

Pakiet przewraca się przez brak informatyzacji

Zielona karta czy czerwona kartka

Gdy spojrzeć na wysiłki resortu zdrowia w ostatnich miesiącach, zwraca uwagę koncentracja na wprowadzaniu pakietu onkologicznego. Połowy związanych z tym problemów by nie było, gdyby właściwie prowadzono informatyzację. Spytajmy zatem o informatyzację, tym bardziej że w pakiecie onkologiczno-kolejkowym z jego zieloną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego informatyka jest akurat kartą białą. Sam program drukowania karty tego nie zmienia. Ona na razie ma funkcjonować jako papierowa. A szkoda.

Już sam fakt wdrażania zielonej karty w oderwaniu od rozwiązań informatycznych realizowanych w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz w Narodowym Funduszu Zdrowia jest niepowodzeniem informatycznym, co grozi problemami informacyjnymi i dodatkowo utrudnia realizację projektu onkologiczno-kolejkowego. Jest to niepowodzenie informatyczne zarówno projektu kolejkowego, jak i projektu P1 w CSIOZ, choć zdawałoby się, że ten drugi nic w tej dziedzinie nie obiecywał, a co do pierwszego, to wiadomo, że jego autorzy liczą na profity płynące z jego przyszłej informatyzacji.

Więcej niż dokumentowanie

Wieloletni projekt P1 Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych realizowany w CSIOZ ześrodkował strategię informatyzacji ochrony zdrowia na gromadzeniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej, zasadniczo takiej, jak prowadzona tradycyjnie. Czyli zamiast papieru ekran komputera. Jeśli ktoś nie lubi, a ma drukarkę – może wydrukować. Tam, gdzie dzieje się to najbliżej pacjenta i lekarza, gdy chodzi o prowadzenie leczenia – o przestrzeganie procedur, o współpracę wielu specjalistów, o złożoną diagnostykę – to z pewnością lepiej niż nic, ale zdecydowanie nie wystarcza. W informatycznym wsparciu leczenia chodzi o znacznie więcej. Wiedzą o tym duńscy pacjenci i lekarze. Nie tylko duńscy, również słoweńscy, szwedzcy, australijscy. Wiedzą o tym autorzy obowiązującej w Polsce i całej Europie normy EN 13606. Chodzi o wsparcie leczenia w sensie prowadzenia i przestrzegania procedur, a nie tylko dokumentowania.

Rzecz w tym, że w pakiecie onkologiczno-kolejkowym z jego zieloną kartą chodzi właśnie o to coś więcej. Nie o samo dokumentowanie, ale o zarządzanie leczeniem *on-line*. Obecnie, gdy problem medyczny angażuje wielu lekarzy i kilka zakładów opieki zdrowotnej, zarządzanie procesem zależy od intuicji, talentu, odpowiedzialności personelu oraz zróżnicowanych lokalnych, zakładowych rozwiązań organizacyjnych. W kategoriach zarządzania możemy tu mówić o improwizacji. Co więcej, słyszymy i często widzimy, że jednak zwykle procesem leczenia zarządza chory – dobrze, jeśli ma do pomocy znajomego lekarza. Sam pacjent nierzadko musi przypominać w rejestracji, że jest przypadkiem pilnym, że skorzystał z konsultacji i wyniki powinny być dołączone do jego karty – koperty w szufladzie, może tej na korytarzu. Temu właśnie ma zaradzić pakiet z zieloną kartą.

Lęk przed informatyzacją

Coraz bardziej złożone technologie medyczne, lawinowy wzrost kosztów leczenia i wiedzy w medycynie, mobilność pacjentów – to wszystko wymaga zmiany podejścia zarządczego w skalach makro i mikro. Zie-

lona karta jest symbolem wielkiego wysiłku w tym zakresie, jednak bez instrumentarium informatycznego. Nie jest nim bez wątplenia „wklepywarka” karty. Problem jest podobny do tego, z którym mieliśmy do czynienia w wypadku legislacji receptowej z przełomu lat 2011/2012. Brak instrumentarium informatycznego był zaskoczeniem i źródłem ogromnego zamieszania, np. w sprawie weryfikacji uprawnień pacjentów do leczenia na koszt NFZ. Nie było ostrzeżenia CSIOZ, a to właśnie w tej roli instytucja ta powinna wówczas wystąpić, skoro takiego instrumentarium nie mogła dostarczyć. Można sądzić, że NFZ ostrzegwał, ale ówczesny konflikt z CSIOZ mógł sprawić, że takie ostrzeżenie nie zostało wysłuchane, jeśli w ogóle odebrane.

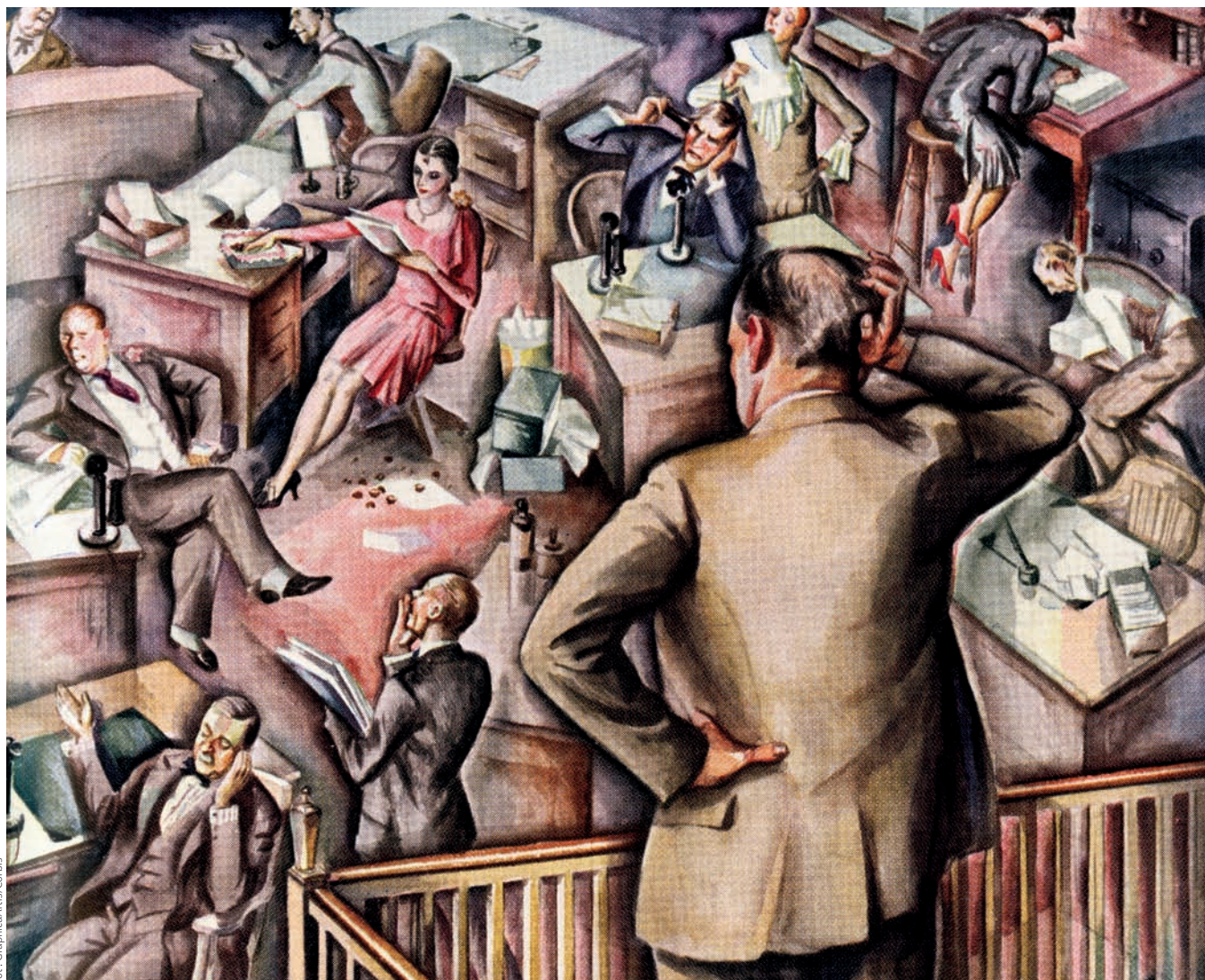
„Już sam fakt wdrażania zielonej karty w oderwaniu od rozwiązań informatycznych realizowanych w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia grozi całej ochronie zdrowia trudnościami informacyjnymi”

Tym razem postąpiono ostrożniej. Autorzy wyraźnie pozostają pod wpływem niepowodzeń i zaskoczeń, które funduje nam informatyzacja. Aż do przesady.

Zielona karta na platformie?

W wypadku zielonej karty na wszelki wypadek odłożono kwestię informatyzacji, wierząc, że za chwilę będzie można ten brak uzupełnić. I tym razem powszechne jest przekonanie, że instrumentarium informatyczne jest prawie gotowe. A w przyszłym roku zaczniemy z niego korzystać. Panuje nadzieja, że za moment ruszy program powszechnej elektronicznej dokumentacji medycznej, a zielona karta będzie elementem tej powszechności. Dotychczasowe doświadczenia z informatyzacją budzą jednak w politykach fatalne obawy i oczekiwanie kłopotów rzekomo niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia. Te doświadczenia zdają się rodzić postawę zaciskania oczu w oczekiwaniu na katastrofę z dowolnego kierunku. Nie podjęto również działań pozwalających na radzenie sobie z zagrożeniami.

Czy ktoś liczy na to, że platforma P1 będzie gromadziła oraz udostępniała zielone karty? Doktor Marek Balicki sugeruje, że zielona karta mogłaby być pierw-



Fot. GraphicaArtis/Corbis

„Gdy problem medyczny angażuje wielu lekarzy i kilka placówek, zarządzanie procesem leczenia zależy od intuicji, talentu, odpowiedzialności personelu. W kategoriach zarządzania możemy tu mówić o improwizacji”

szym elementem wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej na platformie P1 i dziwi się, że tak się nie stało. Słusznie. Ale wyobraźmy sobie, że tak by było. Co wówczas? Kto konfigurowałby kartę na P1? Czy w myśl aktualnych norm mogliby to zrobić specjaliści medyczni opracowujący koncepcję karty, a nie

informatycy w ramach dodatkowego zlecenia na rozszerzenie oprogramowania? Czy zatem na platformie użytkownicy będą sami konfigurowali własne usługi gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów, nie ograniczając się do zestawu określonego dotychczas? Taka konfiguracja wymaga oprzyrządowania, swego rodzaju języka opisu danych i procedur. Czy myśli się o tym? Jeżeli nie teraz, to może w przyszłości. Ale czy modyfikacje P1 mogą być zlecane firmom innym niż te, które zrealizowały P1? Czy P1 nie jest już zakładnikiem?

Nawet gdyby kartę można było konfigurować na platformie P1, to przecież – jak już powiedzieliśmy – nie o to lub nie tylko o to w karcie chodzi. Ma ona być narzędziem nie tylko dokumentowania, lecz także programowania i monitorowania leczenia. To oznacza, że wymaga specjalnej infrastruktury informatycznej. Czy przewiduje się to w ramach rozwoju P1 i przygotowań do wdrożenia powszechnego obowiązku elektronicznej dokumentacji medycznej? O tym nie słychać.

„Zgodnie z treścią art. 22 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępo-

wania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych”. Jak to uprawnienie ministra ulokowane jest w koncepcji karty, w szczególności w jej ewentualnej informatyzacji? Norma EN 13606 zakłada konfigurację procedur medycznych przez specjalistów medycznych bez udziału informatyków w celu wmontowania tych procedur w całość oprogramowania systemu wsparcia projektowania, zarządzania i monitorowania leczenia. Co więcej – leczenia zindywidualizowanego.

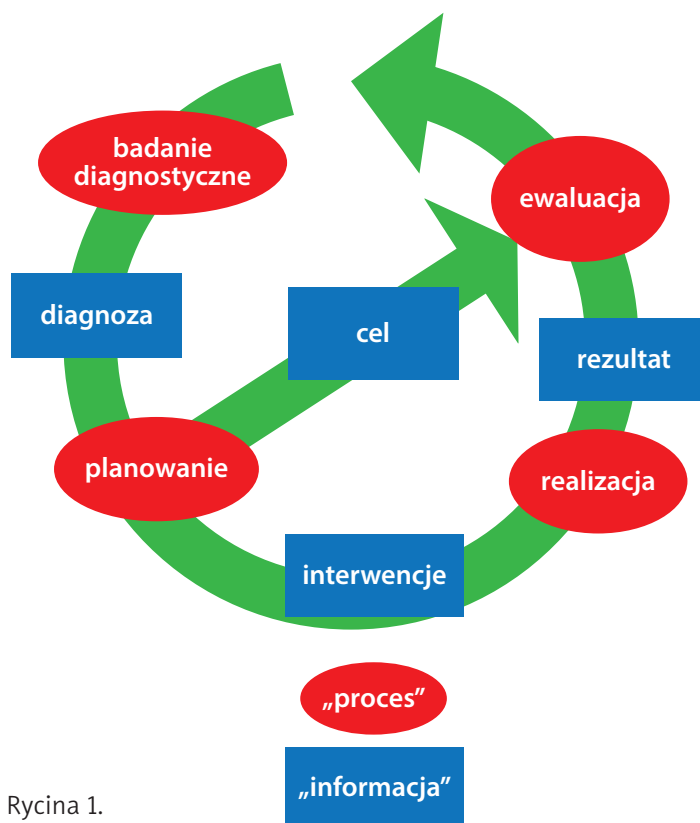
Takiego instrumentarium informatycznego karta nie znajdzie ani w P1, ani w tym, co się proponuje szpitalom, czy co szpitale same proponują. W czym wobec tego pokłada się nadzieję, gdy mowa o ewentualnej informatyzacji karty? Co proponują szpitale? W najlepszym wypadku znajdują tylko plany integracji istniejącego oprogramowania, szczególnie „szarego” z „białym” i z e-dokumentacją medyczną – to nie jest nawet nadrabianie zapóźnień. One się pogłębiają. O e-wdrażaniu, czyli implementacji procedur lub planów leczenia, nie ma mowy, bo i trudno o tym mówić bez wdrożenia standardów modelowania danych w sensie normy EN 13606 w skali z pewnością szerszej niż jeden szpital.

„Badanie prowadzące do diagnozy, CEL i planowanie prowadzące do serii interwencji, ocena rezultatu” – rysunek o tym tytule znajduje się w portalu onkologicznym „Zwrotnik raka” (ZwrotnikRAKA.pl), w tekście pod tytułem „Pakiet onkologiczny – Zielona Karta Diagnostyki i Leczenia”. Nie ulega wątpliwości, że jeśli mowa o informatyzacji zielonej karty – to rzecz dotyczyć powinna diagnostyki i leczenia, procedur medycznych.

Jednak jest sukces

Rycina 1 ilustruje to samo, ale trochę inaczej – to co już dawno zostało oprogramowane w systemie duńskim i jest normą rozwijaną tam, gdzie poważnie traktuje się hasła interoperacyjność i leczenie. Mowa o minimalnych wymogach w dziedzinie EHR i tzw. BEHR (*basic structure for EHR*) – generalnym modelu opracowanym przez duńską Narodową Radę Zdrowia (*National Board of Health*). W pracach nad BEHR zastosowano metodę *Clinical Problem Solving Process 15* służącą multispecjalistycznemu podejściu do problemów zdrowotnych. Logikę BEHR – badanie diagnostyczne prowadzące do diagnozy, planowanie prowadzące do serii interwencji, realizacja interwencji medycznych prowadząca do rezultatu i ocena rezultatu przez pryzmat celu – ukazuje schemat na rycinie 1.

Jak widać, właśnie o to chodzi w zielonej karcie. I ta sprawa powinna być przedmiotem rozwiązania informatycznego. Jest to oczywiście do zrobienia. Jak to zrobić? Łatwo czy trudno? Kiedy najlepiej? Od czego zacząć? Z kim? Ile kosztuje? Kto zapłaci? To wszystko



Rycina 1.

„Sukcesem jest zakończenie toksycznych konfliktów między CSIOZ a NFZ i współpraca tych instytucji. Niestety do tej pory służy ona bardziej ratowaniu sytuacji i łataniu dziur niż podjęciu inicjatywy strategicznej”

są pytania do rozstrzygnięcia przez głównych aktorów i interesariuszy w ramach procedury – oby partycypacyjnej. Kiedy ją przeprowadzić? W jakim trybie? W jakim gronie? Jak zmobilizować uczestników? Jak zapewnić wkład merytoryczny z kompetentnym wsparciem eksperckim? To z kolei są pytania do inicjatorów. Kto podejmie inicjatywę? Czy inicjatorzy karty?

A największy dotychczasowy sukces? Mam odpowiedź prozaiczną: tym sukcesem jest – po zakończeniu wcześniejszych toksycznych konfliktów między CSIOZ a NFZ – współpraca tych instytucji, deklarowana i chyba realizowana. Niestety, do tej pory służy ona bardziej ratowaniu sytuacji i łataniu dziur niż podjęciu strategicznej inicjatywy.

Wiktor Górecki