

KAROLINA DRELA

Uniwersytet Szczeciński

## PACJENCI A E-ZDROWIE

*E-zdrowie jest przełomowym podejściem do zarządzania służbą zdrowia związanym z rewolucją społeczną, jaka łączy się z transformacją pomiędzy społeczeństwem industrialnym a społeczeństwem informacyjnym. Dąży się do tego, by pacjent, mając komputer z kamerą, mikrofonem i głośnikami oraz urządzenia z czujnikami, mógł konsultować swoje objawy z lekarzem i przysyłać wyniki, które archiwizowane byłyby w bazie danych. Lekarz na bieżąco modyfikowałby zalecenia albo wzywał pacjenta na wizytę. Taki jest projekt i założenia e-zdrowia w Polsce. Czy e-zdrowie okaże się niemożliwe do realizacji ze względu na wymaganie wyjątkowo dużych nakładów finansowych, nietrafne programy dotyczące skomputeryzowania służby zdrowia, niemające połączenia ogólnopolskiego i światowego? Co na to lekarze? Co na to pacjenci?*

### Wstęp

Zgodnie z postanowieniami traktatu UE<sup>1</sup> także Polska musi dążyć do „poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i dolegliwościom

---

<sup>1</sup> Komisja Europejska, *E-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*, Bruksela 2004, COM (2004) 356.

ludzkim oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego”<sup>2</sup>. Jaki to ma związek z e-zdrowiem<sup>3</sup> i pacjentem?

Dąży się do tego, by pacjent, mając komputer z kamerą, mikrofonem i głośnikami oraz urządzenia z czujnikami, mógł konsultować swoje objawy z lekarzem i przysyłać wyniki, które archiwizowane byłyby w bazie danych. Lekarz na bieżąco modyfikowałby zalecenia albo wzywał pacjenta na wizytę. Taki jest projekt i założenia e-zdrowia w Polsce. Jaka będzie możliwość realizacji tego projektu, gdy w Polsce dostęp do Internetu jest nadal jednym z najdroższych w Europie, gdzie znaczna część społeczeństwa nie posiada komputera, nie ma dostępu do Internetu, gdy brakuje specjalistów, a w kolejkach do lekarzy, szpitali czeka się miesiącami, a czasem i latami, gdzie pacjenci nie mają środków na wykup lekarstw czy na prywatną konsultację? Z jednej strony nowoczesność i społeczeństwo informacyjne w zdrowiu, z drugiej brak środków na finansowanie spraw zdrowotnych pacjentów, lekarzy i najpotrzebniejszych urzędów czy narzędzi ratujących zdrowie<sup>4</sup>. Czy e-zdrowie okaże się niemożliwe do realizacji ze względu na wymaganie wyjątkowo dużych nakładów finansowych, nietrafne programy dotyczące skomputeryzowania służby zdrowia, niemające połączenia ogólnopolskiego i światowego? Co na to lekarze? Co na to pacjenci?

## 1. Społeczeństwo informacyjne i e-zdrowie

Rozwój systemów teleinformatycznych znalazł zastosowanie w każdej dziedzinie życia społecznego i gospodarczego. Szacuje się, że 45% gospodarstw domowych w Polsce posiada komputer, a ponad połowa z nich dostęp do Internetu<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> <http://www.ec.europa.eu>

<sup>3</sup> Pojęcie „e-zdrowie” obejmuje swoim zakresem wiele terminów, np.: telemedycyna, tele-zdrowie/zdalna opieka medyczna, telematyka w opiece zdrowotnej, informatyka medyczna, zarządzanie informacjami o zdrowiu, technologie informacyjno-komunikacyjne w opiece zdrowotnej.

<sup>4</sup> L. Sikorski, *Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2.

<sup>5</sup> Są to szacunki, lecz wydaje się, że to dane zbyt optymistyczne.

W XXI w. ludzkość wydaje coraz więcej na zdrowie. Już od wielu lat panuje przekonanie, iż największy rozwój sektorowy odnotuje właśnie sfera związana ze zdrowiem<sup>6</sup>. Ochrona zdrowia, farmaceutyka, biotechnologia czy produkcja elektronicznych urządzeń medycznych będzie jedną z najważniejszych gałęzi gospodarki światowej. Postęp ten jest bardzo widoczny nie tylko w dochodach spółek z branży, ale także poprzez fakt wydłużenia się życia oraz opracowywania nowych preparatów zwalczających choroby, do tej pory uważane za nieuleczalne. Społeczeństwo informacyjne wymusza zmiany również w sferze opieki zdrowotnej.

Europejski model e-zdrowia w swoim podstawowym zakresie dotyczącym opieki zdrowotnej obejmuje:

1. Szpitale, a w nich takie elementy, jak:
  - planowanie – czyli rejestracja i przydział (rezerwacja) terminu dla pacjentów, oraz zarządzanie zasobami ludzkimi;
  - logistyka – w odniesieniu do produktów, sprzętu czy łóżek;
  - systemy zarządzania informacją – głównie oparte na rozwiązaniach informatycznych – tak zwana część biała (moduły: ruch chorych, apteka, laboratorium, radiologia, oddział czy apteczki oddziałowe);
  - systemy zarządzania szpitalem – tak zwana część szara (zazwyczaj informatyczne moduły F-K, kadry-płace itp.).
2. Usługi sieciowe, jak:
  - powiązanie systemów szpitalnych z innymi takimi systemami w innych jednostkach;
  - telemedycyna<sup>7</sup>, telekonsultacje.
3. Podstawową opiekę zdrowotną w zakresie:
  - używania nowej technologii przez np. lekarzy domowych, farmaceutów czy stomatologów w zarządzaniu pacjentami oraz powiększaniu zasobu EHR.
4. Opiekę domową:

---

<sup>6</sup> K. Burzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, Kraków 2006.

<sup>7</sup> Przykładowe zastosowania telemedycyny w życiu to: konsultacje specjalistyczne, badania, okresowe przeglądy stanu zdrowia, długotrwałe leczenie, monitorowanie pacjentów i wyników leczenia, asystowanie przy trudnych zabiegach chirurgicznych, medycyna powypadkowa, ratownictwo morskie i górskie.

- dostarczanie profesjonalnej opieki zdrowotnej wprost do domu pacjenta z wykorzystaniem najnowszych technologii, np. medyczne portale internetowe<sup>8</sup>.

Specjaliści twierdzą, że jako społeczeństwo informacyjne Polacy są gotowi na telemedycynę. Oznacza to zarówno działania koncentrujące się na wymianie informacji i danych między różnymi instytucjami medycznymi – często w celach naukowo-badawczych, jak i informacji między pacjentem a lekarzem w celach diagnostycznych i leczniczych. Jednak czy naprawdę możliwe będzie przeprowadzenie tych działań we wszystkich placówkach służby zdrowia? Udostępnianie danych w systemach teleinformatycznych pozwalać ma na diagnozowanie i badanie pacjentów przez lekarza znajdującego się w miejscu odległym nawet o tysiące kilometrów, a także prowadzenie skutecznej terapii i rehabilitacji nie tylko w szpitalach czy przychodniach, ale również w domu. Dla lekarza to zastosowanie teleinformatycznych systemów do zdalnego przekazywania informacji, w szczególności diagnostyki i konsultacji, nadzoru i zarządzania leczeniem oraz wymiany danych i szkoleń. Tylko czy znajdą się na to środki i czy lekarze będą odpowiednio przeszkoleni w zakresie systemów teleinformatycznych? Kto sfinansuje sieć teleinformatyczną i czy znajdzie się ona w każdym punkcie służby zdrowia w Polsce?

Dla chorych system rozwiązań e-zdrowia oznaczałby komfort leczenia. Pacjenci posiadaliby w domu komputer z kamerą, mikrofonem i głośnikami oraz urządzenia z czujnikami przystosowanymi do badania odpowiednich parametrów. W zależności od sytuacji mogliby konsultować swoje objawy z lekarzem i przysyłać wyniki, które archiwizowane byłyby w bazie danych. Lekarz może natomiast na bieżąco modyfikować zalecenia, a w przypadku stwierdzenia istotnych nieprawidłowości zdecydować o konieczności wizyty lub hospitalizacji. Założenia są bardzo optymistyczne. Niestety wiązałyby się to z kosztami kupowania specjalistycznych komputerów w społeczeństwie nadal wysokiego bezrobocia i coraz większego ubóstwa. Z drugiej strony, ułatwiłoby to, przynajmniej w założeniu, diagnozę pacjenta. Nasuwa się

---

<sup>8</sup> *Podręcznik dobrych praktyk regionalnych e-zdrowie. Wyzwania regionalne i ich oddziaływanie*, Tarnów 2007.

jednak kolejne pytanie – czy lekarz, zamiast leczyć, miałby spędzać więcej czasu przed komputerem? Czy pacjent byłby właściwie diagnozowany?

## 2. E-zdrowie w Europie

Jak e-zdrowie funkcjonuje w Europie? Telemedycyna na świecie najszybciej rozwija się w USA, natomiast w Europie przodują Włochy<sup>9</sup>. W Polsce jej rozwój wspiera Sekcja Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskie Towarzystwo Telemedycyny, Sekcja Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, współpracująca ściśle z Sekcją Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku oraz Grupą Roboczą ds. Rehabilitacji Kardiologicznej z ramienia Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Jednym z celów tych organizacji jest opracowanie i wdrożenie programu domowej rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych (OZW), operacjach CABG czy z niewydolnością serca<sup>10</sup>.

Dzięki rozwojowi usług telemedycznych Europejczycy mają wydawać o miliardy euro mniej na leczenie. Chory nie musi być skazany na szpital. Coraz częściej w krajach „starej” Unii lekarze pozwalają pacjentom (nawet tym przewlekle chorym) leczyć się w domach. We Francji na ok. 55 tys. łóżek szpitalnych przypada już 1,5 tys. łóżek z chorymi leczącymi się pod kontrolą lekarza, ale u siebie. W 2010 r. ma ich być 10 tys. Wszyscy na tym korzystają: pacjenci (bo każdy z nich woli być w domu niż w szpitalu), ale także sama służba zdrowia, bo jak wynika z francuskich wyliczeń, jeden dzień leczenia domowego jest trzy razy tańszy niż doba w szpitalu, co powoduje realne oszczędności dla sektora służby zdrowia.

Europejskie systemy zdrowotne bardzo potrzebują tych oszczędności, gdyż Europa coraz bardziej się starzeje. Z danych OECD wynika, że w 2010 r. już jedna czwarta Europejczyków będzie po sześćdziesiątce. Aktualnie w Europie Zachodniej wydatki na służbę zdrowia wynoszą 10–15% PKB i rosną

---

<sup>9</sup> K. Piątek, A. Karwecki, *Aktywna polityka społeczna z perspektywy Europy socjalnej*, Toruń 2007.

<sup>10</sup> A. Zarzycka, M. Banach, *Telemedycyna dla lekarza i pacjenta*, „Gazeta Wyborcza”, <http://www.gazeta.pl>, 2010.02.17.

w tempie 7% rocznie. Tym ważniejszy staje się rozwój technologii pozwalających na leczenie domowe mające własną nazwę: e-zdrowie.

E-zdrowie będzie w najbliższych latach jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin telekomunikacji. Szybki rozwój Internetu szerokopasmowego i upowszechnienie się telefonów komórkowych pozwalają na wprowadzenie wielkich zmian w służbie zdrowia. Ale co z osobami w Polsce, które nie korzystają z Internetu i telefonów komórkowych, bo ich na to nie stać, nie ma sieci lub nie potrafią? Czy będą to usługi tylko dla zamożnych?

Dziś we Francji rynek usług telemedycznych pochłania ok. 1,5% wszystkich wydatków na zdrowie, w ciągu pięciu lat ma to już być 5%. Obecnie wydatki na rozwój tych usług wynoszą ok. 1,5 mld euro rocznie. W branży chcą więc być obecni wszyscy najważniejsi gracze: British Telecom, Deutsche Telekom, KPN z Holandii, hiszpańska Telefonica, Telecom Italia czy Vodafone. Innowacyjne rozwiązania wprowadzają producenci sprzętu – Philips, Motorola, GE, Siemens i Ericsson.

Nad nowymi produktami i usługami pracuje też France Télécom, która dwa razy w roku organizuje pod marką Orange wystawę najnowszych osiągnięć w dziedzinie e-zdrowia. Już na wystawie w 2008 r. zaprezentowano m.in. system szybkiego powiadamiania o wypadkach lub nieszczęśliwych zdarzeniach. Usługa, której nazwę można przetłumaczyć jako Mobilny Teleasystent, opiera się na nadajniku GPS wbudowanym w telefon komórkowy starszej osoby. Jeśli coś jej się przydarzy, nie musi wybierać numeru alarmowego, wciska jedynie mały pomarańczowy guzik w obudowie telefonu i w tej samej chwili centrum powiadamiania wie, gdzie znajduje się dana osoba, ma informacje o numerach telefonów najbliższej rodziny i lekarza prowadzącego.

We Francji działa też usługa domowej hospitalizacji, którą testowo objętych zostało 100 pacjentów szpitala w Lyonie. Domowy szpital to tak naprawdę komputer, skaner i czytnik kart dostępowych. System pozwala lekarzowi m.in. wystawić receptę, która po zeskanowaniu trafia do szpitala. Lekarstwa wykupuje pielęgniarka i przywozi do domu chorego. Taka opieka kosztuje pacjenta 5 euro dziennie i chętnych na nią nie brakuje. Pod koniec 2008 r. na rynku miała się pojawić usługa monitorowania stanu zdrowia osób przewlekle chorych, w tym cukrzyków, którzy mieli otrzymać

prosty w obsłudze monitor z ekranem dotykowym, pozwalający np. wysyłać do szpitala czy lekarza dane o dziennej wadze, automatycznie powiadomić rodzinę o kłopotach zdrowotnych. Lekarz będzie zaś mógł przysyłać choremu np. informacje o optymalnej diecie<sup>11</sup>.

### 3. E-zdrowie w Polsce

W Polsce usługi e-zdrowia wprowadza grupa TP, której investorem jest France Télécom. Ma to być zdalna rejestracja u lekarza. We francuskiej wersji (polska ma być bardziej zaawansowana) pacjent może za pomocą Internetu zalogować się w elektronicznym kalendarzu swojej przychodni, znaleźć wolny termin u lekarza i zapisać się na wizytę. Według szefowej projektu usług e-zdrowie w Grupie TP – K. Napierały, usługa e-zdrowie ma pozwolić praktykom lekarskim usprawnić ich codzienne funkcjonowanie i ograniczyć koszty. Nie wiadomo jednak, co w sytuacji, gdy będzie to przypadek nagły albo gdy terminy będą odległe. Telekomunikacja przymierza się do wdrożenia usługi teleEKG, czyli zdalnego monitorowania stanu zdrowia pacjenta chorego na serce. Pilotażem usługi miało być objętych 120 pacjentów. Wspiera go Instytut Kardiologii w Aninie oraz spółka zależna Grupy TP – TP Med. W Szczecinie funkcjonuje program Telekardio, lecz często brak odpowiednich umiejętności lekarza zewnętrznego korzystającego z usług w imieniu potrzebującego chorego pacjenta, niepotrafiącego odpowiednio podłączyć pacjenta, powodował, że lekarz monitorujący urządzenie w szpitalu nie mógł sprawdzić stanu chorego.

W teoretycznym założeniu projekt e-zdrowie jest bardzo dobry; planuje się, że w 2014 r. nowy system ma już działać. Pacjent przyjdzie do lekarza z nowym dowodem osobistym. Lekarz na tej podstawie otworzy w komputerze e-kartę pacjenta, zapisze tam diagnozę i informację, jakie leki przepisał. A aptekarz – również elektronicznie – odczyta e-receptę i wyda lekarstwa.

Rząd na informatyzację służby zdrowia ma 800 mln zł, z czego 85% wyasygnuje Unia Europejska. Wystarczy to jednak tylko na stworzenie centralnego systemu. Lekarze prowadzący prywatne praktyki, szpitale i apteki

---

<sup>11</sup> P. Poznański, *Telemedycyna nas uzdrowi*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wyborcza.biz>, 2008.04.06.

będą musieli zapłacić za systemy informatyczne czy przeszkolenie załogi z własnej kieszeni. W sumie 1,2 mld zł – wynika ze studium wykonalności autorstwa firmy doradczej Ernst & Young. Najwięcej zapłacą szpitale. Mały szpital (do 100 łóżek) będzie musiał znaleźć 250 tys. zł, średniej wielkości już 750 tys., a duży aż 1,5 mln zł.

Znalezienie takich pieniędzy wydaje się prawie niemożliwe. To bardzo duże sumy i nikt nie wie, skąd je wziąć. Części podmiotów może nie być stać na inwestycję. Stawia to pod znakiem zapytania powodzenie całego przedsięwzięcia.

Nie można poprawiać jakości usług i jednocześnie mówić, że nie będzie to kosztować<sup>12</sup>. Według L. Sikorskiego, dyrektora Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, które odpowiada za realizację programu e-zdrowie, rząd nie ma pieniędzy na systemy informatyczne dla szpitali i prywatnych praktyk, ale przekaże im gotowe rozwiązania potrzebne do rozpisywania przetargów. Sikorski zwraca uwagę, że dzisiaj nikt szpitalem nie daje ekstrapieniędzy na kupno telefonów, faksów, komputerów czy programów informatycznych. A dyrektorzy szpitali i tak je kupują, bo informatyzacja obniża koszty. Z badania firmy Garner (przeprowadzonego na zlecenie szwedzkiego ministerstwa zdrowia w Czechach, we Francji, w Hiszpanii, Holandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii) wynika, że dzięki systemowi e-zdrowie liczba dni spędzonych w szpitalach spadłaby o 9 mln rocznie. Przyniosłoby to oszczędności rzędu 3,7 mld euro. Skróci się czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Lekarz będzie mógł natychmiast sprawdzić wynik badań w komputerze. Zaoszczędzi NFZ, gdyż nie będzie musiał dwa razy płacić za to samo badanie. Skróci się też czas wizyty pacjenta u lekarza albo pobytu w szpitalu. W sumie dzięki e-rewolucji budżet ma zaoszczędzić nawet 4 mld zł w ciągu roku. Rząd przygotowuje konkurs na wdrożenie systemu e-recept. Zacznie on działać w trzecim kwartale tego roku, na początek w dwóch wybranych powiatach i w jednym większym mieście Wielkopolski. W całej Polsce – najpóźniej we wrześniu 2014 r.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> I. Rudawska, *Ekonomizacja relacji pacjent–usługodawca w opiece zdrowotnej*, Szczecin 2006.

<sup>13</sup> P. Poznański, *Jak zapłacić za elektroniczne leczenie*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wyborcza.biz>, 2010.02.05.



Jednak w Polsce w niektórych szpitalach już kilka lat temu zaczęto rewolucję informatyczną, by zaistnieć w e-zdrowiu, np. dzięki programowi „e-zdrowie w województwie kujawsko-pomorskim”, który ma za zadanie objęcie wszystkich szpitali systemem telemedycyny. Pierwszy etap został w dużej mierze zrealizowany. Od 2004 r. telemedycynę wdrażano w 11 lecznicach wojewódzkich i w szpitalu miejskim w Toruniu. We wszystkich zmodernizowano najpierw infrastrukturę sieciową oraz zamontowano specjalistyczne programy medyczne, które pozwalają lekarzom lepiej dbać o pacjentów. System ma bowiem dwa cele: ułatwienie pracy personelowi oraz zapewnienie większego bezpieczeństwa chorym. Zamiast lekarza zewnętrznego konsultującego najcięższe i najbardziej skomplikowane przypadki elektronicznie wysyła się np. cyfrowy obraz i konsultuje się przez terminal wideokonferencyjny, których 27 sztuk znajduje się w 11 szpitalach całego regionu. Także mikroskopy są wyposażone w kamery i bezpośrednio podłączone do komputera, więc badany organ czy wycinek można natychmiast omówić z innymi specjalistami w regionie. Telemedycyna pomaga też pacjentom kardiologicznym. 45 karetok z całego województwa wyposażono w defibrylatory, które nie tylko ratują życie, ale posiadają też aparaturę do badania EKG oraz system przesyłania danych. Lekarz, który karetką przyjeżdża do chorego na serce, już w domu pacjenta robi EKG, a wynik szybko przesyła do szpitala. W ten sposób kardiolodzy w lecznicy mogą od razu podjąć odpowiednią decyzję, a jeżeli chory musi zostać poddany zabiegowi, karetka wiezie go prosto na oddział, omijając izbę przyjęć, co pozwala zaoszczędzić cenne minuty. Kolejnym etapem rozwoju e-zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim ma być telemedycyna obejmująca wszystkie szpitale w regionie – do programu przystąpiło 20 kolejnych. Urząd Marszałkowski ma sprawdzić, jakim zapleczem technicznym dysponują te szpitale. Kolejnym krokiem będzie przystąpienie przez fachowców do instalacji nowego sprzętu i oprogramowania. Ma to być duże ułatwienie, które sprawi, że szpital zacznie funkcjonować o wiele sprawniej. System cyfrowy jest o wiele tańszy od dotychczas stosowanego, np. w zdjęciach rtg.

Telemedycyna pozwala również na lepszą gospodarkę lekami, gdyż ich zużycie jest lepiej monitorowane. Szacuje się, że oszczędności mogą sięgnąć nawet 20%. Kujawsko-Pomorskie jest pierwszym regionem w kraju, gdzie

telemedycynę wdraża się na taką skalę. Projekt jest finansowany z unijnych pieniędzy, ale szpitale muszą mieć 25-procentowy wkład. Pierwszy etap kosztował 12 mln zł, na drugi przeznaczono 24 mln zł. Włączanie szpitali powiatowych do systemu potrwa do 2011 r.<sup>14</sup>

#### 4. Przyszłość e-zdrowia w Polsce – podsumowanie

Wiele szpitalnych sprzętów polskiej służby zdrowia jest przestarzałych. Wsparcie NFZ-u nie pozwala także na zapewnienie wystarczającej liczby etatów dla wykwalifikowanych pracowników, a co dopiero na zakup nowoczesnego sprzętu. Ujemny przyrost naturalny sprawił, że polskie społeczeństwo starzeje się. Sytuacja ta będzie wymagała świadczenia większej liczby usług dla większej liczby ludzi, dlatego tak ważne jest stworzenie wydajnych procedur wspomagających proces stawiania diagnozy oraz możliwość przeniesienia ciężaru opieki ze szpitala na dom. Granica podjęcia leczenia szpitalnego jest płynna i zależy głównie od organizacji danego kraju, jego bogactwa i uwarunkowań medycznych. Nie zawsze to, co wymaga hospitalizacji w Polsce, wymaga jej w innych krajach europejskich. Telemedycyna ma umożliwić diagnozę pacjenta na odległość, przełamując wszelkie bariery geograficzne. Przesyłanie zdjęć rentgenowskich czy obrazów USG przez Internet i natychmiastowa diagnoza lekarza to inicjatywy, które nieśmiało, ale z ogromnym powodzeniem rozwijają się już w Polsce.

Polskie szpitale są nadal w trudnej sytuacji finansowej, ale coraz więcej z nich zauważa, że nowoczesne technologie – nawet pozornie drogie w zakupie – niwelują szybko straty, jakie przynosi eksploatacja przestarzałych urządzeń. Korzyści płynące z diagnozowania i stałego monitorowania zdrowia osób chorujących na serce, cukrzycę czy astmę czerpią obie strony: lekarze mogą na bieżąco monitorować stan zdrowia swoich pacjentów, obniżając tym samym koszty utrzymania oddziałów szpitalnych. Pacjenci natomiast zyskują lepszą jakość usług oraz wygodę, bo konsultacje można przeprowadzić z własnego fotela<sup>15</sup>. Należy jednak pamiętać, iż:

---

<sup>14</sup> N. Wołoch, *Pacjenci w sieci, czyli e-zdrowie w regionie*, „Gazeta Wyborcza” Toruń, <http://www.gazeta.pl>, 26.08.2008.

<sup>15</sup> <http://ezdrowie.spoleczenstwoinformacyjne.pl>.

- na usługi e-zdrowia potrzebne są duże środki finansowe; jedyną możliwością są dotacje z UE, z których polskie szpitale powinny korzystać;
- nie należy bać się nowości, reformę e-zdrowia trzeba by przeprowadzić, informując o tym wszystkich mieszkańców Polski, może przez reklamę zdrowotną? Korzyści będą jednak widoczne w dalekiej przyszłości;
- nie należy zapominać o tradycyjnym leczeniu, o profilaktyce i diagnozie przy użyciu często wysłużonego sprzętu, przy braku specjalistów i miesięcznych kolejkach do lekarzy;
- wspomniany model francuskiego e-zdrowia i stworzenie podobnego wymagałoby w Polsce rewolucyjnych zmian i dużych dotacji, gdyż trzeba by się zastanowić, czy przeciętnego mieszkańca Polski stać na e-zdrowie;
- wprowadzenie rozwiązań telemedycznych powoduje nie tylko obniżkę kosztów związanych z medycyną w przyszłości, ale wiąże się z etyką – pojawia się pytanie, czy e-usługi będą dla wszystkich, czy tylko bogatych pacjentów i czy będą wykonywane rzetelnie w każdym przypadku;
- jeżeli szpitale podejmą próbę rozwiązań telemedycznych, to czy będą miały środki na obsługę sprzętu, lekarzy i pacjentów?

## Literatura

1. Burzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, Kraków 2006.
2. <http://ezdrowie.spoleczenstwoinformacyjne.pl>.
3. <http://www.ec.europa.eu>.
4. Komisja Europejska, *E-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*, Bruksela 2004, COM (2004) 356.
5. Piątek K., Karwecki A., *Aktywna polityka społeczna z perspektywy Europy społecznej*, Toruń 2007.
6. *Podręcznik dobrych praktyk regionalnych e-zdrowie. Wyzwania regionalne i ich oddziaływanie*, Tarnów 2007.
7. Poznański P., *Jak zapłacić za elektroniczne leczenie*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wyborcza.biz>, 05.02.2010.
8. Poznański P., *Telemedycyna nas uzdrowi*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wyborcza.biz>, 06.04.2008.
9. Rudawska I., *Ekonomizacja relacji pacjent–usługodawca w opiece zdrowotnej*, Szczecin 2006.

10. Sikorski L., *Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2.
11. Wołoch N., *Pacjenci w sieci, czyli e-zdrowie w regionie*, „Gazeta Wyborcza” Toruń, <http://www.gazeta.pl>, 26.08.2008.
12. Zarzycka A., Banach M., *Telemedycyna dla lekarza i pacjenta*, „Gazeta Wyborcza”, <http://www.gazeta.pl>, 17.02.2010.

## **PATIENS AND EHEALTH**

### **Summary**

Thanks to eHealth, doctors can access patients' medical records more easily, get immediate access to test results from the laboratory, and deliver prescriptions directly to pharmacists. Patients with heart problems can carry monitors which alert their doctor if their condition changes, yet allow them to continue with their daily business.

*Translated by Karolina Dreła*