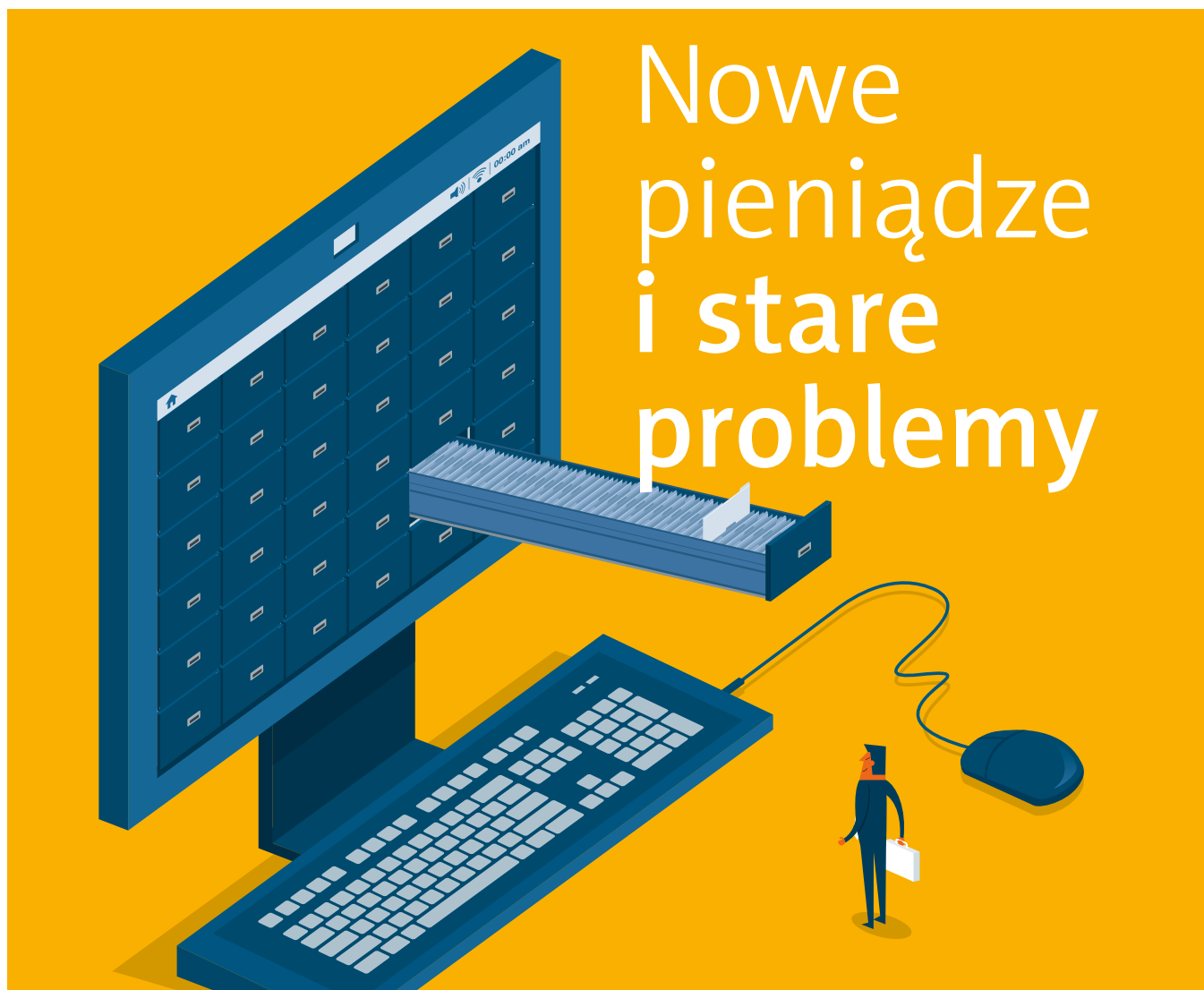


Informatyzacja ochrony zdrowia: Unia znalazła nowe środki



Fot. © iStockphoto.com 2x

Po ok. 10 latach od startu, po kilku kroplówkach i śmierci klinicznej – mamy reanimację projektu P1 w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Są nowe pieniądze. Rehabilitacja jest ostrożna. Projekt został maksymalnie okrojony w celu jego urealnienia – zaplanowano to, co najpotrzebniejsze, z najmniejszym ryzykiem niepowodzenia.

Planowane działania to przede wszystkim wdrożenie e-recepty i wgląd do Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Dalszy ciąg prac ma być podporządkowany zasadzie, że nie robi się niczego nowego bez zakończenia tego, co rozpoczęto wcześniej. Dzięki nowym pieniądzom można teraz przetrwać, licząc, że zmniejszając ambicje, zmniejszamy ryzyko. A stare problemy? Nie ludźmy się, one pozostają.

Problematyczne ambicje

Czy zarysowana 10 lat temu koncepcja P1 była naprawdę ambitna? Jeśli przyjąć za kryterium gabaryty – może tak, jeśli koncentrację kompetencji w rękach

centralnej biurokracji – może też, jeśli pełne odwzrowanie papieru w e-formie – może również. Ale czy to były wówczas i są obecnie wyzwania rzeczywiste? Chyba nie. O co więc naprawdę chodzi w e-zdrowiu – to jest pytanie na czasie, a nieporadność w radzeniu sobie z nim jest problemem starym i wciąż aktualnym.

Liderzy rynku informatycznego w Polsce mówią np., że dokumentacja medyczna i rejestrowanie zdarzeń są potrzebne – oczywiście, ale dłużej na tym zawołaniu nie da się poprzestać ani od niego rozpoczynać. Potrzebne jest uzbrojenie lekarza w mechanizm checklisty „przy wywiadzie przedmiotowym i podmiotowym, przy informacjach o zagrożeniach, które wynikają z da-

”Dzięki nowym pieniądzom można przetrwać, licząc, że zmniejszając ambicje, zmniejszamy ryzyko. A stare problemy? Nie łudźmy się, one pozostają”

nych terapii”. Checklista jest znakiem powiązania technologii IT z leczeniem, rehabilitacją i profilaktyką. To jest stwierdzenie i postulat, który był znany już 10 lat temu. Dlaczego dopiero teraz i tak nieśmiało przypominają go liderzy rynku informatycznego, a zarazem eksperci w dziedzinie IT? To kolejny stary, lecz aktualny problem.

Współczesna myśl techniczna w dziedzinie IT wiąże ponadto nadzieje na rozwiązywanie problemów leczenia – włączając w to zarówno wspomniane checklista, jak i organizację ochrony zdrowia w skali lokalnej, krajowej i europejskiej – z ideą interoperacyjności semantycznej, zakorzenionej głębiej niż, jak to się powszechnie sądzi, na poziomie e-dokumentu medycznego odczytywanego jak papierowy. Nie wystarczy bowiem zaznaczyć jakąś informację i ją przekleić, jak w licznych deklaracjach. Dobrze byłoby ją zrozumieć. Brak wiedzy, a w konsekwencji e-mity są kolejnymi starymi problemami w nowej rzeczywistości.

Konsultacje – gdzie i z kim?

Identyfikacja problemów i celów, ich strukturalizacja i rozmowa o priorytetach wciąż zatem są piętą achillesową zarządzania ochroną zdrowia, z informatyzacją na poziomie centralnym w szczególności. Metody budowania strategii pozostają domeną intuicji zarządzającej, zamkniętych gabinetów i niejasnych motywów. Główni interesariusze nie tylko nie są w stanie zadbać o własne interesy, lecz także nie mają okazji, by sformułować i uzgodnić wspólny interes. Nie są w stanie wnieść do debaty tej części istotnej wiedzy, którą każdy z nich dysponuje. To też stary problem. Co z nim zrobimy?

Czy można poprzestawać na narzekaniu na „niemożliwy do ogarnięcia”, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, zalew sugestii konsultacyjnych, sygnalizowany przez przedstawiciela tej instytucji na zeszłorocznej konferencji inaugurującej projekt konsultacyjny fundacji *My pacjenci* w NIL, gdy od lat dobrze wiadomo, że obecny model konsultacji stracił aktualność? *Formalny proces konsultacji bywa – zwłaszcza na poziomie centralnym – mało skuteczny i zostaje przestłonięty przez konsultacje nieformalne. Przebiegają one często poza procedurami i kanałami*

oficjalnymi, tworząc – jak określił to jeden z obserwatorów – coś w rodzaju „szarej strefy konsultacyjnej”. Te organizacje, które znalazły się w uprzywilejowanej pozycji i uczestniczą w branżowych ciałach konsultacyjnych przy poszczególnych ministerstwach lub których członkowie znają osobiście urzędników zajmujących się ich „działką” czy też wyrobiły sobie „dojścia” w odpowiednich zespołach sejmowych, zniechęcone „bizantyjskim”, jak go nazywają, systemem konsultacji formalnych, rezygnują z udziału w tym procesie na rzecz bezpośredniego, nieoficjalnego przekazywania swoich opinii. Powoduje to negatywną spiralę: ważne organizacje nie biorą udziału w formalnym procesie konsultacji, bo uważają to za nieskuteczne, a na skutek tego staje się on jeszcze mniej celowy – cytuję (nie pierwszy raz) za raportem MAC, powstałym na podstawie audytu przygotowanego przez NGO. Jeśli nie taki model konsultacji, to jaki? To problem również nienowy.

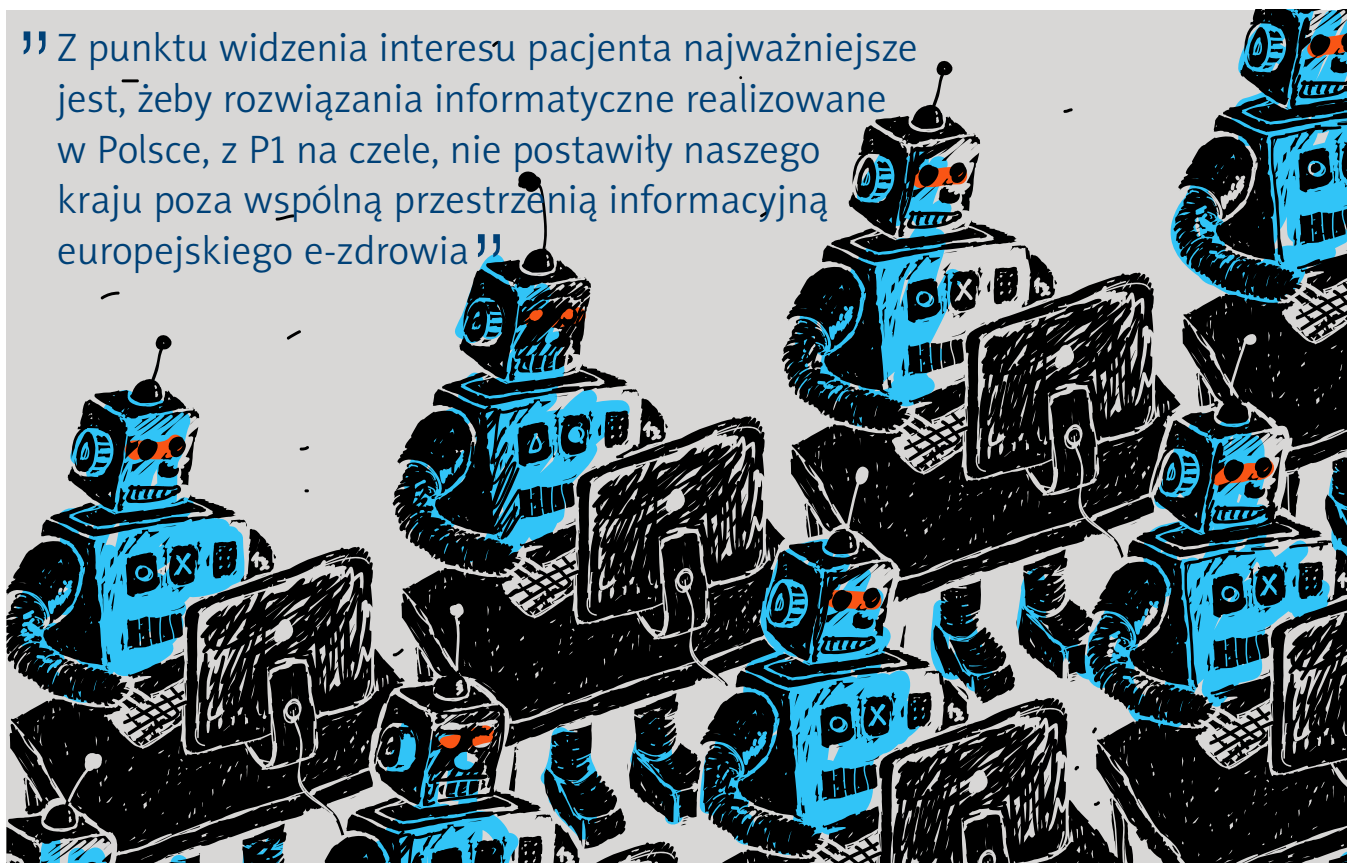
Interesariusze – wrogowie czy sprzymierzeńcy?

Centralna biurokracja popada – wbrew interesowi własnemu – w permanentny konflikt z interesariuszami, co stanowi kolejny stary problem. Wyrazem tego jest zaprzeczenie praktyk właściwych dla metod partycypacyjnych w zarządzaniu. Postawa partycypacyjna wzmacnia bowiem partnerów – nawet tych trudnych – oraz cierpliwie znosi proces ich dojrzenia: od postawy partykularnej do partnerstwa na rzecz uzgadniania problemów i celów. Tymczasem obserwujemy postawę wręcz przeciwną, która odbiera sens wysiłkowi konsultacyjnemu. Konsultacje są albo za krótkie, albo ignorowane. Postulaty ważne mieszają się z trzeciorzędnymi. Interesariusze, skazani na partyzantkę w pojedynkę, nierzadko wchodzą sobie w drogę. Problemy te na nowo dały o sobie znać na wspomnianej konferencji w NIL oraz w czasie debaty na temat dialogu i mechanizmów konsultacyjnych na ostatniej konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia poprzedzającej galę „Menedżera Zdrowia” na Zamku Królewskim w Warszawie. To są wciąż aktualne, stare problemy, dotkliwie odczuwalne nie tylko w przeszłości, lecz także teraz, gdy mowa o informatyzacji.

Konsultacje nie po, lecz przed

Gdy kierujemy uwagę w stronę konsultacji, zwykle mamy na myśli bardzo szczegółowe problemy, składające się na procedowanie kolejnych inicjatyw legislacyjnych. W czasie wspomnianych wyżej konferencji w NIL i na Zamku Królewskim mowa była również o logice dialogu społecznego. Zdaniem uczestników tych spotkań zdecydowanie musi się on rozpocząć przed powstaniem gotowego projektu legislacyjnego, czyli już w fazie identyfikacji i strukturalizacji problemów. Musi to być faza określania wskaźników i mierników. Następnie interesariusze powinni mieć okazję do przyporządkowania wspomnianym problemom celów i zadań do wykonania – tu też nie obejdzie

„Z punktu widzenia interesu pacjenta najważniejsze jest, żeby rozwiązania informatyczne realizowane w Polsce, z P1 na czele, nie postawiły naszego kraju poza wspólną przestrzenią informacyjną europejskiego e-zdrowia”



się bez uzgodnienia mierników i wskaźników. Dalej musi nastąpić uzgodnienie wiedzy co do mechanizmów, w ramach których przyczyny wywołują skutki. To wszystko zaś pozwala zbudować wspólną strategię. Dopiero wówczas może się zacząć proces legislacyjny. Tymczasem w Polsce problemem jest wciąż zaczynanie od końca. Projekty legislacyjne zaskakują interesariuszy, na kolanie dorabia się do nich to, czego nie zrobiono wcześniej. Znajduje to wyraz w dziwnych uzasadnieniach i analizach skutków. Trudno tak improwizowany proces legislacyjny monitorować, trudno go korygować. Polityka staje się przypadkowa. To są również stare problemy w dziedzinie IT. Czy kontynuować projekt P1? W jakim gronie rozstrzyga się tę kwestię? Czy w interesie pacjenta?

Szczególnie uciążliwe są cele nabierające charakteru celów politycznych, podobnie jak te pochodzące z kampanii wyborczej. Rzecz fatalna: P1, mimo zmieniających się rządów, nieodmiennie pozostaje takim celem. Centralna biurokracja staje się jego zakładnikiem. Nie może uruchamiać tu żadnych konsultacji, które pozwoliłyby go odczarować i generalnie zrationalizować kwestię informatyzacji. Już ta okoliczność sprawia, że instytucja konsultacji każdorazowo startuje ze złamanym kręgosłupem. A perspektywa odczarowania, czyli odniesienia tego do interesu pacjenta, określonego przez dostępność i jakość świadczeń w powiązaniu z jakością profilaktyki – jest zgoła iluzoryczna. To też stary i jak widać, jednocześnie nowy problem.

Światelko w tunelu

Podsumowując – w ciągu 10 lat projektu P1 główny aktor, czyli CSIOZ (a pośrednio resort zdrowia), nie zrobił nic, żeby wzmocnić najważniejszych interesariuszy, tj. liderów: środowisk informatycznego i lekarskiego, środowiska organizacji pacjentów oraz środowiska menedżerów. Nie zaprosił ich do partnerstwa, wręcz odwrotnie – zwodził. Oni zaś nie potrafili tego partnerstwa wymusić. Ludzie kompetentni nie dzielili się kompetencją, niekompetentnym natomiast tej kompetencji nie przybyło. Tym razem ogólna atmosfera zarządcza na poziomie centralnym, gdy słyszymy, że centralizacja ułatwia i usprawnia prowadzenie polityki, sprawia, że suma starych problemów nabiera nowej jakości. Do tego starym kłopotom towarzyszy zupełnie nowy problem. Roli światelka w tunelu podjęła się ostatnio fundacja *My pacjenci*, która wygrała konkurs na poprawę konsultacji społecznych w ochronie zdrowia przy zdecydowanie odpowiedniej, choć niespotykanej dotychczas, skali finansowania unijnego. Ma ona bardzo trudne zadanie i szansę sukcesu, ale jeśli wyraźnie nie zaznaczy linii granicznej dla partnerów ze strony rządowej, po której przekroczeniu powie: *non possumus*, może przegrać.

E-zdrowie a kultura zarządcza państwa

Informatyzacja ochrony zdrowia stoi przed szeregiem problemów, zdawałoby się, już rozstrzygniętych, których podnoszenie może zaskakiwać. A to zaskoczenie to też stary problem.

„Identyfikacja problemów i celów, ich strukturalizacja i rozmowa o priorytetach to wciąż pięta achillesowa zarządzania ochroną zdrowia”

Jaka powinna być rola centralnych instytucji publicznych? Czy mają się one stać centralną biurokracją zarządzającą możliwie wszystkim, czyli w tym wypadku projektowaniem, realizacją i administrowaniem serwisami informatycznymi w całym systemie ochrony zdrowia? Tej ambicji daje wyraz Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem CSIOZ i całej historii związanej z P1. Dlaczego właśnie ta ambicja, a nie przeciwna? To nie było i nie jest przedmiotem dialogu społecznego. Zarówno sposób tego rozstrzygnięcia, jak i jego treść są starym problemem, który jeszcze da o sobie znać.

Może rola ta powinna się ograniczyć do zadań regulacyjnych. Po pierwsze, do dbania o ład biznesowy, w tym wypadku w przestrzeni IT, m.in. o relacje między wielkimi korporacjami a średnimi i małymi firmami. Po drugie, do dbania o jakość procesów standaryzacji. Po trzecie, do dbania o jakość debaty publicznej, rozumianej jako udział wszystkich interesariuszy, w szczególności pacjentów, w ramach najwyższej jakości procedur dialogu społecznego. Wreszcie po czwarte, do dbania o jakość i jawność monitoringu procesów zachodzących w ochronie zdrowia. Strategicznym zadaniem instytucji centralnych byłaby identyfikacja zjawisk krytycznych, wymagających interwencji. Mowa tu o katastrofach lub ich zagrożeniach, o procesach wymykających się spod kontroli, którym interesariusze w ramach swych kompetencji nie mogą zaradzić. Dlaczego porzuca się tę formułę? Dotykamy tu drugiej strony wymienionego wyżej, starego problemu.

„Za późno” – hasłem założycielskim

Jak wiadomo, CSIOZ nie dbało – i nic nie wskazuje na to, że zaczęło dbać – o standardy w dziedzinie modelowania danych, standardy odpowiadające (nie mówię już o rozwijaniu) praktykom sprawdzonym w Europie. Ograniczało się jedynie do formułowania wymagań związanych z przekazywaniem danych do serwisów oferowanych przez siebie w ramach P1. Oto stary problem.

Centrum, będąc zakładnikiem P1, nie rozpoczyna wiarygodnej debaty z interesariuszami nad tym sztandarowym rozwiązaniem, szeroko kwestionowanym jako nieodpowiadające współczesnym oczekiwaniom leka-

rzy i pacjentów, odległym od rzeczywistego spełnienia wymogu interoperacyjności semantycznej, traktowanej jako warunek techniczny realizacji wspomnianych oczekiwań. Oto kolejny stary problem.

Uruchamianie w tej chwili refleksji nad P1 wydaje się złośliwością – usłyszymy: „za późno”. „Za późno” jest problemem niejako założycielskim P1. Od samego początku było za późno. Kolejnym problemem były i są rozwiązania zarządcze. Komitet sterujący to ciało zaczarowane, patrzące bezradnie na tonący okręt. Jak to się dzieje? Z czego wynika fakt, że każdorazowo opozycja jest bezradna? Środowisko IT z Krajową Izbą Informatyki, choć bez wątplenia kompetentne, jest jak zaczarowane. To również wprawia w osłupienie. Reprezentacja pacjentów jest równie bezradna wobec przebiegu zdarzeń, ale też niezdolna do określenia interesów pacjenta w związku z możliwościami i ofertą współczesnej technologii IT. A z czego to wynika?

Archipelag e-wysp otoczony e-kordonem

Jest faktem ogólnie znanym, że CSIOZ nie tylko nie stało się inicjatorem strategii poprawy ładu biznesowego w sektorze IT w ochronie zdrowia, lecz odwrotnie – psuje ten ład przez blokowanie w swych rękach kluczowych dziedzin i zadań, bez względu na ograniczone możliwości ich podejmowania. Ponadto dają o sobie znać obawy co do zagrożenia zmonopolizowaniem rynku IT w Polsce przez kilka wielkich korporacji, które ograniczą rozwój małych i średnich firm. Mnożą się kontrowersje wokół toksycznych uzależnień między dostawcami oprogramowania i jego użytkownikami w ochronie zdrowia. Towarzyszą temu zarzuty związane z zupełnym ignorowaniem rozwiązań korzystających z otwartego oprogramowania.

Kolejne stare problemy

Jak wiadomo, CSIOZ nie stało się skutecznym moderatorem jakiegokolwiek strategicznej interwencji wobec zjawiska pogłębiającej się partykularyzacji systemów IT w ochronie zdrowia. Jak temu zjawisku zapobiec i czy rozwiązania oferowane w ramach P1 są właściwe – to kolejny problem, zdecydowanie stary, lecz wciąż aktualny.

Z punktu widzenia interesu pacjenta najważniejsze jest, żeby rozwiązania informatyczne realizowane w Polsce, z P1 na czele, nie postawiły naszego kraju poza wspólną przestrzenią informacyjną europejskiego e-zdrowia, tworząc swoisty, zacieśniający się kordon sanitarny wokół Polski. Będzie to linia z czasem coraz trudniejsza do przekroczenia dla naszych pacjentów, których sposób leczenia i stan zdrowia stanowiąc będą groźną niewiadomą dla europejskiego e-zdrowia. Ten stary problem wymieniam jako ostatni, choć z czasem może się on okazać najważniejszy.

Wiktor Górecki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.