia czy zegarków wykrywających zaburzenia rytmu serca)? (N=454)



Ankietowanym przedstawiono w pytaniu „wizję” wirtualnego lekarza władającego dowolnym wybranym językiem, w którym zadaje on pytania i udziela odpowiedzi dotyczące stanu zdrowia pacjenta, wystawia zwolnienia i skierowania, przepisuje leki, stawia diagnozy i pomaga poruszać się po systemie opieki zdrowotnej, dostępnego bez opłat, w każdym terminie i za pośrednictwem wszystkich najpopularniejszych urządzeń takich jak komputer, tablet, telefon, zegarek, ale obsługiwanego przez sztuczną inteligencję. Należy podkreślić, że możliwość korzystania z usług wirtualnego lekarza zyskała więcej zwolenników (53%) niż przeciwników (38%). Zdecydowanych do skorzystania z takiej

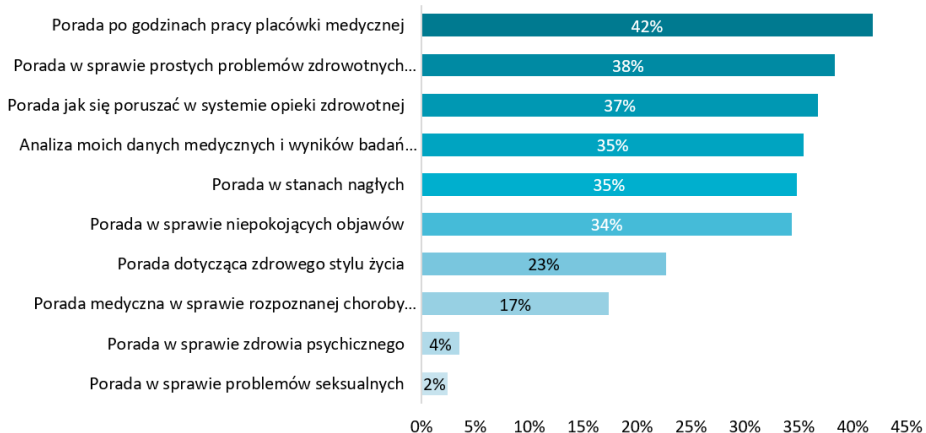
usługi było 16% badanych, natomiast 12% wyraziło pogląd zdecydowanie przeciwny. Uwagę zwraca duży udział osób, których odpowiedzi były na raczej tak (37%) oraz raczej nie (26%) (wykres 33. poniżej).

Wykres 33. Wyobraź sobie wirtualnego lekarza obsługiwane przez sztuczną inteligencję, z którym możesz się skontaktować w dowolnym terminie, poprzez dowolne urządzenie takie jak komputer, tablet, telefon, zegarek, bez żadnych opłat. Możesz do niego napisać lub z nim rozmawiać we własnym języku. Wirtualny lekarz zadaje pytania dotyczące Twojego stanu zdrowia, udziela odpowiedzi i szczegółowych porad zdrowotnych, wystawia zwolnienia i skierowania, przepisuje leki, stawia diagnozę i pomaga poruszać się po systemie opieki zdrowotnej. Czy skorzystała/byś z usług takiego wirtualnego lekarza? (N=454)



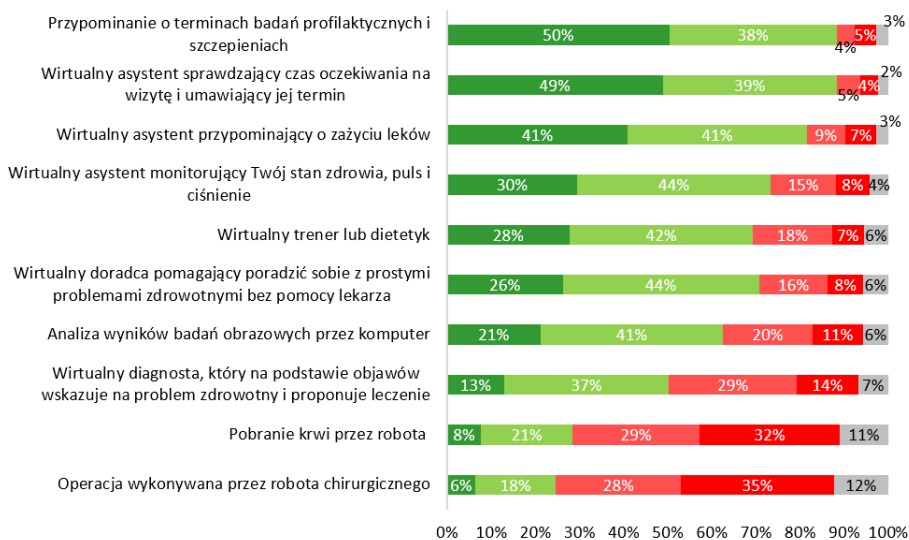
Zastosowanie sztucznej inteligencji przy realizacji usług zdrowotnych po godzinach pracy placówki medycznej akceptuje 42% respondentów, niewiele mniej, bo 38 i 37% w przypadkach porad w sprawie prostych problemów zdrowotnych czy też porad co do sposobu poruszania się po systemie opieki zdrowotnej. Co trzeci ankietowany skłonny jest zawierzyć sztucznej inteligencji w przypadku analizy danych medycznych i wyników badań lub też zwrócić się o poradę w sytuacji stanów nagłych lub niepokojących objawów, a co czwarty względem zdrowego stylu życia. Badani nie widzieli jednak możliwości zastosowania sztucznej inteligencji w zakresie porad w sprawie zdrowia psychicznego czy też w sprawie problemów seksualnych (wykres 34. na następnej stronie).

Wykres 34. Kiedy byłabyś/byłbyś skłonny skorzystać z usług zdrowotnych świadczonych przez sztuczną inteligencję? (N=454)



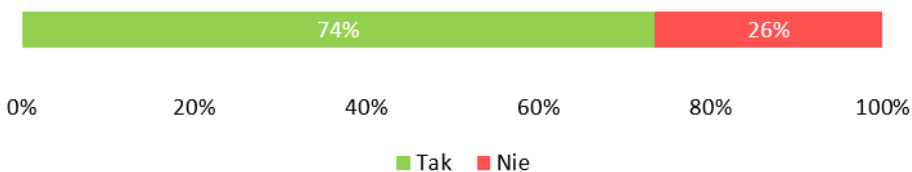
Zastosowanie sztucznej inteligencji nie budzi zastrzeżeń większości badanych w zakresie wsparcia technicznych procesów obsługi takich jak: przypomnienie o terminach badań profilaktycznych i szczepieniach oraz sprawdzenie czasu oczekiwania na wizytę i umówienie jej terminu (88%), czy też w zakresie realizacji wirtualnej asysty przypominającej o konieczności zażycia leków (82). Dla blisko $\frac{3}{4}$ spośród badanych wirtualna inteligencja może monitorować puls i ciśnienie krwi, a także zastąpić dietetyka czy też trenera. Większość badanych obawia się jednak wykorzystania sztucznej inteligencji w procedurach medycznych związanych z inwazją w ludzkie ciało czy też organizm jako taki (wykres 35. na następnej stronie).

Wykres 35. Czy skorzystała/byś z usług medycznych świadczonych z zastosowaniem sztucznej inteligencji? (N=454)

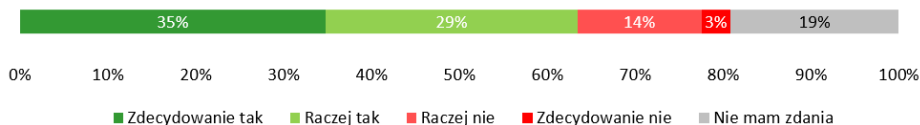


Blisko $\frac{3}{4}$ ankietowanych posiadało wiedzę, iż leki będą przypisywane w systemie tzw. recepty elektronicznej, a 64% fakt ten uznało jako ułatwiający wykup zapisanych przez lekarza leków. (wykres 36. oraz 37. poniżej).

Wykres 36. Czy wiesz, że wkrótce leki będą przepisywane na receptę elektronicznej? (N=454)

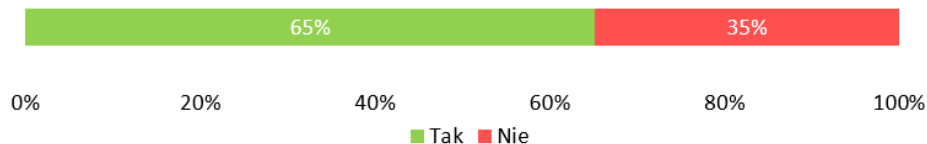


Wykres 37. Czy uważasz, że recepta elektroniczna ułatwi pacjentom proces wykupu leków zleconych przez lekarza? (N=454)

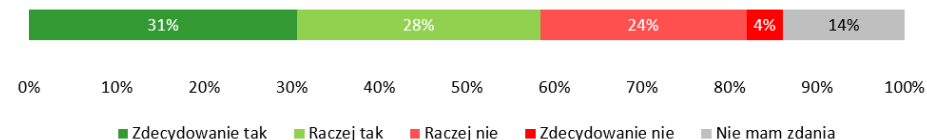


W zdecydowanej większości (65%) badani posiadali także wiedzę, iż wkrótce skierowania wystawiane przez lekarzy będą realizowane w formie elektronicznej, a 59% respondentów uznała, iż fakt ten ułatwi pacjentom proces zapisu na wizyty do lekarzy specjalistów (wykres 38. oraz 39. poniżej).

Wykres 38. Czy wiesz, że wkrótce skierowania wystawiane przez lekarza będą w formie elektronicznej? (N=454)

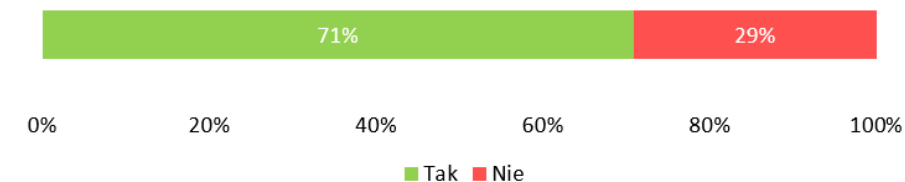


Wykres 39. Czy uważasz, że skierowanie elektroniczne ułatwi pacjentom proces zapisu na wizyty do lekarzy specjalistów? (N=454)

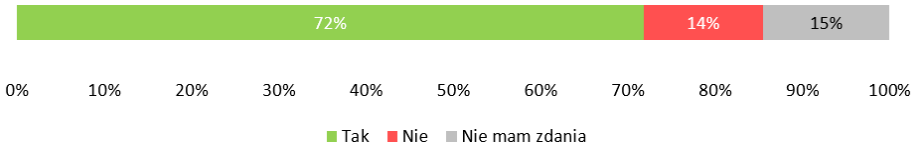


Wiedząc o do faktu, iż już niebawem dokumentacja medyczna będzie w formie elektronicznej dysponowało 71% badanych, a jeden punkt procentowy więcej respondentów uznało, iż elektroniczna dokumentacja medyczna będzie dla pacjentów dobrym źródłem informacji o uzyskanych świadczeniach (wykres 40. oraz 41.).

Wykres 40. Czy wiesz, że wkrótce dokumentacja medyczna będzie w formie elektronicznej? (N=454)



Wykres 41. Czy uważasz, że elektroniczna dokumentacja medyczna będzie dla pacjentów dobrym źródłem informacji o uzyskanych świadczeniach? (N=454)



4.4. Analiza wyników i dyskusja badania

Liczba pozytywnych opinii dotyczących potrzeby kompleksowego systemu informacji i wsparcia pacjentów wskazuje nie tylko na dużą otwartość badanych dla tego typu rozwiązań, ale także na określone zapotrzebowanie społeczne w tym zakresie, któremu nadal towarzyszy relatywnie niski stopień wykorzystania rozwiązań już dostępnych. Wśród przyczyn istniejącego stanu rzeczy można upatrywać m.in. liczne obszary deficytów wiedzy u respondentów, ale te mogą i powinny być szybko uzupełnione poprzez odpowiednie działania edukacyjno-promocyjne.

Bardzo niewielu respondentów jest chętnych do umawiania się do lekarza rodzinnego w sposób tradycyjny, czyli osobiście stojąc rano w kolejce po „numerek” do rejestracji (zaledwie 1%). Pozostali wskazują, iż najdogodniejszą dla nich formą kontaktu związaną z umawianiem wizyt do lekarza rodzinnego jest droga internetowa (65%) lub telefoniczna (34%).

Podobne preferencje wykazali badani względem sposobu dostępu do systemu informacji, gdzie najczęściej wskazywano na wykorzystanie portalu i czatu przy użyciu komputera (59%) oraz urządzeń mobilnych typu tablet lub smartfon (57%). W dalszej kolejności wskazano całodobową infolinię (35%), jednak tylko co piąta osoba spośród osób zainteresowanych dostępem do serwisu za pośrednictwem infolinii uznała ten kanał komunikacji jako wystarczający, a tym samym wyłączny.

Rozwiązywanie prostych spraw typu sprawdzenie czasu oczekiwania na wizytę czy badanie, jak też rejestracja do lekarza przez Internet, dla wielu ludzi jest już obecnie naturalnym

sposobem poszukiwania informacji. Blisko $\frac{3}{4}$ badanych skłonna jest także szukać zdalnej pomocy w celu rozwiązania prostych problemów zdrowotnych typu przeziębienie, biegunka lub ból głowy bez pomocy lekarza, ale przez personel medyczny. O 6 punktów procentowych więcej respondentów (łącznie 78%), wyraziło chęć skorzystania z portalu oraz infolinii medycznego wsparcia w sytuacji napotkania ewentualnej konieczności codziennego radzenia sobie z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, niewydolnością serca czy astmą).

Rzecz ma się nieco odmiennie, kiedy realizacja takich usług miałaby być wspierana z wykorzystaniem sztucznej inteligencji czy nawet prostych urządzeń wspierających jak automatyczna sekretarka. Otwartość badanych na taki sposób realizacji tego typu usług staje się wówczas o blisko połowę niższa. Zastosowanie sztucznej inteligencji nie budzi zastrzeżeń u większości badanych w zakresie wsparcia technicznych procesów obsługi takich jak: przypomnienie o terminach badań profilaktycznych i szczepieniach oraz sprawdzenie czasu oczekiwania na wizytę czy umówienie jej terminu (88%) lub też w zakresie realizacji wirtualnej asysty przypominającej o konieczności zażycia leków (82%). Dla blisko $\frac{3}{4}$ spośród badanych wirtualna inteligencja może monitorować puls i ciśnienie krwi, a także zastąpić dietetyka czy też trenera. Trzeba jednak podkreślić, że większość badanych obawia się wykorzystania sztucznej inteligencji w procedurach medycznych będących w bezpośredniej styczności z ludzkim organizmem. Na pobranie krwi przez robota zdecydowałoby się 29% respondentów, przy czym blisko $\frac{3}{4}$ z nich była jedynie swojej decyzji raczej pewna. Podobny sceptycyzm badani wykazali względem realizacji ewentualnej operacji przez robota chirurgicznego: na zabieg taki wprawdzie otwarty był blisko co czwarty badany, ale również w tym przypadku $\frac{3}{4}$ osób spośród tej grupy była jedynie raczej pewna swojej decyzji niż zdecydowana. Respondenci wyraźnie oczekują udziału przedstawicieli zawodów medycznych w procesie realizacji świadczeń jak i porad, w tym także zdalnych. Głównie Liczą oni głównie na obecność lekarzy, pielęgniarek i położnych, a także farmaceutów.

Dziewięciu na dziesięciu respondentów dostrzega potrzebę gromadzenia i udostępniania w sposób autoryzowany wiarygodnych danych dotyczących zdrowia i leczenia. Co czwarty badany korzysta z urządzeń monitorujących i gromadzących dane dotyczące stylu życia i aktywności fizycznej. Na uwagę zasługuje także fakt, iż chęć korzystania z takich rozwiązań deklaruje blisko trzy razy więcej badanych niż respondentów obecnie

korzystających z opisanych urządzeń i funkcjonalności. Co do zasady respondenci są także otwarci, aby danymi takimi się dzielić, lecz nie z każdym. Blisko dziewięć na dziesięć spośród osób udzielających odpowiedzi nie miała zastrzeżeń, aby dane takie udostępnić swojemu lekarzowi, a 69% badanych gotowa była przekazać takie informacje innym przedstawicielom zawodów medycznych, jak np. pielęgniarki czy dietetykowi. Znacznie mniej badanych, bo 37%, gotowa jest podzielić się gromadzonymi informacjami w opisanym zakresie z przyjaciółmi lub członkami rodziny. Na uwagę zasługuje także fakt, iż badani nie chcą dzielić się przedmiotowymi informacjami z agencjami rządowymi (89%), pracodawcami (89%), a nawet innymi użytkownikami podobnych urządzeń (85%).

Blisko $\frac{3}{4}$ ankietowanych posiadało wiedzę, iż niebawem leki będą przypisywane w systemie tzw. recepty elektronicznej, a 64% biorących udział w badaniu fakt ten uznało jako ułatwiający wykup zapisanych przez lekarza leków. Podobny poziom wiedzy respondenci wykazali względem wprowadzanej elektronicznej formy dokumentacji medycznej. 71% badanych uznała, iż będzie ona dla pacjentów dobrym źródłem informacji o uzyskanych świadczeniach. Nieco mniej badanych (65%) posiadało wiedzę, iż skierowania wystawiane przez lekarzy, wkrótce będą realizowane także w formie elektronicznej. W oczach 59% respondentów fakt ten ułatwi jednak pacjentom proces zapisu na wizyty do lekarzy specjalistów.

Badanie dostarcza wielu informacji wskazujących bezpośrednio lub pośrednio na znaczne potrzeby w zakresie edukacji jak i promocji. Jednym z przykładów może być temat sposobu funkcjonowania usług wirtualnego lekarza, gdzie 45% badanych odpowiedziało literalnie, iż nie wie jak wirtualny lekarz działa, 37% uznało, iż nie chce brać udziału w eksperymencie, natomiast 28% respondentów umotywowowało swoją niechęć obawą związaną z możliwością braku zrozumienia wirtualnego lekarza, a 13% stwierdziło, iż nie traktuje tego poważnie. Należy również zauważyć, iż podobny argument dotyczący zachowania poufności względem braku chęci ujawniania danych medycznych wskazywany był przez część badanych zarówno jako czynnik będący motywacją pozytywną jak i powód blokujący chęć skorzystania z usług wirtualnego lekarza. Analogiczna sytuacja dotyczyła oceny szybkości postawienia diagnozy, gdzie w oczach części badanych to cecha usług wirtualnych, a część wiązała ją z koniecznością osobistej wizyty u lekarza.

Jak wynika także z omawianego badania, w którym co należy podkreślić, jako osoby

będące pacjentami z chorobą przewlekłą status swój zadeklarowała ponad połowa ankietowanych, blisko 63% respondentów nie korzystało jeszcze z własnej elektronicznej dokumentacji medycznej na portalach świadczeniodawców lub stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, np. ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Zbliżona jest także liczba respondentów, która nie doświadczyła jeszcze zdalnych porad medycznych, czyli w formie innej niż bezpośredni kontakt z personelem medycznym w gabinecie, a jedynie 13% respondentów zadeklarowało, iż w okresie ostatniego roku mieli kontakt w sprawach swojego zdrowia ze sztuczną inteligencją np. poprzez korzystanie z tzw. wirtualnych diagnostów, kalkulatorów długości życia czy zegarków wykrywających zaburzenia rytmu serca. Interesujący jest również fakt, że czwarty badany deklaruje jednak, iż korzysta z urządzeń monitorujących i gromadzących dane dotyczące stylu życia, aktywności fizycznej czy też podstawowych funkcji życiowych. Należy podkreślić, że chęć korzystania z takich rozwiązań wskazuje blisko trzy razy więcej respondentów niż uczestników badania obecnie korzystających z opisanych urządzeń czy też funkcjonalności.

Zwraca uwagę przywiązanie respondentów do lekarzy jako zawodu medycznego udzielającego pacjentom informacji i wsparcia. Wynik ten wskazuje na wyzwanie jakim będzie przekazanie części odpowiedzialności i zadań przez lekarzy na inne zawody medyczne jako nieuchronnego elementu transformacji w ochronie zdrowia.

Reasumując wyniki badania, należy podkreślić, że z jednej strony daje się zauważyć duża otwartość badanych i dość jasno artykułowane oczekiwania względem przedstawianych rozwiązań. Jednocześnie można zaobserwować relatywnie niski poziom wykorzystania rozwiązań już dostępnych. Zważywszy jednak na wysoki i stale rosnący poziom wykorzystania różnych serwisów i rozwiązań informatycznych w codziennym życiu Polaków¹¹³, jak i na wysoki poziom kompetencji zdrowotnych obywateli RP należy uznać, iż kompleksowy system informacji i wsparcia pacjentów dysponuje ogromnym potencjałem.

113 *Korzystanie z internetu*, Komunikat z Badań nr 49/2017, Fundacja CBOS, Warszawa 2017, s. 1.

5. Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki

Badani są za wprowadzeniem portalu internetowego i infolinii dla pacjentów. Na pytanie, jakie zawody powinny obsługiwać portal i infolinię, odpowiadali oni, że to zależy od problemu z jakim by się dzwoniło. Na pewno musiałyby to być osoby dobrze przeszkolone, kompetentne. Większość badanych chciałaby, żeby wszystko było w jednym miejscu, na jednym portalu ale żeby informacje były aktualne. Skarżą się, że w chwili obecnej muszą poszukiwać interesujących ich informacji na bardzo wielu stronach internetowych. Byliby bardzo zadowoleni, gdyby na takim portalu mogli uzyskać informacje o rzeczywistym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń medycznych. W ich ocenie, obecnie podawane dane są danymi nierzetelnymi.

Respondenci jak najbardziej chcieliby korzystać z zapisów na wizyty i badania przez Internet, ale wtedy osoby starsze miałyby ograniczenia korzystania z tej możliwości. Ankietowani chcieliby również mieć możliwość umawiania wizyt telefonicznie, pod warunkiem, że pracownik rejestracji odbierałby telefony.

Niektórzy badani obawialiby się „wycieku danych”, jeśli cała ich karta medyczna byłaby dostępna on-line. Niektórzy respondenci uważają, że ułatwiłoby to pracę lekarzom w momencie, gdyby pacjent nie miał ze sobą np. wszystkich wyników badań.

Badani chętnie korzystają z takich usług jak odbiór wyników badań przez Internet, wyszukiwanie informacji na tematy medyczne, tylko niektórzy posiadają swoje konto na portalu ZIP.

Badani chętnie korzystaliby z usług zdalnych, ale tylko w „lekkich” przypadkach.

W poważniejszych sprawach chcieliby spotkać się osobiście z lekarzem. Uważają, że nic nie jest w stanie zastąpić osobistego kontaktu. Wizyta zdalna nie jest dla nich do końca wiarygodna, ponieważ lekarz nie ma możliwości zbadania pacjenta, może też przeprowadzić tylko niepełny wywiad, co utrudni postawienie diagnozy. Wizyty zdalne są natomiast dobrze odbierane przez osoby z niepełnosprawnością.

Badani uważają, że zdalne wizyty, zdalne wystawianie recept w celu kontynuacji leczenia mogą zmniejszyć kolejki do lekarzy. Jest to dla nich dobre rozwiązanie, szczególnie w przypadku choroby przewlekłej, gdy przyjmują długo te same leki. Ich zdaniem nie marnowałoby dzięki temu czasu swojego i lekarza.

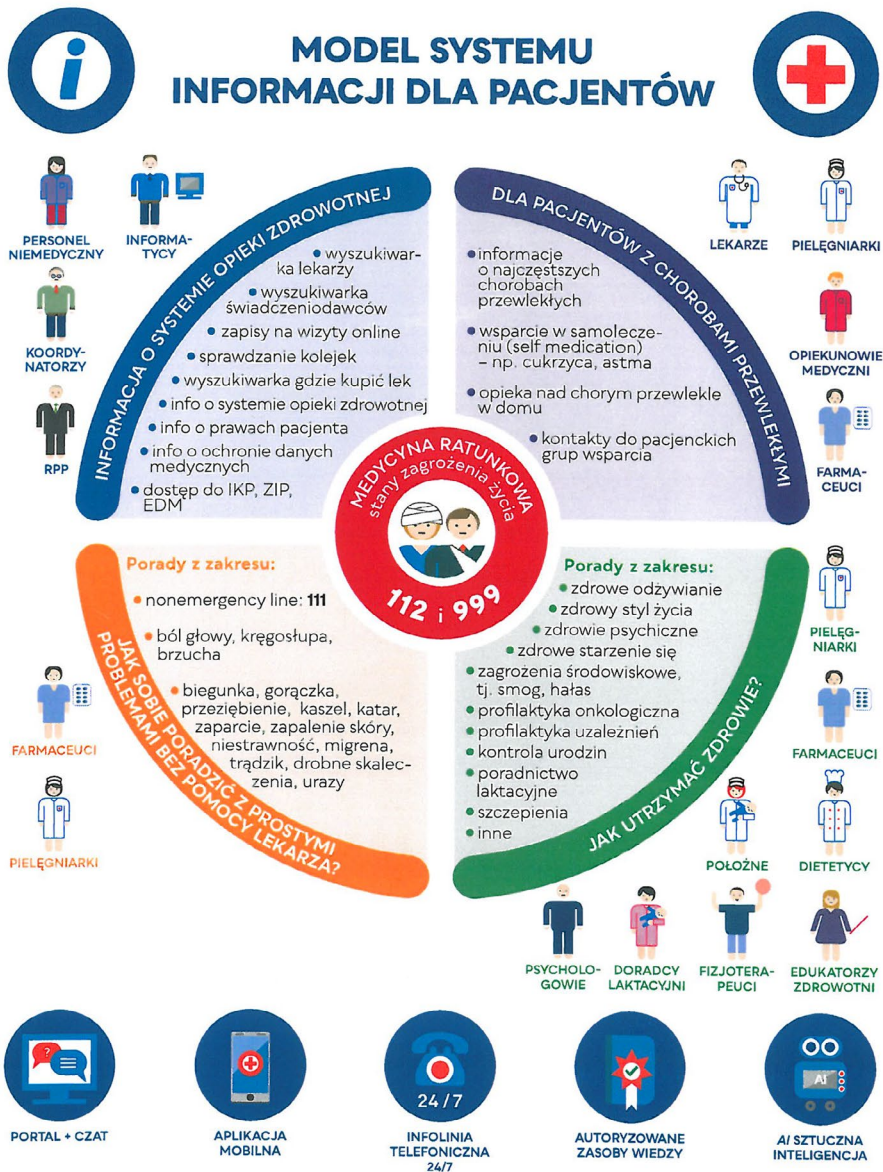
Tylko kilka osób badanych skorzystałoby z usług sztucznej inteligencji. Uważają, że jest to zbyt futurystyczne rozwiązanie. Skłonni są jedynie do skorzystania z usług sztucznej inteligencji do analizy badań lub sprawdzenia interakcji leków.

Podsumowując, badani są przychylnie nastawieni do wszystkich usprawnień informatycznych, które pozwoliłyby przyspieszyć uzyskanie świadczenia medycznego. Czas oczekiwania na wizytę, badanie jest ich zdaniem największym problemem w ochronie zdrowia.

6. Proponowany model systemu informacji i wsparcia jakiego oczekują pacjenci

Proponowany model informacji przedstawiono na rysunku 4. poniżej. Jest on wynikiem przeprowadzonej moderowanej debaty z udziałem pacjentów, ekspertów oraz przedstawicieli zawodów medycznych podczas warsztatów dialogu społecznego Razem dla Zdrowia oraz wyników przeprowadzonego sondażu opinii, a także analizy brytyjskiego systemu informacji i wsparcia pacjentów NHS Choices.

Rysunek 4. Model systemu informacji i wsparcia jakiego oczekują pacjenci.



Jak wynika z analizy rysunku 4., trzon proponowanego systemu informacji dla pacjentów stanowi istniejące rozwiązanie z zakresu medycyny ratunkowej związanej ze stanami zagrożenia życia jaka jest realizowana w ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Uzupełniające usługi i wsparcie koncentrują się wokół czterech głównych zagadnień:

1. Informacja o systemie opieki zdrowotnej
2. Wsparcie dla pacjentów z chorobami przewlekłymi
3. Utrzymanie stanu zdrowia
4. Pomoc w rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych bez pomocy lekarza

W ramach pierwszego bloku usług gromadzącego narzędzia z obszaru e-zdrowia, pacjent będzie mógł zdalnie wyszukać odpowiedniego świadczeniodawcę czy też lekarza po uprzedniej weryfikacji czasu oczekiwania i zapisać się na wizytę bez konieczności wychodzenia z domu. Liczyć może on także na uzyskanie szeregu bardzo cennych informacji np. o dostępności danego leku w najbliższej lokalizacji czy też informacji o systemie opieki zdrowotnej, ochronie danych medycznych czy też prawach pacjenta. Jest to też miejsce, z którego przewidziany jest dostęp do szeregu funkcjonalności systemu takich jak: Indywidualne Konto Pacjenta, zasoby Zintegrowanego Informatora Pacjenta, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej czy też usług telemedycznych oraz wsparcia technicznego użytkowników. Realizację opisanych zadań wspierać będzie personel medyczny, koordynatorzy, informatycy a także Rzecznik Praw Pacjenta.

Kolejna grupa zagadnień dedykowana jest pacjentom z chorobami przewlekłymi. Poza możliwością uzyskania informacji na temat najczęstszych chorób przewlekłych ta część systemu, z pomocą specjalistów, zapewni wsparcie w tzw. samoleczeniu (np. astmy, cukrzycy czy chorób krążenia), opiece nad przewlekle chorymi w domu i stanowić będzie platformę łączącą z grupami wsparcia pacjentów. Grupę specjalistów obsługujących ten segment systemu stanowić będą lekarze, pielęgniarki, opiekunowie medyczni, farmaceuci a także koordynatorzy. Celem realizowanego systemu informacji i wsparcia jest utrzymanie osób z chorobami przewlekłymi w stanie stabilnym bez zaostrzeń wymagających hospitalizacji oraz wspieranie rodziny w trakcie sprawowania opieki nad osobą chorą przewlekle w domu.

Trzecia część prezentowanego systemu ma przede wszystkim za zadanie wsparcie osób zdrowych w utrzymaniu jak najdłużej zdrowia oraz wspieraniu działań profilaktycznych z zakresu zdrowego odżywiania, zdrowego stylu życia, zdrowego starzenia się, zagrożeń środowiskowych takich jak smog czy hałas, a także w zakresie zdrowia psychicznego. Obejmować będzie również profilaktykę onkologiczną oraz profilaktykę uzależnień, a także kwestie polityki kontroli urodzeń, poradnictwo laktacyjne oraz zagadnienia związane ze szczepieniami. Poradnictwo w tak szerokim spektrum tematycznym będzie wymagało współpracy m.in. pielęgniarek, farmaceutów, położnych, dietetyków, psychologów, doradców laktacyjnych, fizjoterapeutów czy też edukatorów zdrowotnych.

Ostatni blok tematyczny systemu informacji dla pacjentów koncertuje się na udzielaniu pacjentom pomocy w radzeniu sobie z prostymi problemami zdrowotnymi bez udziału lekarza. Realizowana pomoc w przedmiotowym zakresie korzysta ze sprawdzonych wzorców zdalnego poradnictwa z zakresu non-emergency, realizowanych od lat przykładowo przez brytyjski NHS (ang. *National Health Service*), gdzie pacjent może skorzystać z porady względem takich dolegliwości jak ból głowy kręgosłupa, brzucha, biegunka, gorączka, przeziębienie, kaszel, katar, zaparcie, zapalenie skóry i niestrawność, migrena, trądzik czy też drobne skaleczenia i urazy. Udział personelu medycznego w zakresie przedmiotowych świadczeń, które w znacznej mierze są automatyzowane, ogranicza się zazwyczaj do porad realizowanych przez pielęgniarkę lub farmaceutę. W praktyce w segmencie tym będzie realizowana opieka farmaceutyczna skoncentrowana na potrzebach pacjenta.,

Ważnymi atrybutami omawianego systemu jest zbudowanie certyfikowanych autoryzowanych przyjaznych pacjentom zasobów wiedzy, dostępnych zarówno z urządzeń mobilnych jak i stacjonarnego komputera czy poprzez infolinię czynną 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Z czasem system mógłby zacząć w większym stopniu korzystać z mechanizmów opartych o działanie sztucznej inteligencji przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości kontaktu z żywym człowiekiem dysponującym niezbędną wiedzą specjalistyczną.

7. Analiza dyskusji na warsztatach dialogu społecznego

W ramach projektu Razem dla Zdrowia, przeprowadzono w ramach warsztatów dialogu społecznego debatę dotyczącą systemu informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci. W dyskusji brali udział przedstawiciele organizacji pacjentów, pacjentów niezrzeszonych, izb zawodów medycznych, świadczeniodawców oraz eksperci. Debatę dostarczyła wiedza dotyczącej potrzeb i oczekiwań pacjentów, które umożliwiły sformułowanie ankiety online oraz końcowych rekomendacji dla decydentów, dotyczących rozwoju systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej. Wyniki przeprowadzonych konsultacji wskazują na kilka istotnych zjawisk. Pierwszym jest duża otwartość badanych w zakresie wprowadzenia rozwiązań z zakresu e-zdrowia i kompleksowego systemu informacji o zdrowiu i opiece zdrowotnej. Z przeprowadzonych dyskusji wynika jednak, że stopień wykorzystania przez pacjentów już dostępnych narzędzi informatycznych jest relatywnie niski. Jest to związane z brakiem wiedzy pacjentów w zakresie dostępnych narzędzi. Z tego względu oczekują oni intensyfikacji działań edukacyjno-promocyjnych.

8. Wnioski i rekomendacje

Analizowane informacje oraz wyniki przeprowadzonych badań wskazują na kierunki działań, które powinny zostać podjęte w celu zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia, jednocześnie wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów.

Wnioski ogólne:

Pacjenci i obywatele wskazują na potrzebę zbudowania nowoczesnego publicznego systemu informacji i wsparcia w ochronie zdrowia

Powinien mieć on charakter portalu zawierającego zasoby autoryzowanej certyfikowanej wiedzy medycznej wspartego infolinią 24/7 obsługiwaną przez pielęgniarki, farmaceutów oraz inne zawody medyczne

Zakres informacji i wsparcia powinien obejmować:

- profilaktykę w celu utrzymania osób zdrowych jak najdłużej w zdrowiu
- wsparcie w odpowiedzialnym samoleczeniu i rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych bez pomocy lekarza
- wsparcie pacjentów z chorobami przewlekłymi w celu uniknięcia zaostrzeń wymagających hospitalizacji

System informacji i wsparcia pacjentów i obywateli powinien wykorzystywać nowoczesne rozwiązania z obszaru e-zdrowia:

- sprawdzanie czasu oczekiwania na świadczenia
- zapisy na wizyty i badania on-line
- dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta
- dostęp do usług zdalnych – teleporady, telemonitoring, telerehabilitacja

Pewnym wyzwaniem będzie przekonanie pacjentów że pomoc i wsparcie w sprawach zdrowia mogą im skutecznie zapewnić nie tylko lekarze ale także inne zawody medyczne.

Projektowanie i wdrażanie systemu:

1. Zbudowanie optymalnego rozwiązania wymaga przygotowania strategii i planu działań oraz zaangażowania do współpracy wielu podmiotów publicznych. Prace powinny być koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia przy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, CSIOZ PZH GIS oraz Rzecznikiem Praw Pacjent przy zapewnieniu dialogu społecznego. Proponowane jest włączenie w proces organizacji pacjentów, przedstawicieli instytucji publicznych, zawodów medycznych oraz ekspertów. Sukces wdrożenia tego rozwiązania będzie pochodną liczby podjętych inicjatyw zmierzających do realizacji celu oraz ich umiejętnej koordynacji.
2. Zalecane jest profesjonalnie przygotowanie i wdrożenie systemu, uwzględniające wszystkie etapy procesu - definicję wymagań, testowanie, akceptację, implementację oraz przygotowanie odpowiedniej dokumentacji. Na każdym etapie planowania i realizacji działań należy badać i uwzględniać potrzeby i opinie użytkowników końcowych systemu, co zapewni jego wysoką funkcjonalność oraz przyjazność dla pacjentów. Konieczny jest również ustrukturalizowany i dobrze opisany proces testowania systemu przez użytkowników końcowych.
3. Doradzane jest wykorzystanie pozytywnych doświadczeń z innych krajów, na przykład NHF Choices w procesie opracowywania specyfikacji oraz wdrażania systemu.
4. Rekomendowane jest wdrożenie procesu autoryzacji oraz certyfikacji zasobów wiedzy i materiałów skierowanych do pacjentów, co poprawi jakość publicznie dostępnych informacji o zdrowiu i będzie stanowiło istotne wsparcie dla pacjentów, którzy w szybki i przejrzysty sposób będą mogli zweryfikować wiarygodność udostępnianych treści z obszaru ochrony zdrowia. Z uwagi na wysoką w oczach pacjentów rzetelność treści zamieszczanych przez instytucje publiczne, warto właśnie od nich rozpocząć budowanie systemu autoryzacji i certyfikacji materiałów z obszaru ochrony zdrowia kierowanych do pacjentów.

5. Z uwagi na zmieniającą się strukturę demograficzną, a w szczególności postępujący proces starzenia się społeczeństwa w Polsce, preferencje i potrzeby różnych grup odbiorców, w tym seniorów, powinny być brane pod uwagę na etapie projektowania systemu informacji z obszaru ochrony zdrowia.
6. W celu jak najlepszego odpowiadania na potrzeby pacjentów, rekomendowane jest wprowadzenie procedury stałej oceny funkcjonalności systemu oraz zadowolenia pacjentów. (np.: pacjenci powinni mieć możliwość oceny satysfakcji po każdym kontakcie z systemem).
7. Zasadne jest wczesne opracowanie mierników sukcesu, które będą uwzględniały:
 - liczbę użytkowników,
 - liczbę kontaktów (liczba telefonów, liczba konsultacji wirtualnych etc.),
 - liczbę ściągniętych aplikacji oraz średnią częstotliwość korzystania,
 - liczbę odsłon informacji o zdrowiu (np.: w podziale na obszary terapeutyczne),
 - poziom zadowolenia a korzystania z systemu,
 - zaangażowanie użytkowników (np.: poprzez udostępnianie materiałów).
 - skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia
8. Zalecane jest przygotowanie profesjonalnej kampanii informującej pacjentów o funkcjonowaniu publicznego systemu informacji z obszaru ochrony zdrowia oraz włączenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i odpowiednich instytucji w popularyzowanie wiedzy o systemie. Istotne jest nieustannie podkreślanie zalet korzystania z systemu, które będą najlepszą „zachętą” dla pacjentów.

Okresowe raportowanie:

Jakkolwiek ochrona zdrowia ma szeroki wymiar niematerialny, postuluje się okresową ocenę zwrotu z inwestycji związanej z wdrożeniem systemu poprzez oszacowanie na ile korzystanie z systemu przekłada się na obniżenie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz zestawienie uzyskanych oszczędności z kosztami funkcjonowania systemu.

Model pozwalający na ocenę potencjalnych oszczędności zasobów opieki zdrowotnej powinien zostać wypracowany we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia CSIOZ PZH, GIS i RPP w procesie szerokich konsultacji. Potwierdzenie zwrotu z inwestycji wraz z miernikami wskazującymi na satysfakcję pacjentów korzystających z rozwiązania, będą stanowiły istotny argument w dyskusjach o zasadności działania systemu i inwestycjach w jego dalszy rozwój.

Rekomenduje się również opracowywanie i publikację analizy okresowej oceny mierników sukcesu wraz z planem proponowanych działań w celu nieustannej poprawy funkcjonalności.

9. Recenzje

Dr hab. Jacek Tomkiewicz
Akademia Leona Koźmińskiego

Recenzja opracowania pt. **„System informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci”** autorstwa Joanny Leśniowskiej, Anny Lech i Pawła Pliszki. Lider merytoryczny: Iwona Skrzekowska-Baran, nadzór prof. Katarzyna Kolasa

Uwagi wstępne

Problem dostępu do informacji jest kluczowym zagadnieniem systemu ochrony zdrowia. Ze względu na dużą skalę asymetrii informacji między świadczącymi usługi zdrowotne (personel medyczny) a ich odbiorcami, czyli pacjentami, rynek produktów i usług z zakresu ochrony zdrowia ma swoją specyfikę. Szczególnie dotyczy to strony popytowej – usługobiorcy zwykle nie są w stanie samodzielnie określić, jakiego typu usługa/produkt w najlepszym stopniu zaspokoi ich potrzeby wynikające z choroby/schorzenia, stąd występowanie takich zjawisk jak wysoka podatność na marketing oraz reklamę czy uleganie oszustom i pseudofachowcom. Z tego punktu widzenia, oceniane opracowanie należy powitać ze szczególnym uznaniem, bo w kompleksowy i rzetelny sposób analizuje problematykę dostępu do informacji w systemie ochrony zdrowia. Co bardzo ważne, raport nie jest pisany z pozycji interesów/obaw/przekonań poszczególnych interesariuszy. Organizacje pacjentów wskazują zwykle, że wysoki stopień skomplikowania wiedzy medycznej sprawia, że pacjenci i tym samym płatnicy, są wykorzystywani przez działających w porozumieniu lekarzy i producentów lekarstw, bo przeciętny pacjent nie jest w stanie ocenić, czy zastosowana w jego przypadku terapia jest optymalna medycznie i kosztowo. Z drugiej strony, lekarze wskazują, że amatorskie pozyskiwanie wiedzy medycznej (internet, znajomi, opieranie się na własnych doświadczeniach) utrudnia prowadzenie terapii, bo pacjenci często nie stosują się do zaleceń. Niniejsze opracowanie omawia oba te problemy w sposób wyważony i co warte podkreślenia, twierdzenia poparte są danymi pozyskanymi z wiarygodnych źródeł.

Pozostałe uwagi

Można mieć pewne zastrzeżenia do zakresu przedmiotowego ocenianego raportu. W opracowaniu przez system informacji o zdrowiu rozumie się zarówno kwestie techniczne związane z gromadzeniem i przetwarzaniem danych powstałych w ramach funkcjonowania ochrony zdrowia, jak i kanały dostępu do wiedzy medycznej ze strony pacjentów. Można mieć wątpliwości, czy te dwa obszary można analizować i oceniać w ramach jednego badania. Gromadzenie i zarządzanie danymi przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii teleinformatycznych jest obszarem kluczowym w dzisiejszym systemie ochrony zdrowia. Jednak problemy w tym obszarze to kwestie czysto techniczne związane z takimi sprawami jak integracja systemów informatycznych, bezpieczeństwo przechowywania danych czy funkcjonalność poszczególnych elementów systemu, więc rozwiązania powinny być wypracowane w ramach prac fachowców z zakresy systemu ochrony zdrowia i systemów IT. Badania społeczne w tym zakresie mogą ograniczyć się tylko do edukacji pacjentów, którzy powinni potrafić korzystać z systemu i mieć do niego zaufanie. Natomiast zupełnie inną kwestią jest dostęp do wiedzy medycznej – tutaj kwestie społeczne takie jak zaufanie do poszczególnych mediów, czy kanały dostępu do informacji są absolutnie kluczowe.

Z punktu widzenia powyższego, struktura raportu wprowadza małe zamieszanie. Opracowanie rozpoczyna się od wskazania kompetencji zdrowotnych Polaków na tle innych narodowości, a kolejne części traktują raczej o kwestiach technicznych funkcjonowania systemów ICT w ochronie zdrowia. Kompetencje zdrowotne zostały ocenione poprzez analizę Indeksu Kompetencji Zdrowotnych (IKZ). Dane do określenia IKZ pochodzą z wyjątkowo starannie przeprowadzonych wywiadów na reprezentatywnej grupie, dlatego posługiwanie się tym wskaźnikiem jest w pełni uzasadnione. Autorzy wskazują na stosunkowo wysoki poziom IKZ w Polsce, natomiast w dalszej części raportu pokazana jest bardzo wysoka dynamika spożycia leków i suplementów diety, co jest skutkiem działalności marketingowej producentów farmaceutyków. Można więc mieć wątpliwości czy deklaracje w wywiadach będących podstawą opracowania IKZ idą w parze z zachowaniami Polaków, jako konsumentów na rynku leków i suplementów diety.

Inna uwaga dotyczy próby badawczej. Jest ona zdecydowanie niereprezentatywna (bardzo wysoki udział osób z wyższym wykształceniem i mieszkańców dużych miast),

o czym autorzy uczciwie wspominają, co sprawia, że diagnoza problemu może być silnie wypaczona. Najważniejszy kłopot to przecież dotarcie z nowoczesnymi technologiami do tych słabiej wykształconych czy mieszkających w mniejszych ośrodkach, więc poznanie ich opinii i obaw jest kluczowe dla powodzenia informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Powyższe uwagi krytyczne nie zmieniają zdecydowanie pozytywnej oceny niniejszego opracowania. Za najcenniejsze walory raportu uważam:

- wskazanie, że wykorzystywanie nowoczesnych technologii w systemie ochrony zdrowia wynika nie tylko z obiektywnego postępu technicznego, ale przede wszystkim z konieczności zwiększenia efektywności zasobów, głównie ludzkich, jakimi dysponują polskie służby medyczne,
- przegląd doświadczeń międzynarodowych analizujący wykorzystanie nowoczesnych technologii w systemie gromadzenia i zarządzania danymi oraz w dostępie do usług medycznych (wystawianie recept, umawianie wizyt itd.). Cenny jest przykład brytyjski pokazujący na możliwość certyfikowania wiedzy medycznej dostępnej w internecie,
- wskazanie na obszary funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, gdzie informatyzacja ma szczególne znaczenie wraz z analizą aktów prawnych, które regulują kwestie gromadzenia i przetwarzania danych medycznych,
- pokazanie pozytywnych przykładów wykorzystania nowoczesnych technologii w kilku ośrodkach w Polsce, co świadczy o dużym potencjale rozwoju w tym obszarze,
- wyniki badania ankietowego, które mimo zastrzeżeń co do reprezentatywności grupy badawczej, daje kilka cennych informacji, takich jak:
 - Polacy generalnie są otwarci na wykorzystanie nowoczesnych technologii,
 - najważniejsze polem do działania za pośrednictwem ICT są kwestie techniczne takie jak umawianie wizyt, kontrola dostępności do usług, zdalny dostęp do dokumentacji medycznej,

- Polacy zdecydowania preferują kontakty z lekarzami – aż 87% pytanym wskazywała, że autorami porad i wsparcia na portalach czy infoliniach powinni być lekarze, dane gromadzone przez urządzenia monitorujące stan zdrowia także badani są skłonni udostępniać przede wszystkim lekarzom (51% odpowiedzi „zdecydowanie tak”) niż innym przedstawicielom zawodów medycznych (27% odpowiedzi „zdecydowanie tak”). Widać więc, że personel niższego szczebla budzi mniejsze zaufanie niż lekarze, co nawiasem mówiąc daje dużo do myślenia i z pewnością byłby to ciekawy temat do dokładnego zbadania,
- badani nie mają raczej zaufania do systemów sztucznej inteligencji – zdecydowanie wymagają kontaktu z człowiekiem, najlepiej lekarzem,
- instytucje publiczne powinny aktywnie włączyć się w udostępnianie rzetelnej wiedzy medycznej poprzez system certyfikowanych stron internetowych.

Podsumowując, opracowanie pt. „System informacji i wsparci, jakiego oczekują pacjenci” jest cennym głosem w dyskusji o stanie polskiego systemu ochrony zdrowia i pożądanym kierunkach jego reformy. Nie ma wątpliwości, że nowoczesne technologie są kluczowe dla efektywnego wykorzystania ograniczonych zasobów, jakim dysponują polskie ośrodki. Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że wiele problemów trapiących polskich pacjentów może znacznie ograniczyć dzięki nowoczesnym systemom ICT. Jest także coraz więcej przykładów z naszego kraju, że technologie teleinformatyczne są z powodzeniem wykorzystywane. Badanie ankietowe pokazuje, że Polacy są otwarci na nowe technologie w medycynie i wskazuje kierunki, a jakich powinno prowadzić się dalsze badania w celu usprawnienia systemu informacji o zdrowiu i systemie opieki zdrowotnej.

Jacek Tomkiewicz

Prof. Romuald Krajewski

Naczelna Rada Lekarska

Ocena raportu projektu RAZEM DLA ZDROWIA pt. **„System informacji i wsparcia, jakiego oczekują pacjenci”**

Raport dotyczy dużego problemu polskiej ochrony zdrowia, który przejawia się w niskich ocenach dostępności informacji dla pacjentów i możliwości korzystania z technologii teleinformatycznych w dostępie do świadczeń. Dodatkowym aspektem jest tu także narastający problem dezinformacji internetowej, marketingu i pseudoinformacji podszywających się pod informacje naukowe, mogących powodować szkody dla zdrowia, których propagowanie Internet ułatwia. Osobom nawet niezłe zorientowanym w zagadnieniach zdrowia i jego zachowania oraz leczenia bardzo trudno jest odróżnić informacje wiarygodne od atrakcyjnych lub sensacyjnych, co może powodować podejmowanie niewłaściwych decyzji odnośnie problemów zdrowotnych oraz stylu życia. Kolejnym zjawiskiem zwiększającym zapotrzebowanie na dobrej jakości informację jest wspomniane w raporcie samoleczenie. Podejmowanie działań ułatwiających pacjentom korzystanie z usług zdrowotnych oraz dostarczanie im łatwo dostępnej, rzetelnej i wiarygodnej informacji jest więc nie tylko potrzebne, ale staje się pilnym obowiązkiem pracowników ochrony zdrowia oraz osób i instytucji odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie systemu. Propozycje modelu systemu informacji i wsparcia są więc bardzo cenne.

Raport oparto na przeglądzie piśmiennictwa dotyczącego funkcjonowania systemów informacji za granicą, wynikach przeprowadzonego na uznaniowej próbie badania ankietowego oraz na wnioskach z debat w trakcie warsztatów organizowanych w ramach projektu.

Pierwszy rozdział poświęcono zagadnieniu kompetencji zdrowotnych, które wiąże się także z odpowiedzialnością za własne zdrowie i leczenie. W obliczu lawinowo rosnącej oferty usług i produktów mających ogólnie „poprawiać zdrowie” a także usług leczniczych rozwijanie takich kompetencji jest najlepszym sposobem na podejmowanie rozsądnych decyzji. Autorzy zawarli w tekście tezę, że takie kompetencje wpływają na mniejsze zużycie zasobów, ale jest ona słuszna tylko przy założeniu, że zasobów jest dość lub za dużo.

Tam, gdzie jest ich mało, a Polska z względnie niskimi nakładami na ochronę zdrowia na pewno do takich krajów należy, większa świadomość potrzeb i możliwości u pacjentów może raczej przełożyć się na większe zapotrzebowanie na usługi i produkty, nawet jeżeli optymistycznie założy się, że będzie chodziło tylko o usługi i produkty o znanej i uznanej wartości. Głównym celem systemu informacji ma być jednak dobro pacjentów, nie dobro administracji i płatników, i właśnie z punktu widzenia pacjenta system informacji jest ważny, gdyż ułatwia racjonalne korzystanie z usług zdrowotnych. Wydatki na zdrowie, czy to w formie obowiązkowych danin, czy ubezpieczeń, czy wydatków z posiadanych funduszy, stanowią coraz większą pozycję w budżetach rodzinnych i możliwie najbardziej efektywne użycie tych środków dla każdego jest niezbędną umiejętnością, z której korzystanie system informacji powinien ułatwiać.

Przytoczone w tej części wyniki badań opinii wskazują, że być może poza rzadkim używaniem ułatwień telemedycznych w dostępie do świadczeń, ocena dostępności informacji zdrowotnych w Polsce jest trochę niższa od przeciętnej w badanych krajach UE. W części 1.2 słusznie wskazano na złożoność procesu tworzenia systemu informacji o dobrej jakości. Na podkreślenie zasługuje propozycja wprowadzenia certyfikatu jakości, co proponowano i wprowadzono już na początku wprowadzania Internetu (np. HONcode). Wdrożenie tych słusznych zaleceń na pewno wymaga dużych inwestycji. Nie do zrealizowania są propozycje kontroli mediów społecznościowych, ale kolejnym wydatkiem powinna stać się aktywna ochrona konsumentów usług zdrowotnych i stanowcze reagowanie przez właściwe instytucje (np. UOKiK lub organy ścigania) na oferty wprowadzające ich w błąd.

Rozdział 2. analizuje rozwiązania z zakresu e-zdrowia w innych krajach i charakterystycznie dla całego raportu koncentruje się na rozwiązaniach służących administracji oraz świadczeniodawcom (np. „Należy podkreślić, że na podstawie regularnie zbieranych danych możliwe jest bardziej efektywne zarządzanie całym procesem leczenia pacjentów.”) oraz na telemedycynie. To nie są rozwiązania z zakresu systemu informacji dla pacjentów, choć na pewno mogą ułatwiać korzystanie ze świadczeń w systemach publicznych. NHS Choices jest dobrym przykładem systemu łączącego informację zdrowotną z informacjami i usługami.

W 3. Rozdziale przedstawiono listę polskich serwisów informatycznych z zakresu ochrony

zdrowia. Większość, to systemy dla administracji, częściowo to jeszcze tylko projekty. Są one skierowane przede wszystkim do pracowników i zarządzających, jak na przykład projekt „Akademia NFZ” („Głównym celem projektu była poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez poprawę polityki informacyjnej prowadzonej przez NFZ...”), w którym dostępne materiały edukacyjne są skierowane do lekarzy i administracji, nie do pacjentów. Wymieniono także krajowe osiągnięcia, niektóre z nich naprawdę imponujące, z zakresu telemedycyny.

W 4. rozdziale przedstawiono wyniki badania opinii na temat wprowadzenia i rozwoju systemu informacji. Wskazują one na duże zainteresowanie respondentów korzystaniem z rozwiązań teleinformatycznych, zainteresowanie przede wszystkim dostępem do lekarzy, upatrywanie w tych rozwiązaniach sposobu na najbardziej dokuczliwe problemy systemu, czyli przede wszystkim kolejki. Niezaskakująco, chętnie wykorzystywaliby oni do tego narzędzia używane do korzystania z Internetu. Z informacji dostępnej w Internecie korzystają już ponad 80% badanych, co można traktować jako mocny argument za potrzebą poprawy jakości tej informacji, czy raczej udostępnienia i zachęcania do korzystania ze sprawdzonej, wiarygodnej informacji o dobrej jakości. Autorzy raportu słusznie zauważyli, że wprowadzanie bardziej zaawansowanych usług, jak np. wirtualne konsultacje z systemem sztucznej inteligencji, będzie akceptowane dopiero po zmianie społecznego odbioru jakości i bezpieczeństwa tych rozwiązań. Jeżeli pacjenci jeszcze nie wiedzą o osiągniętej już przez systemy sztucznej inteligencji jakości, to z drugiej strony istnieje też zjawisko ulegania administratorów i płatników iluzji możliwości wdrożenia w codziennej praktyce imponujących osiągnięć w tej dziedzinie, czego codziennym przejawem są wszechobecne problemy wielkich systemów informatycznych. Wyniki te wskazują, że to rozwiązanie, jak zresztą i inne z zakresu informatyki i telekomunikacji należy wprowadzać jako ofertę. Jeżeli rzeczywiście poprawią one doświadczenie pacjentów, zostaną szybko zaakceptowane. Jeżeli zostaną narzucone administracyjnie, co zwykle idzie w parze ze znaczną niedoskonałością produktu, będą być może używane (zwłaszcza jeżeli będą obowiązkowe dla wszystkich), ale dla pacjenta jakości systemu nie poprawią.

Część 5. zawiera omówienie wyników pogłębionych wywiadów telefonicznych przeprowadzonych w grupie 40 osób. Zasadniczo potwierdzają one wyniki sondażu ankietowego. Wywiady umożliwiają wskazanie dodatkowych aspektów i uwagę zwraca uzależnianie korzystania z teleinformatycznych usług medycznych od stanu pacjenta

i rodzaju problemu zdrowotnego. Należałoby to uwzględnić przy wprowadzaniu rozwiązań administracyjnych, które nie powinny „zamykać” pacjentów w określonych ścieżkach dostępu do świadczeń.

W 6. rozdziale omówiono model systemu informacji dla pacjentów. Jest to raczej model wykorzystywania technologii teleinformatycznych w systemie ochrony zdrowia. Zaproponowany podział na 5 głównych sfer działania jest racjonalny, ale pod warunkiem zachowania elastyczności. Na przykład, założenie poradzenia sobie z prostymi problemami bez pomocy lekarza jest ogólnie słuszne, ale każdy z wymienionych problemów może być nieprosty i pomocy lekarza wymagać, co może odbywać się poprzez wymienionych tu farmaceutów albo pielęgniarki. Biorąc pod uwagę oczekiwania pacjentów, że dostęp do lekarzy jest potrzebny lepiej byłoby wskazać, że i tu jest on możliwy, a tytuł zmienić na „Jak sobie poradzić z prostymi problemami zdrowotnymi”, aby nie sugerować, że jest to ścieżka ograniczonego dostępu, co łatwo zniechęci do używania jej. W świetle wyników badań trzeba też zastanowić się, czy używać terminu „sztuczna inteligencja”, który nieodłącznie wiąże się z odczuciem kontaktu z „nieludzką” technologią a jednocześnie jest niezbyt jasnym określeniem poziomu i rodzaju technologii informatycznej wspierającej wymianę informacji. Lepszym terminem byłoby może coś nawiązującego do „Dra Google”, którego wszyscy znają i na różne sposoby wykorzystują bardzo często.

W analizie dyskusji słusznie podkreślono różnicę pomiędzy względnie dużą deklarowaną otwartością na rozwiązania teleinformatyczne a małym korzystaniem z nich w praktyce. Dzieje się tak pomimo istnienia bardzo wielu różnorodnych rozwiązań i trzeba o tym pamiętać proponując kolejne, „lepsze”. Zarówno sposób ich wprowadzania jak i jakość muszą wspierać zainteresowanie oraz wykorzystywać niebadane na większą skalę w raporcie powody braku praktycznego używania tych produktów. Jednym z przejawów problematycznego podejścia są propozycje oparcia systemu informacji na innych niż lekarze zawodach medycznych, podczas gdy badania wskazują, że pacjenci oczekują kontaktu z lekarzem. Propozycje są merytorycznie słuszne, korzystne z punktu widzenia systemu publicznego, ale taki system informacji, przynajmniej na początku, nie byłby zgodny z oczekiwaniami pacjentów, co stanowi istotny czynnik ryzyka i zagrożenie dla powodzenia przedsięwzięcia. Skoro pacjenci oczekują kontaktów z lekarzami lepiej byłoby zaprojektować system, w którym taki kontakt będzie łatwo uzyskać. W Polsce jest 3,5 lekarza wykonującego zawód na 1000 ludności (z tego 24% stanowią osoby

w wieku emerytalnym) i prawdopodobnie udałoby się znaleźć chętnych do takiej pracy. W miarę nabywania doświadczenia pacjenci mogliby się przekonać, że kontakt z innymi profesjonalistami jest łatwiejszy i skuteczniejszy, albo nie jest i stosownie do tego zmieniałby się system informacji.

W całym raporcie widoczne jest podejście do omawianego problemu od strony organizacji i kosztów systemu, ukierunkowane bardziej na systemy informatyczne niż informacyjne. W takim ujęciu system informacji miałby być jeszcze jednym narzędziem kierowania systemem i zachowaniami pacjentów w celu poprawy efektywności, zmniejszenia kosztów, ułatwienia dostępu, rozwiązania problemu kolejek itd. Podejście takie jest uzasadnione w części informującej o funkcjonowaniu systemu finansowanego ze środków publicznych i poruszaniu się w nim, ale cele systemu informacji powinny być znacznie szersze, ponieważ nigdy ten system nie będzie zapewniał zaspokojenia wszystkich potrzeb, wiele dostępnych świadczeń będzie z konieczności (przy rosnącym ale nadal niskim finansowaniu) miało ograniczoną jakość i ich dostępność będzie musiała być na różne sposoby ograniczana. Z drugiej strony, korzystanie z niepublicznych usług zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie zachowania zdrowia, będzie rosło.

Rzetelny system informacji, wskazując właściwe i uzasadnione wiedzą medyczną postępowanie mógłby także wskazywać pacjentom, gdzie najbardziej potrzebna byłaby poprawa dostępności i standardów świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W raporcie wspomniano o aspektach edukacyjnych systemu informacji i należy na nie zwracać bardzo dużą uwagę. Poprawa kompetencji zdrowotnych jest największą korzyścią dla pacjenta, ale ochrona zdrowia też na niej może skorzystać poprzez zwiększanie liczby świadomych konsumentów świadczeń. Przykładem takiego efektu jest Holandia, której ochrona zdrowia regularnie uzyskuje najwyższe oceny i dotyczą one także informacji dla pacjentów, których kompetencje zdrowotne są też najwyższe.

Dużą wartością raportu jest wskazanie złożoności zagadnienia, co wynika przede wszystkim z bardzo szerokiego i ambitnego potraktowania „systemu informacji” jako zagadnienia wykorzystania technologii informatycznych i telekomunikacyjnych. Rzetelna i wiarygodna informacja o problemach zdrowotnych na pewno musi być częścią nowoczesnej ochrony zdrowia.

Bibliografia

Monografie

1. Aanestad M., Grisot M., Hanseth O., Vassilakopoulou P., *Information Infrastructures within European Health Care. Working with the Installed Base*, Springer, Cham 2017.
2. *Business case for the nationwide rollout of telemedical home monitoring for citizens with COPD*, PA Consulting Group, 3 March 2017.
3. Castle-Clarke S., Imison C., *The digital patient: transforming primary care? Research report*, Nuffield Trust, London 2016.
4. Dayan M., *Nuffield Winter Insight. Briefing 2: NHS 111*, Nuffield Trust, London 2017.
5. Fasano P., *Transforming Health Care. The Financial Impact of Technology, Electronic Tools, and Data Mining*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey 2013.
6. *Healthy People 2010*, U.S. Department of Health and Human Services, DC: U.S. Government Printing Office, Washington 2000.
7. Jankowski M., Klimczak-Wieczorek A., Kloc M., Matuszewski M., Rozum J., *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, Liderzy Ochrony Zdrowia, Fundacja im. Lesława A. Pagi, Warszawa 2016.
8. *Korzystanie z internetu*, Komunikat z Badań nr 49/2017, Fundacja CBOS, Warszawa 2017.
9. *Miasta w liczbach 2016*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Poznań 2018.
10. *Nieprzestrzeżenie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, pod red. prof. dr hab. n. med. Z. Gaciong, prof. dr hab. n. med. P. Kardas, Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015.

11. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Warszawa 2018.
12. *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, pod red. K. Krajewski-Siuda, Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa 2016.
13. OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
14. *Polityka Lekowa Państwa 2018-2022*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018 r.
15. Ratzan S. C., Parker R. M., *Introduction*, In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: *Health Literacy*, Selden C. R., Zorn M., Ratzan S. C., Parker R. M. (editors), NLM Pub. No. CBM 2000-1, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda 2000.
16. *Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2017 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.
17. Taylor K., *Connected health. How digital technology is transforming health and social care*, Deloitte Centre for Health Solutions, London 2018.
18. Turner J. et. al., *Evaluation of NHS 111 pilot sites. Final Report*, The University Of Sheffield, Sheffield 2012.

Czasopisma

1. Baker D. W., Gazmararian J. A., Williams M. V., Scott T., Parker R. M., Green D., Ren J., Peel J., *Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees*, American Journal of Public Health, vol. 92, no 8/2002.
2. Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *Health literacy and the risk of hospital admission*, Journal of General Internal Medicine, vol. 13, no 12/1998.

3. Baker D. W., Parker R. M., Williams M. V., Clark W. S., *The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services*, American Journal of Public Health, vol. 87, no 6/1997.
4. Berkman N. D., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*, Annals of Internal Medicine, vol. 155, issue 2/2011.
5. Buczak-Stec E., Lemanowicz K., Mazurek M., *E-zdrowie – wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, Przegląd Epidemiologiczny, nr 65/2011.
6. Bujnowska-Fedak M., Kumiega P., Sapilak B. J., *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, Family Medicine & Primary Care Review, vol. 15, no. 3/2013.
7. Czerwińska E., *Strategia Lizbońska*, Biuro Studiów i Ekspertyz, nr 1111/2004.
8. Czerwińska M., *Narzędzia e-zdrowia jako instrumenty poprawiające dostęp do usług medycznych w regionie*, Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, nr 43 (3)/2015.
9. De Rosis S., Seghieri Ch., *Basic ICT adoption and use by general practitioners. An analysis of primary care systems in 31 European countries*, vol. 15/2015.
10. Domagała M., *Prawa pacjenta (część 2)*, Gazeta Lekarska nr 4/2016.
11. Greenhalgh T., Stramer K., Bratan T., Byrne E., Russel J., Potts H. W. W., *Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study*, British Medical Journal, vol. 340, issue 7761/2010.
12. Haun J. N., *Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study*, BMC Health Services Research, no 15/ 2015.
13. Herbert A., Wijlaars L., Zylbersztein A., Cromwell D., Hardelid P., *Data Resource Profile: Hospital Episode Statistics Admitted Patient Care (HES APC)*, International Journal of Epidemiology, vol. 46, issue 4/2017.

14. Kisilowska M., *Pacjenci Sieci. Informacyjne kompetencje zdrowotne*, Kultura Popularna, nr 3(41)/2014.
15. Minet L. R. et al., *Early telemedicine training and counselling after hospitalization in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a feasibility study*, BMC Medical Informatics and Decision Making, vol. 15, no. 3/2015.
16. Niedźwiedzka B., Słońska Z., Taran Y., *Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom 10, nr 3/2012.
17. Olesch A., *Synergia opieki*, Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia, nr 6/2015.
18. Payne T. H., Detmer D. E., Wyatt J. C., Buchan I. E., *National-scale clinical information exchange in the United Kingdom: lessons for the United States*, Journal of the American Medical Informatics Association, vol. 18, issue 1/2011.
19. Sikorski L., *Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość*, Przewodnik Lekarza, nr 2/2007.
20. Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke S., Brand H., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*, European Journal of Public Health, vol. 25, issue 6/2015.
21. Soszyński P., *Cyfrowa medycyna zmienia model opieki zdrowotnej w Polsce*, Harvard Business Review Polska, nr 163/2016.
22. *Standard Eurobarometer 88. Media use in the European Union*. Report, European Commission 2018.
23. Trojanowska A., *Informacja medyczna w internecie*, Forum Bibliotek Medycznych, t. 6, nr 1/2013.
24. Wiśniewska T., *Usługi on-line w placówkach medycznych*, Ekonomiczne Problemy Usług nr 88. Zeszyty Naukowe nr 703, Szczecin 2012.

Artykuły prasowe

1. Stanisławska A., *Serce zdalnie sterowane*, *Rzeczpospolita*, 17.12.2010.

Akty prawne

1. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social committee and the Committee of the Regions - Challenges for the European Information Society beyond 2005*, COM/2004/ 757 final.
2. *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym; wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa*, Komisja Europejska, Bruksela, 25.04.2018 COM(2018) 233 final.
3. *Ustawa z dnia 1 marca o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty*, Dz. U. 2018 poz. 697.
4. *Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw*, Dz. U. 2018 poz. 1515.
5. *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z 2018 r. poz. 697.
6. *Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, Dz. U. 2018 poz. 1532.

Źródła internetowe

1. Byatt K., Chapman S., Being patient with EBM. *"Just because we can, doesn't mean we should"* – supporting informed decision-making, <http://www.evidentlycochrane.net/being-patient-with-ebm-supporting-informed-decision-making/>
2. *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament - eEurope 2002: Impact and Priorities. A communication to the Spring European Council in Stockholm, 23-24 March 2001, COM(2001) 140 final*, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52001DC014>
3. *Dania. Dane pacjentów sprzed 35 lat są online*, <https://gazetalekarska.pl/?p=4494>
4. Dziekoński J., *Telemedycyna bronią przeciw ślepotcie*, Kurier MP, 03.05.2018, <https://www.mp.pl/cukrzyca/aktualnosci/185996.telemedycyna-bronia-przeciw-slepotcie>
5. *Eurobarometer. Sampling and fieldwork*, <http://www.gesis.org/eurobarometer-data-serve/survey-series/standard--special-eb/sampling-and-fieldwork>
6. *Facebook nie ma sobie równych w Polsce. Tak wypadamy na tle reszty świata*, <https://businessinsider.com.pl/media/internet/najpopularniejsze-serwisy-spolesnosciove-w-polsce-i-na-swiecie/m9gkxsls>
7. *Global Views On Healthcare – 2018. What does the world think about healthcare?*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global-views-on-healthcare-2018-ipsos-global-advisor.pdf>
8. <http://bartoszmowi.pl/info>
9. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
10. <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/>
11. <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/leczenie-w-innym-panstwie-czlonkowskim-ue-wynikajace-z-dyrektywy-transgranicznej.html>
12. <http://www.obywatelezz.pl/patient-empowerment-korzysci-wyzwania/>

13. <http://www.procontent.pl/internet-pacjent-diagnoza/>
14. http://www.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/infografiki/infolinia.pdf
15. <https://akademia.nfz.gov.pl/aplikacje-mobilne/?lang=en>
16. <https://gis.gov.pl/>
17. <https://skierowania.nfz.gov.pl/>
18. <https://www.doz.pl/wiedza>
19. <https://www.ekuz.nfz.gov.pl>
20. <https://www.gdziepolek.pl/>
21. <https://www.gif.gov.pl/pl/urzed/obsługa-klientow/informacje-dla-pacjento>
22. <https://www.mp.pl/pacjent/>
23. <https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/akademia-nfz-szkolenia-e-learningowe-dla-pracownikow-i-pacjentow,9180.html>
24. <https://zdrowie.pap.pl/o-portalu>
25. <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=001>
26. *Innowacje w obsłudze Pacjenta*, <http://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/niezbednik/nowoczesne-technologie/innowacje-w-obsłudze-pacjenta.html>
27. *Jedno kliknięcie umożliwi dostęp do konta w banku, e-recepty i ZIP*, http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarządzanie/jedno-klikniecie-umozliwi-dostep-do-konta-w-banku-e-recepty-i-zip,26736_2.html
28. *Kotowski P., Ocena korzyści wprowadzenia rozwiązań ICT w sektorze ochrony zdrowia*, http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2009/071Kotowski.pdf

29. *Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Lekarze-emeryci-ratuja-system-przed-kadrowa-katastrofa,186085,1.html>
30. *Lisbon European Council. 23 and 24 March 2000. Presidency Conclusions*, http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm#
31. *Media społecznościowe coraz częściej zamiast porady lekarskiej*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/media-spolesznosciowe-coraz-czesciej-zamiast-porady-lekarskiej,238089.html>
32. *NHS England – TECS CASE STUDY 002: Using telemedicine to reduce hospital admissions*, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/tecs-airedale.pdf>
33. *Nowe technologie w dializoterapii zwiększają skuteczność leczenia*, <https://gazetalekarska.pl/?p=41865>
34. *Pacjent w świecie cyfrowym. Raport PWC*, <https://www.pwc.pl/pl/pdf/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc.pdf>
35. *Paper switch off*, <https://digital.nhs.uk/services/nhs-e-referral-service>
36. *Projekty realizowane. Projekt P1*, <https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/>
37. *Projekty zrealizowane. Rejestry medyczne*, <https://www.csioz.gov.pl/projekty/zrealizowane/rejestry-medyczne/>
38. *Rząd przyjął ustawę o Internetowym Koncie Pacjenta*, <http://www.medexpress.pl/rzad-przyjal-ustawe-o-internetowym-koncie-pacjenta/70832>
39. *Sejm przyjął nowelizację ustawy o Internetowym Koncie Pacjenta*, <https://www.gov.pl/zdrowie/sejm-przyjal-nowelizacje-ustawy-o-internetowym-koncie-pacjenta>
40. szczepienia.pzh.gov.pl
41. *The impact of paper switch off*, <https://digital.nhs.uk/services/nhs-e-referral-service>

42. *Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency*, KPMG <https://home.kpmg.com/content/dam/kpmg/nz/pdf/April/through-the-looking-glass-healthcare-transparency-kpmg-nz.pdf>
43. *Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw*, http://orka.sejm.gov.pl/proc8.nsf/ustawy/2502_u.htm
44. *Węgry - startuje elektroniczny system opieki zdrowotnej*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/wegry-startuje-elektroniczny-system-opieki-zdrowotnej,261033.html>
45. *What does having The Information Standard quality mark mean?*, <https://www.england.nhs.uk/tis/about/description/>

Inne

1. Prezentacja „Infolinia dla pacjentów – zasób do wykorzystania i rozwoju”, przygotowana przez Pana Bartłomieja Chmielowca z Biura Rzecznika Praw pacjenta, Razem dla Zdrowia, Warsztat 8, System informacji dla pacjentów, 23.04.2018.

Spis tabel

Tabela 1. . Poziom zaufania społeczeństwa do wybranych mediów i instytucji (wyrażone jako % osób raczej wyrażających zaufanie).....	55
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Wykaz wykresów

Wykres 1. Poziomy ogólnego indeksu kompetencji zdrowotnych w 8 krajach UE.....	14
Wykres 2. Wzrost udziału wydatków na finansowanie ochrony zdrowia w stosunku do PKB.....	22
Wykres 3. Liczba ludności Polski oraz udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013-2050.....	23
Wykres 4. Liczba zawodowo czynnych lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2000 i 2015.....	24
Wykres 5. Wartość segmentu produktów dostępnych bez recepty w aptekach ogólnodostępnych, ceny detaliczne brutto, mld zł.....	28
Wykres 6. Wykorzystywanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych w 2016 r.....	54
Wykres 7. Skąd dowiedziałaś/dowiedziałeś się o badaniu?.....	64
Wykres 8. Czy skorzystałaś/skorzystałbyś z portalu oraz współpracującej z nim ogólnopolskiej infolinii 24/7 obsługiwanej przez personel medyczny, która pomaga użytkownikom rozwiązywać proste problemy zdrowotne np. ból głowy, biegunka, przeziębienie bez pomocy lekarza? (N=454).....	66
Wykres 9. Czy skorzystałaś/skorzystałbyś portalu i współpracującej z nim 24/7 infolinii dedykowanej osobom z chorobami przewlekłymi, z którą osoby te mogłyby	

się skontaktować w celu uzyskania od personelu medycznego wsparcia w codziennym radzeniu sobie z chorobą (np. cukrzycą, niewydolnością serca czy astmą)? Gdybym był/a osobą z chorobą przewlekłą... (N=454),.....**66**

Wykres 10. Przedstawiciele jakich zawodów medycznych powini Twoim zdaniem udzielać wsparcia w ramach powyższych portali i infolinii? (N=454),.....**67**

Wykres 11. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś z portalu oraz ze współpracującej z nim ogólnopolskiej infolinii 24/7, która pomaga użytkownikom sprawdzić czas oczekiwania na wizytę czy badanie, zapisać się do lekarza przez internet i doradza w wyborze miejsca leczenia w systemie publicznym, aby czas oczekiwania był najkrótszy? (N=454),..... **68**

Wykres 12. Czy skorzystałabyś/skorzystałbyś z powyższych portali i ogólnopolskiej infolinii 24/7 wspierających użytkowników w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych lub w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej, gdyby były one obsługiwane nie przez personel medyczny ale przez sztuczną inteligencję np. inteligentną automatyczną sekretarkę? (N=454),.....**69**

Wykres 13. Czy uważasz, że autoryzowana, wiarygodna i przystępnie podana wiedza dotycząca zdrowia i leczenia powinna być zgromadzona w jednym miejscu np. w publicznym portalu www.pacjent.gov.pl, z którego każdy obywatel mógłby korzystać w sprawach dotyczących zdrowia? (N=454),.....**69**

Wykres 14. Gdyby powstał ogólnopolski system informacji dla pacjentów najchętniej korzystał(a)byś z niego poprzez ... (N=454),.....**70**

Wykres 15. Czy uważasz, że w takim portalu powinny się znaleźć informacje o kontaktach do pacjenckich grup wsparcia zajmujących się konkretnymi problemami zdrowotnymi, aby pomóc osobom szukającym informacji i wsparcia w chorobie? (N=454),.....**71**

Wykres 16. Czy Twoim zdaniem przydatne byłoby rozwiązanie informatyczne, które w prosty sposób umożliwi użytkownikom sprawdzenie czasu oczekiwania na świadczenie u świadczeniodawców w systemie publicznym i zapisanie się na to świadczenie poprzez Internet? (N=454),.....**71**

Wykres 17. Do lekarza rodzinnego (POZ) chciał(a)bym się umawiać (N=454),.....	72
Wykres 18. Czy Twoim zdaniem przydatne byłoby rozwiązanie, które umożliwi gromadzenie i bezpieczne przechowywanie w jednym miejscu (np. portalu pacjenta) dotyczącej Ciebie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i udostępnianie jej wskazanemu przez Ciebie personelowi medycznemu lub świadczeniodawcom? (N=454),.....	72
Wykres 19. Z których niżej wymienionych technologii informatycznych lub narzędzi e-zdrowia korzystałeś/eś w okresie ostatniego roku w celach związanych ze zdrowiem? (N=454),.....	73
Wykres 20. Czy korzystasz z urządzenia, które monitoruje i gromadzi dane dotyczące: (N=454),.....	74
Wykres 21. Czy chciałbyś / chciałybyś korzystać z urządzenia, które monitoruje i gromadzi dane dotyczące: (N=454),.....	74
Wykres 22. Czy byłbyś skłonny udostępnić dane gromadzone przez to urządzenie: (N=454),.....	75
Wykres 23. Czy kiedykolwiek korzystałeś z własnej elektronicznej dokumentacji medycznej np. na portalu świadczeniodawcy lub stronie NFZ (np. portal ZIP)? (N=454),.....	75
Wykres 24. Jakie informacje zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej mają Twoim zdaniem najważniejsze znaczenie dla Twojego zdrowia? (N=454),..	76
Wykres 25. Czy kiedykolwiek korzystałeś/eś ze zdalnych porad medycznych czyli w formie innej niż bezpośredni kontakt z personelem medycznym w gabinecie? (N=454),.....	77
Wykres 26. Gdybyś mógł/mogła wybrać, wołała/wolałbyś: (N=454),.....	77
Wykres 27. Wskaż trzy najważniejsze korzyści z wizyty u lekarza w gabinecie (N=454),..	78

Wykres 28. Wskaż trzy najważniejsze korzyści z porady wirtualnej (telemedycznej) (N=454).....	78
Wykres 29. Które z poniższych świadczeń medycznych była/byś skłonna/y uzyskać wirtualnie? (N=454).....	79
Wykres 30. Wybierz trzy powody dla których skorzystał(a)/byś z usług wirtualnego lekarza (N=454).....	80
Wykres 31. Wybierz trzy powody dla których nie skorzystał(a)/byś z usług wirtualnego lekarza (N=454).....	80
Wykres 32. Czy miałeś w okresie ostatniego roku kontakt w sprawach swojego zdrowia ze sztuczną inteligencją (np. poprzez korzystanie z tzw. wirtualnych diagnostów, kalkulatorów długości życia czy zegarków wykrywających zaburzenia rytmu serca)? (N=454).....	81
Wykres 33. Wyobraź sobie wirtualnego lekarza obsługiwanego przez sztuczną inteligencję, z którym możesz się skontaktować w dowolnym terminie, poprzez dowolne urządzenie takie jak komputer, tablet, telefon, zegarek, bez żadnych opłat. Możesz do niego napisać lub z nim rozmawiać we własnym języku. Wirtualny lekarz zadaje pytania dotyczące Twojego stanu zdrowia, udziela odpowiedzi i szczegółowych porad zdrowotnych, wystawia zwolnienia i skierowania, przepisuje leki, stawia diagnozę i pomaga poruszać się po systemie opieki zdrowotnej. Czy skorzystała/byś z usług takiego wirtualnego lekarza? (N=454).....	82
Wykres 34. Kiedy byłabyś/byłbyś skłonny skorzystać z usług zdrowotnych świadczonych przez sztuczną inteligencję? (N=454).....	83
Wykres 35. Czy skorzystała/byś z usług medycznych świadczonych z zastosowaniem sztucznej inteligencji? (N=454).....	84
Wykres 36. Czy wiesz, że wkrótce leki będą przepisywane na receptę elektronicznej? (N=454).....	84

Wykres 37. Czy uważasz, że recepta elektroniczna ułatwi pacjentom proces wykupu leków zleconych przez lekarza? (N=454).....	84
Wykres 38. Czy wiesz, że wkrótce skierowania wystawiane przez lekarza będą w formie elektronicznej? (N=454).....	85
Wykres 39. Czy uważasz, że skierowanie elektroniczne ułatwi pacjentom proces zapisu na wizyty do lekarzy specjalistów? (N=454).....	85
Wykres 40. Czy wiesz, że wkrótce dokumentacja medyczna będzie w formie elektronicznej? (N=454).....	85
Wykres 41. Czy uważasz, że elektroniczna dokumentacja medyczna będzie dla pacjentów dobrym źródłem informacji o uzyskanych świadczeniach? (N=454).....	86

Spis rysunków

Rysunek 1. Rozszerzona wersja triady medycyny opartej o dowodach (EBM)	18
Rysunek 2. Pacjentocentryczny system ochrony zdrowia.....	20
Rysunek 3. Znak jakości materiałów informacyjnych z obszaru ochrony zdrowia.....	31
Rysunek 4. Model systemu informacji i wsparcia jakiego oczekują pacjenci.....	92



RAZEM DLA ZDROWIA

www.razemdlazdrowia.pl



BIURO PROJEKTU:

Fundacja MY Pacjenci
ul. Łabędzia 6
04-806 Warszawa

kontakt@razemdlazdrowia.pl
www.razemdlazdrowia.pl

INFOLINIA:

+48 690 677 446