

Chcemy informatyzacji medycyny czy tylko sprawozdawczości dla NFZ?

# Narzędzie kontra notes

Informatyzacja ochrony zdrowia biegnie. Może nie tak, jak byłoby najlepiej dla pacjentów, lekarzy, menedżerów. Może nie tak, jak byłoby najlepiej ze względu na bezpieczeństwo państwa. Można się też spodziewać, że ostatecznie nie zostaną spełnione marzenia o e-medycynie z prawdziwego zdarzenia dla całej polskiej ochrony zdrowia. Co zatem mogą i powinny zrobić polskie szpitale?

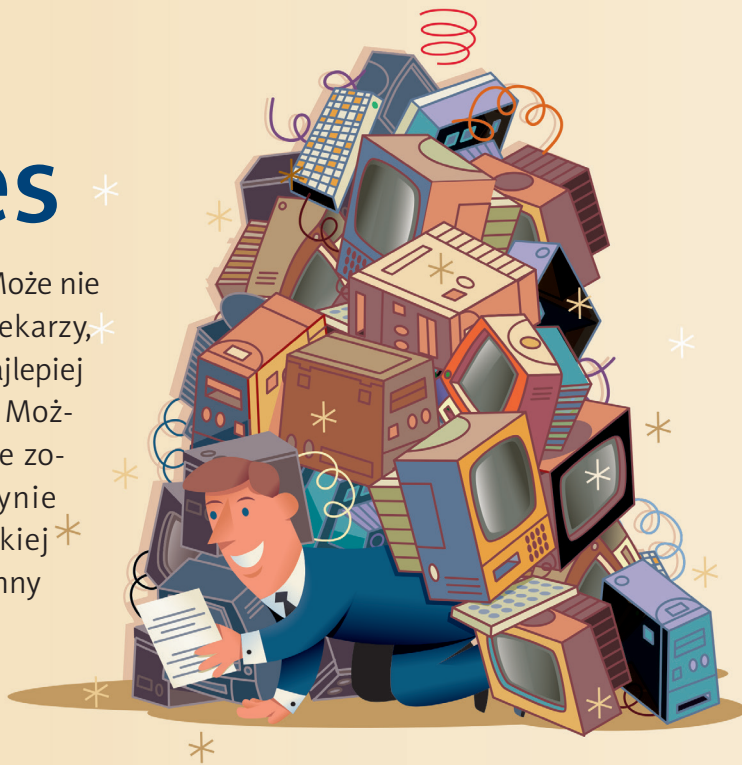


Foto: iStockphoto 2x

Przedmiotem komentarzy jest skala informatyzacji już dokonanej. W wypadku średniej wielkości szpitali analizy dotyczą około jednej trzeciej placówek. Taka ich część nadesłała bowiem odpowiedzi na ankietę przeprowadzoną w 2014 r. przez CSIOZ. Ten zbiór w żaden sposób nie jest reprezentatywny. Nic z tego, czego się o nim dowiedzieliśmy, nie dotyczy pozostałych 66 proc., chyba że mamy – ale nie mamy – jakieś dodatkowe informacje na temat podobieństwa tego zbioru do „całej populacji” pod innym względem, uzasadniającym taką generalizację na temat tego, co nas interesuje, czyli informatyzacji. Ogólnie wiemy niezbyt wiele, ale uważa się, że około połowy szpitali myśli i robi coś więcej w dziedzinie informatyzacji niż obowiązkowa e-korespondencja rozliczeniowa z NFZ oraz e-sprawozdawczość statystyczna. Druga połowa nie robi nic ponadto.

Kwestia skali dotychczasowej informatyzacji stawia na porządku dziennym pytanie nie o to, na ile posuwamy się w osiąganiu dotychczas formułowanych zadań i celów, ale o to, na ile można się jeszcze z tego wycofać na rzecz przyjęcia innej strategii i innych zadań i celów, skoncentrowanych nie na dokumentowaniu, ale na leczeniu.

## Stabe efekty

Informatyzację prowadzimy raczej beładnie, bez jednolitych standardów modelowania danych, w for-

mie archipelagu samotnych regionalnych wysp, między którymi krążą piraci – firmy informatyczne. Całość ma w najbliższych latach otrzymać wspólną pokrywkę w postaci – z jednej strony – projektu P1, a z drugiej – e-dokumentacji w szpitalach i przychodniach. Teoretycznie powinno się tam znaleźć wygodne miejsce dla pakietu kolejkowo-onkologicznego z jego zieloną kartą czy dla map potrzeb zdrowotnych. Na razie i pakiet, i mapy nie mają gdzie przycumować.

Podstawowe właściwości tego, co nie bez bólów otrzymamy, są efektem arbitralnych rozstrzygnięć podjętych mniej więcej 10 lat temu i zaszytych później w studium wykonalności dla głównego sterującego całością projektu, czyli P1. Zabrakło profesjonalnej debaty i partycypacji interesariuszy. Unię Europejską potraktowano jak dojną krowę. Ta zaś, choć trochę wierzyła, przyjęła to w końcu z zaskakującą pokorą.

## Dokumentować czy leczyć

Rozstrzygnięcia dotyczą pytań kluczowych. Dane wysyłać czy udostępniać – „okazywać”? Tylko dokumentować – monitorować zdarzenia czy wspierać leczenie? Budować system w trybie „z dołu do góry” na podstawie standardów czy „z góry na dół”, opierając się na „największym w Europie” projekcie informatycznym budowanym przez centralną instytucję rządową? Na razie mamy wysyłać – a nie okazywać; wspierać mo-

onitorowanie – nie leczenie; wszystko „z góry na dół”. Standardy tak – w wypadku komunikatów od zakładów opieki zdrowotnej do CSIOZ, ale nie do modelowania danych w miejscu ich powstawania. Udostępnianie danych tak, ale tylko „z góry na dół” z CSIOZ. W sumie P1 jest swego rodzaju nakładką na bardzo słabo skomunikowaną wewnątrznie przestrzeń informacyjną. Tę ostatnią okoliczność mamy jednak na zamówienie. Jeszcze nie tak dawno można było mówić, że – inaczej niż w krajach wcześniej, ale przy okazji żywiołowo z informatyzowanych – zbudujemy tę przestrzeń od zera z szansą uniknięcia ich błędów. Wówczas dałoby się to zrobić, ale nie teraz. Zbudowaliśmy wieżę Babel, podobnie jak to było w wypadku informatyzacji kas chorych. Medium spinającym komunikacyjnie całość ma być P1.

### Osierocona semantyka

W komunikatach wysyłanych do CSIOZ poza kodem ICD cała warstwa kliniczna ma pozostawać jak na papierze. Wymyka się wsparciu informatycznemu. System pozostawia prawie całą semantykę komunikatów dotyczących leczenia poza elektroniczną obsługą. Hasło interoperacyjności potraktowano jako rodzaj czysto formalnej kontrybucji wobec Unii Europejskiej, którą trzeba jakoś odfajkować. Podstawową w tej dziedzinie normę EN-PN 13606 wpisano zatem, ale jej jądro potraktowano jako opcję nierealną. Założenia te zdaniem ekspertów w każdej z tych kwestii spychają system informatyczny w informacyjną ślepią uliczkę. Problemem strategicznym jest pytanie, jak, kiedy i jakim kosztem z tego wyjść. Jak ten proces przesterować.

### Już chyba za późno

Co wobec tego zrobić? Co mają robić szpitale? Ich dyrektorzy nie mogą czekać. Nie chodzi tylko o igraszki z formalnym terminem wdrożenia e-dokumentacji i liczeniem na to, że inni nie zdążą lub że P1 padnie. Szpitale nie mogą czekać. Kompleksową informatyzację wymusza czas – nowe technologie, nowe pokolenia lekarzy, pacjentów. Doskonale zdigitalizowane urządzenia diagnostyczne marnują się, gdy pracują w izolacji, poza kompleksowym systemem informatycznym. Czekająca technologia telemedyczna z jej urządzeniami. Pacjent czy lekarz traci czas i cierpliwość, gdy musi wielokrotnie wprowadzać te same dane, przechodząc z gabinetu do gabinetu, z przychodni do szpitala i z powrotem. Administrację szpitala irytują coraz to nowe oczekiwania informacyjne instytucji centralnych, które musi dostarczać w trybie komunikatów uzyskiwanych w drodze modyfikacji szpitalnego oprogramowania lub ręcznego przeklepywania.

Szpitale, o ile w całości lub częściowo tkwią jeszcze w papierach, nie powinny odkładać kompleksowej informatyzacji z powodu wspomnianych wcześniej niesprzyjających okoliczności. Te wcześniej zinforma-

„Uważa się, że blisko połowa szpitali myśli i robi coś więcej w dziedzinie informatyzacji niż obowiązkowa e-korespondencja rozliczeniowa z NFZ oraz e-sprawozdawczość statystyczna”

tyzowane w sposób niezintegrowany też nie powinny traktować wad obecnych rozwiązań ogólnokrajowych jako argumentu skłaniającego do wyczekiwania. Jak się wydaje, lekarz, który nie widział komputera, i szpital lub przychodnia, która nie wysyła żadnych e-komunikatów, są już obiektami raczej mitycznymi. Nie brakuje firm informatycznych, które to wszystko robią i robią. Są firmy doradcze, które mogłyby pomóc przygotować szpital do rozmów z informatykami oraz później do wdrożenia tego, co wspólnie przygotowano. Co do tych ostatnich, jest oczywiście gorzej niż z firmami informatycznymi: i w szpitalach, i w regionach, i na poziomie centralnym korzysta się z nich znacznie rzadziej, jeśli w ogóle. Ale są.

Propozycja, żeby szpitale wchodziły w system tak krytycznie oceniony i z bardzo problematyczną perspektywą na przyszłość, brzmi oczywiście dziwnie. Czy nie lepsza byłaby jakaś obstrukcja, strajk włoski – ogólnie nicnierobienie? Te strategie miały sens i były w praktyce stosowane wcześniej. Wydawało się, że „to nie może się udać”, że „trzeba przeczekać”. Jednak „udało się”. W CSIOZ i nie tylko uznano, że w tej fatalnej sprawie trzeba „iść w zaparte”. Hasło, że za późno na zmiany, od początku nadużywane, obecnie trzeba o tyle tylko uznać, że jednak w to wejść. Ale wchodząc, nastawiać się na zmianę. Uczestnicy systemu, główni aktorzy i interesariusze, chcąc nie chcąc, jedzą i zjedzą tę żabę. Ale już teraz głównym problemem jest nie czy, ale jak ją strawić. Za późno, żeby zwrócić.

### Zaraz po P1

Doradzając, powtarza się, że szpital czy przychodnia, przygotowując się do informatyzacji, powinny zrobić analizę, „fotografię” dotychczasowego przepływu informacji. Tak, ale nie po to, żeby to odtworzyć w wersji informatycznej. Trzeba mapować, ale nie małpować. To samo dotyczy całego systemu ochrony zdrowia. Informatyzacja jest okazją nowego ustawienia zagadnienia przepływu informacji i podejmowania decyzji. Przede wszystkim jednak uelastycznienia go.



„ Szpitale, o ile w całości lub częściowo tkwią jeszcze w papierach, nie powinny odkładać kompleksowej informatyzacji z powodu niesprzyjających okoliczności ”

W żadnym wypadku zastępowania starej skamieniałości nową. W tym sensie oparcie informatyzacji na dokumentowaniu, a nie na procedurach i leczeniu, jest nieporozumieniem. Zaraz po uruchomieniu P1 i e-dokumentacji w szpitalach i przychodniach, jeśli to się uda, czeka nas zatem „przewrót kopernikański” związany z koniecznością przestawienia akcentów i uruchomienia systemu skoncentrowanego na wsparciu leczenia na podstawie standardu dla systemów EHR: EN-PN 13606. Nie zrobiono tego od początku, trudno.

### Przesterowanie elementem strategii

Problemem dla szpitali i przychodni nie jest tylko to, że nie bardzo mogą przeczekać, ale muszą coś zrobić, i że w tym nie tylko muszą spełnić wymogi stawiane obecnie – e-dokumentacja i za chwilę e-komunikacja z CSIOZ – P1, ale muszą się przygotować na radykalne przesterowanie. Gdy zatem szpital czy przychodnia lub

ich sieć negocjują z firmą informatyczną strategię informatyzacji, tematem kluczowym powinno być pytanie, czy firma ta zna doświadczenia lub ma doświadczenie w obsłudze wspomnianych wyżej systemów. Co z tego może wynikać dla przyjmowanej strategii? Jakich zmian należy oczekiwać w otoczeniu i jak się do tego przygotować? Firm z tego rodzaju wiedzą i doświadczeniem międzynarodowym nie brakuje w Polsce. Można też skorzystać z oferty firm europejskich, choćby tych, które wdrażały wspomnianą wyżej normę w Europie. Wobec tych pytań pojedynczy szpital czy przychodnia lub nawet sieć regionalna zakładów mogą się czuć nieprzygotowane. Jest to zatem wyzwanie i wezwanie dla organizacji czy stowarzyszeń grupujących zakłady opieki zdrowotnej w skali kraju.

### Wielu, a jakby nikt

W podobnym, jeśli nie w znacznie większym, stopniu dotyczy to pozostałych aktorów na poziomie ogólnokrajowym. Im gorzej zabieraliśmy się do informatyzacji, im bardziej wydłuża się to i kuleje, tym bardziej ostre czeka nas przesterowanie. Gdy mowa o poziomie ogólnokrajowym, zaskakuje nie tylko to, że tak wiele osób jest absolutnie nieorientowanych, ale może bardziej to, że choć tyle jest jednak zorientowanych i to dobrze, to nic z tego nie wynika. Aktorom ogólnokrajowym zarzuca się też, że zamiast liberalizować rynek usług informatycznych i doradczych, faktycznie przyczyniają się do jego blokowania. To nie sprzyja dobrym rozwiązaniom, blokuje innowacyjność, faworyzuje w dostępie do korzyści gorszych z gorszymi rozwiązaniami.

A środowisko informatyczne? Tu orientacja jest pełna. Ale czas biegnie i sektor informatyczny nie może czekać na nienadążające instytucje sektora publicznego. Mamy obok mniejszych firm informatycznych potężne korporacje, takie jak Asseco, Comarch czy Kamssoft, z których te pierwsze funkcjonują wśród liderów informatycznego rynku europejskiego. Mamy zagraniczne korporacje z doświadczeniem na rynku polskim. Sektor informatyczny musi i próbuje odnaleźć się w tych raczej niesprzyjających, choć miododajnych okolicznościach polskiej ochrony zdrowia. Moim zdaniem, nie najlepiej. Nie zaobserwowaliśmy wyraźnej reakcji tego środowiska na źle rokujące już u zarania, w latach 2005–2008, ogólnopolskie projekty informatyzacyjne. Działo się tak, choć środowisko to jest dobrze zorganizowane i zdecydowanie świadome zagrożeń. Obserwowaliśmy raczej postawę „jak chcą, to niech mają”. Bezradny i bierny był sektor doradczy, czego ilustracją są losy współpracownicy Deloitte i E&Y z CSIOZ. Sektor informatyczny i doradczy, dobrze jednak zorganizowany, powinien i może już teraz znaleźć inną formułę partnerstwa niż zasada „jak chcą, to niech mają”.

Wiktór Górecki