

Jeśli MSW nie uzna osoby za zmarłą,  
Centralny Wykaz Ubezpieczonych uważa ją za żywą

# Jesteśmy ślepi i głusi

Krzysztof Nyczaj

Anglojęzyczna Wikipedia definiuje interoperacyjność jako łączenie osób, danych i różnych systemów. Instytut Inżynierów Elektryków i Elektroników (IEEE) za interoperacyjność uznaje zaś zdolność dwóch lub więcej systemów lub komponentów do wymiany informacji i korzystania z informacji, która była wymieniana, natomiast ISO – w obszarze oprogramowania – za zdolność do komunikowania się, wykonywania programów i transferu danych pomiędzy różnymi elementami funkcjonalnymi w sposób, który wymaga od użytkownika jedynie niewielkiej znajomości tych elementów. Na gruncie polskim na uwagę zasługują natomiast definicje wprowadzane przez kolejne projekty regulacji dotyczących Krajowych Ram Interoperacyjności.

W projekcie uchwały Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności z 2007 r. stwierdza się: *Interoperacyjność – to zdolność systemów informacyjnych jednostek administracji publicznej do wspólnego działania na rzecz realizacji zadań publicznych*. Z tak rozumianą interoperacyjnością wiąże się pojęcie interoperacyjności teleinformatycznej, określanej jako zdolność systemów teleinformatycznych oraz wspieranych przez nie procesów do wymiany danych oraz do dzielenia się informacjami i wiedzą. Uzasadnienie do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych z 2011 r. pojęcie interoperacyjności odnosi wprost do rejestrów. Zgodnie z projektem, interoperacyjność to zdolność różnych podmiotów oraz używanych przez nie systemów teleinformatycznych i rejestrów publicznych do współdziałania na rzecz osiągnięcia wzajemnie korzystnych i uzgodnionych celów z uwzględnieniem współdzielenia informacji i wiedzy przez wspierane przez nie procesy biznesowe realizowane za pomocą wymiany danych za pośrednictwem wykorzystywanych przez te podmioty systemów teleinformatycznych.

### Złe przykłady

Problem dezintegracji systemu informacyjnego ochrony zdrowia, w tym braku współdziałania pomiędzy rejestrami oraz jego skutki, można rozważać w omówionych wcześniej czterech obszarach interoperacyjności: technicznym, semantycznym, organizacyjnym oraz prawnym. Takie podejście jest uzasadnione, gdyż problem integracji wpływa wprost z problemu interoperacyjności.

Przykładem braku interoperacyjności prawnej rejestrów ochrony zdrowia jest rejestracja uprawnień do podejmowania działalności o charakterze medycznym – innej niż regulowanej przez ustawy: o zawodzie lekarza, o zawodzie pielęgniarki i położnej, izbach aptekarskich, o diagnostyce laboratoryjnej. W Polsce w odróżnieniu od innych krajów UE nie funkcjonuje żaden system umożliwiający weryfikację uprawnień do podejmowania działalności w takich zawodach, jak fizjoterapeuta, ratownik medyczny, psychoterapeuta, masażysta itp. Pomimo starań Ministerstwa Zdrowia w latach 2007–2010 nie udało się wprowadzić podstaw prawnych dla rejestru niektórych zawodów medycznych, który umożliwiłby resortowi zdrowia kontrolowanie i nadzór nad jakością świadczeń wykonywanych przez wykonujących te zawody. Brak rejestru faktycznie uniemożliwia resortowi zdrowia właściwe realizowanie obowiązków informacyjnych wynikających z dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji (Dz. U. L 255 z 30.09.2005, z późn. zm.) oraz wdrażającej jej polskiej ustawy z 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach człon-

„ Przykładem braku interoperacyjności prawnej rejestrów ochrony zdrowia jest rejestracja uprawnień do podejmowania działalności o charakterze medycznym ”

kowskich Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 63, poz. 394). Brak rejestru powoduje ponadto, że resort zdrowia nie posiada kompletnych danych dotyczących osób wykonujących w Polsce zawody medyczne. W ramach sprawozdawczości statystycznej MZ-89 zbiera się co prawda dane o zatrudnieniu pracowników medycznych, w tym wykonujących zawody medyczne inne niż lekarze, pielęgniarki, położne, diagnostki laboratoryjni, ale nie obejmują one danych o zawodach medycznych wykonywanych poza podmiotami leczniczymi, tj. np. w ramach działalności gospodarczej podejmowanej na własny rachunek. Rejestry osób wykonujących zawody medyczne funkcjonują w wielu krajach unijnych:

- Holandia – BIG-register, skupiający zawody medyczne, m.in. fizjoterapeutów, psychoterapeutów, logopedów, terapeutów zajęciowych, ortoptystów, optometrystów, dietetyków, rejestr dostępny on-line;

„ NFZ w 2012 r. szacował, że około miliona osób jest nieubezpieczonych ”

- Norwegia – SAFH, rejestr obejmujący zawody medyczne, m.in. fizjoterapeutów, techników farmaceutycznych, ratowników medycznych, higienistki dentystyczne, techników dentystycznych, terapeutów zajęciowych, ortoptystów, optometrystów, protetyków słuchu, perfuzjonistów, sekretarki medyczne, rejestr dostępny on-line;
- Wielka Brytania – HPC, obejmuje 14 zawodów, m.in. fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, techników analityki medycznej, ratowników medycznych, ortoptystów, techników elektroradiologii, logopedów, protetyków słuchu, rejestr dostępny on-line;
- Irlandia – np. rejestr optometrystów i optyków okularowych;
- Finlandia – VALVIRA, rejestr obejmujący m.in. psychologów, logopedów, dietetyków, fizjoterapeutów, techników analityki medycznej, techników radiologii, higienistki dentystyczne, terapeutów zajęciowych, optyków i techników dentystycznych.

Tabela 1. Wykaz państw UE regulujących zawody medyczne wymienione w projekcie ustawy o niektórych zawodach

Lp. Nazwa medycznego zawodu regulowanego (projekt ustawy)	Austria	Belgia	Bułgaria	Cypr	Czechy	Dania	Estonia	Finlandia	Francja	Grecja	Hiszpania	Holandia	Irlandia
1 asystentka dentystyczna					X			X		X			
2 dietetyk	X	X		X		X		X	X	X	X	X	X
3 fizjoterapeuta	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
4 higienistka dentystyczna					X	X		X			X	X	
5 higienistka szkolna													
6 instruktor terapii uzależnień	X							X				X	
7 logopeda	X	X		X	X			X	X	X	X	X	X
8 masażysta	X	X	X		X			X					
9 opiekunka dziecięca					X			X		X			
10 opiekun medyczny													
11 optometrysta	X				X							X	X
12 optyk okularowy	X	X		X	X	X		X	X	X	X		X
13 ortoptystka	X	X			X				X			X	X
14 protetyk słuchu	X	X							X		X		X
15 psychoterapeuta	X							X				X	
16 ratownik medyczny	X				X	X		X					
17 specjalista psychoterapii uzależnień	X							X				X	
18 technik analityki medycznej	X	X	X		X	X		X	X	X	X		X
19 technik dentystyczny	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
20 technik elektroradiolog	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X
21 technik farmaceutyczny		X	X		X	X	X	X	X	X		X	
22 technik ortopeda	X	X			X	X		X		X	X		
23 terapeuta zajęciowy		X			X	X		X	X	X	X	X	X
RAZEM	16	13	6	5	16	11	1	18	11	12	11	13	11

Tabela 1. ukazuje zakres regulacji zawodów medycznych w krajach UE.

### Stłucz termometr, by nie mieć gorączki

Przykładem braku interoperacyjności semantycznej jest konflikt na poziomie identyfikatorów jednostek pomiędzy rejestrem hospitalizowanych prowadzonym przez Państwowy Zakład Higieny a Krajowym Rejestrem Nowotworowym. Zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (rozporządzenie wykonawcze do ustawy o statystyce publicznej) każdy szpital po wypisaniu pacjenta ma obowiązek przesłać kartę statystyczną dotyczącą tego pobytu do regionalnego rejestru w wojewódzkim centrum zdrowia publicznego (województwo), a stamtąd do PZH. Brak identyfikatora pacjen-

ta na karcie statystycznej lekarskiej (MZ/Szp11) powoduje, że podmioty prowadzące rejestry regionalne (województwo) oraz rejestr centralny (PZH) wielokrotnie pobyty w szpitalu tego samego pacjenta dotyczące tej samej choroby traktują jako osobne. W konsekwencji w rocznikach statystycznych GUS pojawia się informacja o ponad 7 mln hospitalizacji rocznie, z czego można wyciągnąć błędny wniosek, że co piąty mieszkaniec Polski przebywał w szpitalu.

### Agregacja

Problem ten można zaobserwować, porównując zagregowane dane gromadzone przez PZH i CSIOZ z danymi zbieranymi przez GUS w ramach reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski. Ostat-

medycznych – stan na 28 października 2009 r.

Islandia	Lichtenstein	Litwa	Luksemburg	Łotwa	Malta	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Rumunia	Słowacja	Słowenia	Szwajcaria	Szwecja	Węgry	Wielka Brytania	Włochy	Razem
	X	X									X	X					7
X	X	X	X		X	X		X			X	X	X		X	X	22
X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	27
X	X	X			X		X	X		X	X	X	X		X	X	17
											X						1
	X					X						X	X				7
X			X		X	X		X		X	X	X	X		X	X	21
X	X	X	X			X		X		X	X	X				X	15
			X			X	X									X	7
																	0
					X					X		X	X		X		9
X	X		X			X	X			X		X	X		X	X	20
	X		X		X	X	X	X							X	X	14
	X		X			X	X	X				X	X		X	X	14
	X					X						X	X				7
X							X					X			X		8
	X					X						X	X				7
X	X		X		X	X	X	X		X	X				X	X	21
	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	X	26
X	X		X		X	X	X	X			X	X	X		X	X	23
X	X	X			X	X	X	X			X		X				18
			X			X	X	X		X	X	X	X		X	X	17
X	X	X	X		X	X	X	X			X	X	X		X	X	22
12	16	8	13	2	11	17	13	13	0	9	12	17	15	0	14	14	

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

nie takie badanie zostało przeprowadzone przez GUS w 2009 r. w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS). Wynika z niego, że w 2009 r. w szpitalach leczono się 4,239 mln osób, z czego 3,043 mln przebywało tam tylko raz. Natomiast według danych PZH w 2009 r. w szpitalach leczono się 6,687 mln osób. Dla porównania, według Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, które zbiera dane statystyczne ze szpitali w ramach sprawozdania MZ-29 (działalność szpitali ogólnych), liczba leczonych w 2009 r. w szpitalach ogólnych wynosiła 8,031 mln osób. Informacje podawane przez PZH i CSIOZ nie obejmują danych ze szpitali resortowych.

Brak identyfikatora na karcie statystycznej uniemożliwia również połączenie danych zawartych w rejestrze

hospitalizowanych z danymi dotyczącymi pobytów w szpitalach gromadzonych przez NFZ. Byłoby to o tyle efektywne, że do przekazywania danych do tych dwóch instytucji wykorzystywana jest podobna struktura komunikatu elektronicznego. Brak numeru PESEL na karcie statystycznej leczenia szpitalnego (MZ/Szp11) uniemożliwia śledzenie procesu leczenia pacjenta w szpitalu oraz dokonywanie wielu szczegółowych analiz pod kątem zachorowań. W pewnym stopniu próbuje się to robić poprzez kojarzenie niektórych informacji zawartych na karcie statystycznej MZ/Szp11, tj. daty urodzenia, miejsca zamieszkania oraz informacji o płci. Jednak takie podejście nie daje zupełnie jednoznacznych wyników. Niemożliwe jest również powiązanie danych z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, który posługuje się

Tabela 2. Porównanie danych PZH i KRN dotyczących wybranych nowotworów

Miejsce nowotworu	Liczba hospitalizacji w 2006 r. (wg PZH)	Liczba nowotworów rozpoznanych w 2006 r. (wg KRN)	Liczba zachorowań na nowotwory w pięcioletnim okresie 2002 – 2006 (wg KRN)
jelito grube (C18–C21)	75 944	17 988	41 174
płuco (C33–C34)	88 608	20 286	37 186
pierś (C50)	68 646	13 419	53 362
jajnik (C56)	30 155	3 291	10 263
gruczoł krokowy (C61)	18 876	7 154	23 048
pęcherz moczowy (C67)	37 241	5 099	18 480

numerem PESEL jako identyfikatorem chorego, m.in. w celu wzajemnej weryfikacji danych. W konsekwencji na podstawie danych zawartych w obu rejestrach można otrzymać diametralnie różne informacje. Problem ukazuje tabela 2.

Z danych PZH wynika na przykład, że w 2006 r. w szpitalach leczyło się z powodu nowotworów jelita grubego prawie 76 tys. osób. Natomiast według danych z KRN wszystkich nowo zdiagnozowanych nowotworów tego typu było w skali kraju prawie 18 tys. Nawet przy założeniu, że nie każdy nowotwór wykryty w 2006 r. skończył się pobytem w szpitalu, a hospitalizacja w 2006 r. obejmowała również nowotwory wykryte w latach poprzednich, i tak liczby podawane przez PZH wydają się zawyżone. Może o tym świadczyć również porównanie danych PZH z danymi o liczbie zachorowań na nowotwory w okresie pięcioletnim według KRN. Z danych PZH wynika, że w roku 2006 z powodu nowotworów płuca hospitalizowano ponad 88 tys. pacjentów, co ponad dwukrotnie przewyższa liczbę osób, które według KRN zachorowały na ten rodzaj nowotworu w latach 2002–2006.

Przykładem braku interoperacyjności organizacyjnej jest brak współdziałania pomiędzy regionalnymi ośrodkami onkologicznymi prowadzącymi regionalne rejestry onkologiczne a wojewódzkimi oddziałami NFZ w zakresie analizy danych dotyczących zachorowań na nowotwory. Przejawia się on przede wszystkim w niewykorzystywaniu przez NFZ metod analiz wypracowanych przez regionalne ośrodki onkologiczne. Pomimo że dane gromadzone przez obydwie instytucje cechują się dużą precyzją i kompletnością oraz mimo spełnienia minimalnych warunków w zakresie interoperacyjności semantycznej (m.in. ustalona struktura danych, identyfikatory), analizy dotyczące stanu zdrowia przedstawiane przez te instytucje w oficjalnych raportach nie korespondują ze sobą. Na przykład według Biuletynu Statystycznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego z 2006 r., który powołuje się na dane pozyskane z Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie, w 2006 r. w województwie war-

mińsko-mazurskim leczono z powodu nowotworów złośliwych oraz *in situ* w poradniach specjalistycznych 20 991 chorych, a na oddziałach szpitalnych – 9607. Natomiast według danych podawanych przez Krajowy Rejestr Nowotworowy w latach 2002–2006 w tym samym województwie zachorowało na nowotwory 19 835 osób, a zmarło 15 468. O ile regionalne rejestry onkologiczne prowadzą analizy w kontekście rozpoznanych i potwierdzonych jednostkowych nowotworów, o tyle analizy OW NFZ koncentrują się przede wszystkim na analizie liczby wykonanych świadczeń dotyczących zachorowań na nowotwory, co pokazuje raczej produktywność (wydajność) systemu ochrony zdrowia finansowanego z funduszy publicznych niż stan zdrowia określonej populacji.

### Rejestr ubezpieczonych

Przykładem braku interoperacyjności organizacyjnej rejestrów jest również proces ewidencjonowania ubezpieczonych w NFZ. Centralny Wykaz Ubezpieczonych to wtórny rejestr wewnętrzny NFZ zasilany informacjami z rejestrów pierwotnych takich instytucji, jak:

- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych – baza PESEL,
- ZUS – informacja o osobach zgłoszonych do ubezpieczenia oraz o składkach odprowadzanych na ubezpieczenie zdrowotne,
- KRUS – informacja o osobach, które podlegają zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego,
- organy samorządu terytorialnego – decyzje indywidualne wydawane na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

### Kto żyje, kto nie

Jakość danych w CWU jest pochodną procedur aktualizacji rejestrów pierwotnych oraz zastosowanych w tych rejestrach mechanizmów kontroli. Na przykład, jeżeli MSW nie uznało danej osoby za zmarłą, w CWU nadal widnieje ona jako żyjąca. Zdarza się również, że na poziomie urzędu stanu cywilnego przez pomyłkę uznaje się dany PESEL za numer osoby zmarłej, gdy tymczasem ona żyje. Według NFZ takich przypadków

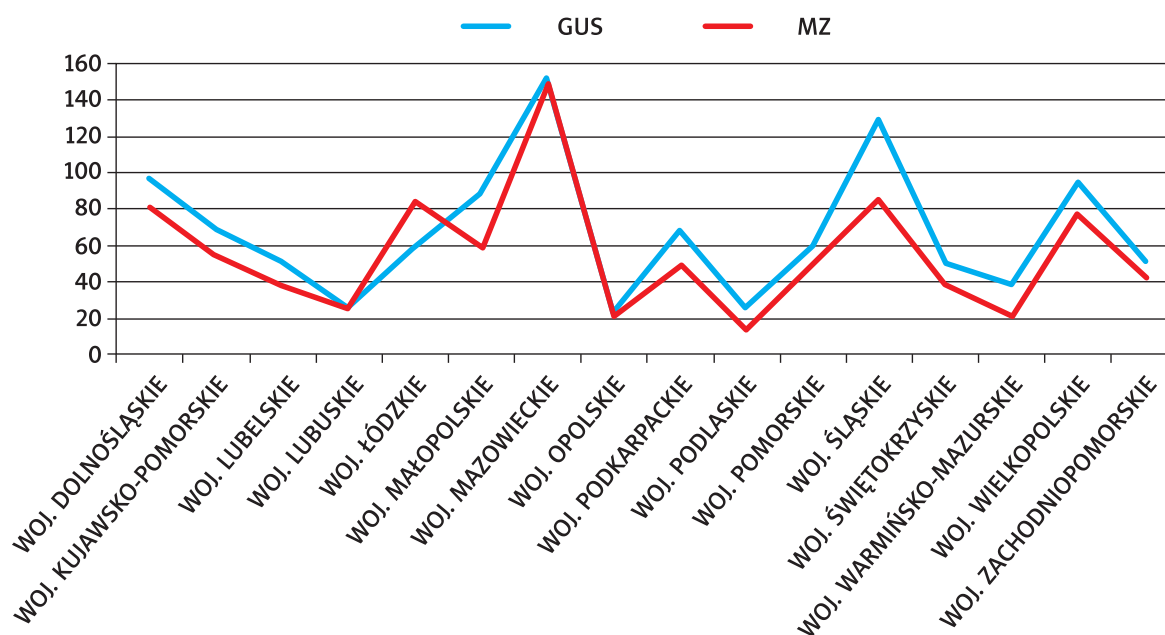
w każdym roku jest przynajmniej kilkadziesiąt. Innych problemów dostarcza baza ZUS. Zakład większą wagę przywiązuje do osób odprowadzających składkę niż do faktycznie zgłoszonych do ubezpieczenia. W konsekwencji powstają znaczne luki w rejestrze, zwłaszcza dotyczące dzieci. Powszechne jest niedopełnianie obowiązku zgłaszania do ubezpieczenia osób będących członkami rodziny, gdyż nie jest to obciążone żadnymi sankcjami. Innym problemem są dane z KRUS. Niektóre informacje o ubezpieczonych w KRUS praktycznie nie są przekazywane do NFZ. Osobnym problemem jest przekazywanie danych z rejestrów pierwotnych do CWU z opóźnieniem. W związku z tym, że aktualny stan prawny nie pozwala NFZ na ponoszenie ryzyka finansowego związanego z obowiązkiem zapłaty za świadczenia mogącego powstać w wyniku pozytywnego potwierdzenia ubezpieczenia, które w rzeczywistości nie byłoby prawdziwe, każdego roku wielu pacjentów ma problem z otrzymaniem świadczenia zdrowotnego. W 2012 r. fundusz szacował, że około miliona osób jest nieubezpieczonych, a w stosunku do trzech milionów istnieją pewne braki w dokumentacji.

Innym przykładem braku interoperacyjności organizacyjnej jest ewidencjonowanie urodzeń. Podstawowym źródłem wiedzy na ten temat są dane Głównego Urzędu Statystycznego rejestrującego urodzenia na podstawie formularza zgłoszenia urodzenia wypełnianego przez szpital, w którym nastąpił poród dziecka, lub położną bądź lekarza, którzy odebrali poród poza szpitalem. Ponieważ w metryce miejsce urodzenia dziecka nie jest kodowane (koduje się jedynie miejsce zamieszkania matki), statystyki urodzeń GUS nie mogą być podstawą do

„ W oficjalnych rocznikach statystycznych GUS pojawia się informacja o ponad 7 mln hospitalizacji rocznie, z czego można wyciągnąć błędny wniosek, że co piąty mieszkaniec Polski przebywał w szpitalu „

analizy urodzeń i zgonów w szpitalach. Chociaż statystyki GUS zawierają bardzo ważne informacje, jak wiek matki, waga noworodka, długość ciąży, nie mogą stanowić podstawy do analizy opieki i oceny parametrów związanych z przebiegiem ciąży właśnie z powodu braku informacji o miejscu urodzenia. Analizy takie prowadzi się na podstawie danych statystycznych zbieranych w ramach procesów sprawozdawczości zarządzanych przez ministra zdrowia, tj. za pośrednictwem formularza statystycznego MZ-29 (sprawozdanie o działalności zakładu długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej). Z analiz przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka wynika, że istnieją poważne różnice w statystykach urodzeń i zgonów opracowywanych na podstawie danych gromadzonych przez GUS i MZ<sup>1</sup>. ■

<sup>1</sup> M. Troszyński. Umieralność okołoporodowa wczesna (0-6) płodów i noworodków Polska – 2010. Instytut Matki i Dziecka. Pracownia Analiz Zdrowia Prokreacyjnego. Warszawa 2011 r.



Źródło: M. Troszyński. Umieralność okołoporodowa wczesna (0-6) płodów i noworodków Polska – 2010. Instytut Matki i Dziecka. Pracownia Analiz Zdrowia Prokreacyjnego. Warszawa 2011 r.

**Rycina 1.** Różnica w liczbie zgonów noworodków w statystykach GUS i Ministerstwa Zdrowia