



Brak uregulowań dotyczących informatyzacji hamuje rozwój szpitali

Rozregulowany Religa

Erwin Strzesak

Podstawowym celem wprowadzania systemu elektronicznego przetwarzania danych jest obniżenie kosztów. Zrozumiało to wielu dyrektorów szpitali i większość lekarzy. Tymczasem resort zdrowia zatrzymał się na etapie liczydeł.

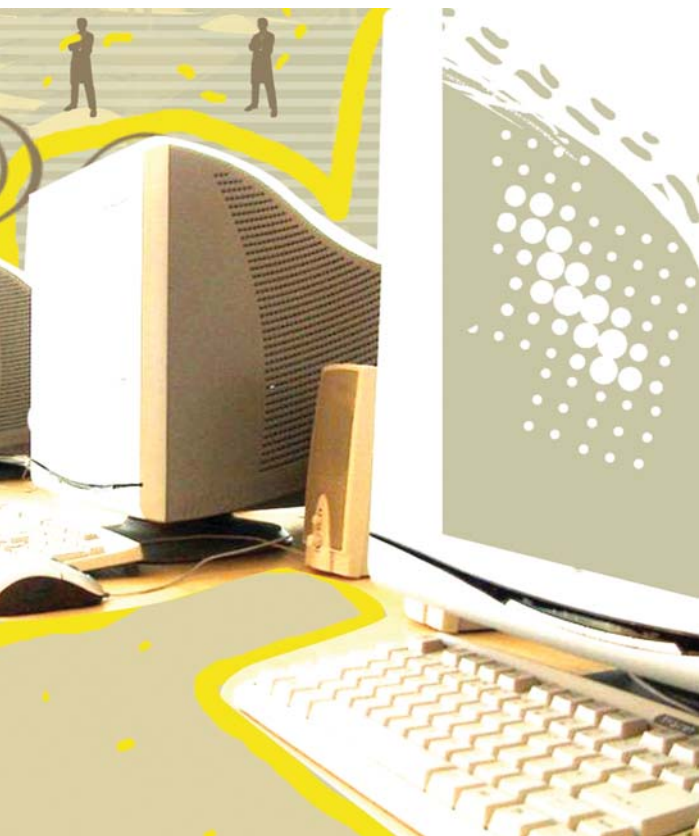
Dobrym przykładem jest rozporządzenia ministra zdrowia z sierpnia 2005 r. *w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej*. Pod opisem badania lub leczenia z zastosowaniem promieniowania jonizującego, czyli np. RTG klatki piersiowej, musi się znaleźć podpis lekarza i jego pieczęć. W ten sposób wyklucza się możliwość elektronicznego zapisu procedury, a szpital cofa się do połowy minionego wieku.

Pieniądze, głupku

W szpitalach stosujących tylko papierowe dokumenty zapis ten niczego nie zmieni. W XXI w. wzrasta jednak w Polsce liczba jednostek wykorzystujących elektroniczne sposoby przekazywa-

nia informacji medycznej. Autoryzacja operacji przebiega w taki sam sposób, jak w kartach płatniczych, którymi posługują się także ministerialni urzędnicy. A skoro wierzą oni, że hasło (PIN) jest wystarczającym zabezpieczeniem przeprowadzanych przez nich transakcji finansowych, dlaczego nie założyli, że elektroniczne operacje można wykonywać także w szpitalach?

Nie chodzi o to, że inkaust jest gorszy od komputera. Chodzi o pieniądze. Analizując pojedynczą procedurę ewidencyjną w rejestracji poradnianej publicznego zakładu opieki zdrowotnej, stwierdziłem, że jej koszt wynosi ok. 2,40 zł. Mimo przykładów potwierdzających oszczędności wynikające z informatyzacji szpitala, w wielu placówkach komputery ciągle jednak traktowane są jak niepotrzebne nowinki



„ W wielu placówkach komputery ciągle traktowane są jak niepotrzebne nowinki techniczne „

techniczne. Znam nawet historię o pewnym dyrektorze, który zabronił doprowadzenia sieci komputerowej do swojego gabinetu.

Raj dla naciągaczy

Taka sytuacja cieszy firmy dostarczające i instalujące oprogramowanie, bowiem z powodu ignorancji menedżerów mogą one sprzedać każdy produkt i zainstalować go z dowolnie określoną funkcjonalnością. Makrootoczenie (m.in. NFZ, MZ, ZUS) gwarantuje firmom informatycznym pracę na lata. Jest to konsekwencja nieokreślenia i ciągłych zmian wymagań ewidencji komputerowej. W efekcie szpitale stosują dziesiątki (jeśli nie setki) programów dostosowywanych do indywidualnych potrzeb placówki.

Czy jednak warto dostosowywać program do tzw. specyfiki szpitala (płacąc za to firmie informatycznej), skoro wszystkich obowiązuje ta sama ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz te same zasady kontraktowania i rozliczania umów z płatnikami? O jaką więc specyfikę szpitala chodzi? Ktoś powie: wolny rynek. Każdy dyrektor ma prawo kupować (oczywiście, zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych) i *dostosowywać*, co zechce. Problemem jest to, że w ten sposób można szpitalowi zafundować najbardziej nieużyteczny system komputerowy.

Jaskółki zmian

Pojawiają się jednak pierwsze oznaki zmian. Parlament dostrzegł znaczenie racjonalnej informatyzacji w sektorze ochrony zdrowia. W usta-

wie *O informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne* (weszła w życie w maju tego roku) enumeratywnie wskazał samodzielne zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmioty, do których m.in. stosuje się zapisy ustawy. Cieszy również fakt, że w powołanej na mocy tej ustawy Radzie Informatyzacji zasiadają naukowcy świetnie znający problemy informatyzacji sektora ochrony zdrowia. Skoro resort zdrowia nie uporządkował zagadnień, związanych z ewidencją danych gromadzonych i przekazywanych przez szpitale (obecnie nie obowiązuje już rozporządzenie ministra zdrowia z 11 października 2001 r., a nowe nie zostało jeszcze wydane), pozostaje mieć nadzieję, że zrobi to resort właściwy do spraw informatyzacji.

Na koniec jeszcze ważne słowo – telemedycyna. Brakuje radiologów. Jednocześnie trudno (z powodu potencjalnych roszczeń sądowych) wymagać od chirurga interpretacji *skali szarości błony radiologicznej*. Na świecie, gdzie administracja określiła wymogi elektronicznego przesyłania obrazów medycznych, technik radiologiczny po wykonaniu ekspozycji przesyła obraz elektronicznie do konsultującego lekarza radiologa. Zdarza się, że konsultujący lekarz znajduje się na innym kontynencie, w innej strefie czasowej. Polscy prawodawcy już ustalili, w jaki sposób dokonać płatności za taką konsultację. Jak jednak autoryzować jej wynik? Czas, aby minister Religa zaczął regulować także takie, pozornie błahe, problemy. ■