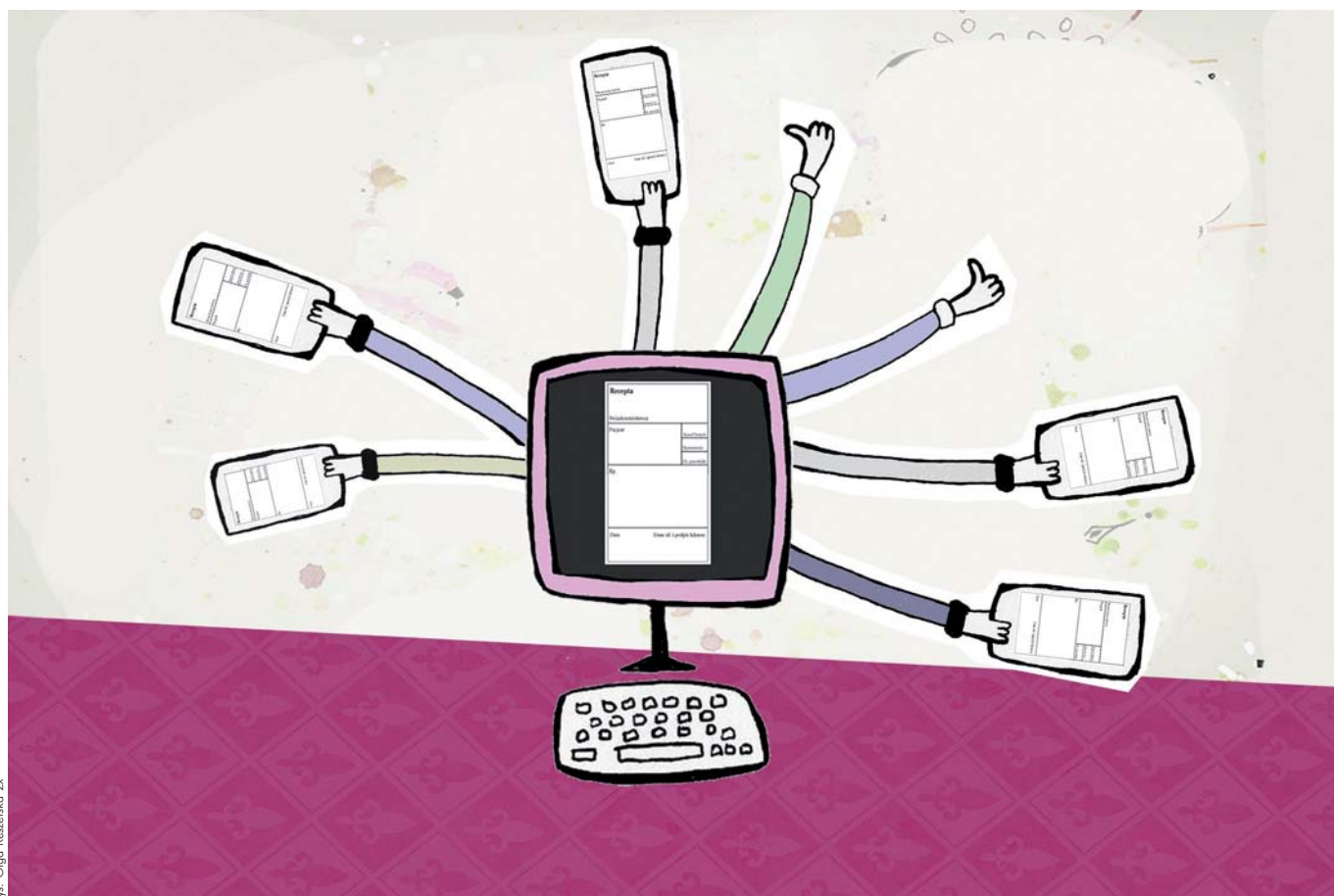


O elektronicznej recepcie i innych problemach informatyzacji w polskiej ochronie zdrowia

Skok na kasę?

Jacek Musiał



nys. Olga Reszelisko 2x

Chylę czoło przed Andrzejem Sośnierzem, który pierwszy próbował wprowadzić w Polsce elektroniczny system identyfikacji pacjenta. Teraz wydaje się on prymitywny, ale dziesięć lat temu niewiele krajów było stać na system z prawdziwego zdarzenia. Dziś zaś mało kogo stać na nieposiadanie go.

Ćwierćwiecze informatyzacji polskiej służby zdrowia nieszczęśliwie trafiło na burzliwe czasy. Zmieniały się ustrój, rządy, zmieniało się wielu ministrów zdrowia. Wraz ze zmianami politycznymi i personalnymi oraz reformami administracyjnymi kraju i ochrony zdrowia wiele planowanych ambitnych zadań nie zostało dokończonych. Następcy zaczynali wszystko od nowa. Postęp wymuszał informatyzację, lecz prowadzona bez koordynacji, ilościowo (głównie oddolnie), kosztowała system krocie. Oprogramowania

w różnych działach i na różnych szczeblach tworzone były przez wiele często przypadkowych firm, choć w mikroskali zdarzały się rozwiązania poprawne, a nawet błyskotliwe. Przez lata ochronie zdrowia doskwierała – i nadal jej ciąży – niekompatybilność oprogramowań. Szpitale, POZ, poradnie specjalistyczne i gabinety prywatne z osobna musiały zamówić i kupować programy do kontaktów z Ministerstwem Zdrowia, następnie z kasami chorych oraz z NFZ (tylko nieliczne programy dostarczano nieodpłatnie). Z tego powodu szpitale (i inne jednostki) ponosiły i wciąż ponoszą ogromne koszty.

Przez 20 lat nie udało się stworzyć ogólnopolskiego stabilnego systemu zarządzania informatyzacją ochrony zdrowia. Czy tak powinna wyglądać polska gospodarność? Zakupienie przez Ministerstwo Zdrowia jednego programu dla 600 szpitali kosztowałoby nasz system ochrony zdrowia mniej niż jedną dziesiątą tego, co wydały wszystkie placówki, ale każda z osobna. Nie byłoby problemów z niekompatybilnością (lub niy-kompatybilnością) ani porównywalnością programów i ich produktów.

O JGP, czyli Jak Gmatwać to, co Proste

Kiedy przy okazji wprowadzania systemu JGP (jednorodne grupy pacjentów) na jakimś sympozjum ktoś zadał pytanie, dlaczego nie przygotowano jednego programu dla wszystkich szpitali, padła odpowiedź, że jakoby taki był „wymóg Unii Europejskiej”.

System JGP wprowadzono do rozliczeń bardzo spieszenie. Fakt, że podobne w założeniach systemy funkcjonowały w kilku krajach już wiele lat temu. Wówczas jednak, przy małych możliwościach komputerowych początków informatyzacji, sztab sekretarek był w stanie jako tako rozliczyć grupami różnorodne schorzenia. Jednak tworząc w Polsce grupy jednorodne, wrzucono do każdego worka kilkadziesiąt lub kilkaset chorób, które „grupy ekspertów” w danej chwili uznaniowo kwalifikowały do podobnych pod względem kosztów leczenia. W efekcie nieliczne oddziały straciły finansowo, ale wiele oddziałów/szpitali zyskało, co jednak związane było nie z lepszą gospodarnością czy wydajnością, lecz z wpompowaniem na tę reformę ogromnych funduszy z rezerwy NFZ. Szczególnie pierwsza faza wprowadzania JGP mogła budzić podejrzenia o lobbystyczne działania niektórych ekspertów.

Czas biegnie. Ceny leków, urządzeń medycznych, ubezpieczeń i koszty osobowe znacznie się zmieniają. Te koszty rzutują jednak nie na całą grupę, np. 200 schorzeń, lecz na jedno lub najwyżej kilka. A korygując koszty, musi się korygować całą grupę, nie zaś pojedyncze rozpoznanie. W dobie dobrych komputerów, sieci i możliwości oprogramowania anachroniczne JGP są niepotrzebne. Bez grupowania łatwiej każdej jednostce chorobowej z ICD 10 przypisać wartość

punktową. W grupach i poprzez grupy każde schorzenie i tak tę wartość punktową posiada. Wiązanie ich w grupy jest bezcelowe, gdyż – z punktu widzenia płatnika – ogranicza możliwości korekty wyceny poszczególnych schorzeń. Z punktu widzenia użytkowników systemu JGP, czyli pracowników szpitala, real-

„ Kto by się przejmował wydaniem przez szpitale dodatkowych iluś milionów złotych rocznie, skoro np. NFZ tylko dwóm firmom informatycznym płaci rocznie ponad 40 mln zł ”

ne wyszukanie wartości punktowej choroby poprzez grupę jest natomiast bardziej czasochłonne niż bezpośrednio z ICD 10, chyba że kupi się programy dekodujące i kodujące z powrotem...

Warunkiem, aby szpital mógł w miarę bezboleśnie żyć z systemem JGP i żyć (nieźle) z tego systemu, jest zakup programów nazywanych gruper i optimizer... kupienie ich przez każdy z 600 szpitali z osobna.

Czy nie zastanawiający był pośpiech przy wprowadzaniu nowego systemu rozliczeń, który dla NFZ okazał się znacznie kosztowniejszy od poprzedniego? Szpitale go zaakceptowały, bo z rezerwy dostały więcej pieniędzy. Czy celem było markowanie reformy ochrony zdrowia? A może w założeniu był to skok na kasę szpitali, które – aby funkcjonować – musiały z własnych funduszy, łącznie za dziesiątki milionów złotych, kupić programy gruper i optimizer? Czy nie lepiej było opracować logiczny, dobry system rozliczeń bez konieczności kupowania dodatkowych programów? A jeśli już, dlaczego NFZ sam nie dostarczył dodatków szpitalom? Wszystkie placówki zaopatrzyły się w te programy, ale znacznie większym kosztem, który powinien być raczej być przeznaczony na leczenie chorych. Ale kto by tam się przejmował wydaniem przez szpitale dodatkowych iluś milionów złotych rocznie, skoro np. NFZ tylko dwóm firmom informatycznym płaci rocznie ponad 40 mln zł.

Ponoć przyczyną kryzysu finansów w polskiej ochronie zdrowia jest kryzys międzynarodowy, masowe wykupywanie na zapas leków „za grosz” i dodatkowe finansowanie cukrzycy oraz chorób układu krążenia w POZ (tu – wobec POZ – przyznano się do błędu). Dlaczego tak trudno się przyznać, do jakiego wzrostu wydatków NFZ doprowadził system JGP?

Elektroniczna recepta

Są jeszcze tacy, którzy sądzą, że recepta elektroniczna to tylko możliwość drukowania jej na papierze przy użyciu komputera i drukarki. W minionych kilkunastu latach problemami informatyzacji ochrony zdrowia zajmowały się w Polsce głównie firmy prywatne. Była to konieczność. Niestety, misją tych firm był własny zysk, a nie myślenie globalne i tworzenie ogólnopolskiego systemu informatycznego.

„ W minionych kilkunastu latach informatyzacją ochrony zdrowia zajmowały się głównie firmy prywatne. Niestety, ich misją był własny zysk, a nie tworzenie ogólnopolskiego systemu informatycznego ”

Dlatego najwartościowsze z punktu widzenia państwa są kompleksowe modele wypracowane przez instytuty naukowe. Dobrze, że w końcu to zadanie powierzono jednej instytucji. Z zapewnień dyrektora Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, doktora n. med. Leszka Sikorskiego, wynika, że projekt pod nazwą „Elektroniczna platforma gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych” ma objąć zakłady opieki zdrowotnej, apteki, praktyki lekarskie oraz pacjentów. Pozwala to wierzyć, że recepta elektroniczna nie będzie narzędziem izolowanym, lecz ściśle powiązaniem z innymi istotnymi systemami, w tym chyba z najważniejszymi – nowym RUM lub tzw. rekordem pacjenta.

W wypadku recepty elektronicznej użytkownicy będą mieć dylematy dotyczące nie tylko jej elektronicznej postaci, ale i koniecznej modyfikacji recepty papierowej oraz niezbędnych zmian w obowiązującym prawie.

Wybrane cechy recepty elektronicznej

1. Równoległość e-recepty i papierowej.
Z pewnością przez najbliższych kilka lat nie uda się całkowicie wyeliminować recepty papierowej.

Będzie ona niezbędna, jeśli (np. dla obłożnie chorego) będzie chciał ją zrealizować sąsiad lub ktoś z rodziny. Wręczenie recepty papierowej do zrealizowania innej osobie jest domniemaniem upoważnienia. Lekarz podczas wizyty domowej lub w pogotowiu, w odróżnieniu od lekarza pracującego stacjonarnie, najwcześniej za kilka lat będzie dysponował narzędziami umożliwiającymi zdalne przesyłanie recepty elektronicznej do systemu. Do tego czasu recepta papierowa i tak musi być weryfikowana w aptece. Jeśli nie pokazuje się równoległe w systemie, pracownik apteki będzie musiał ją do tego systemu wprowadzić, z zaznaczeniem, kto wprowadził.

2. Niezbędne powiązanie z innymi zasobami danych.
 - a) Baza adresowa administracji państwowej.
 - b) Centralny Wykaz Ubezpieczonych. To nie rejestrarka lub lekarz, np. podczas wizyty domowej, ma sprawdzać autentyczność dokumentu ubezpieczenia pacjenta. Jeśli lekarz udzieli pomocy nieubezpieczonemu – jego strata. Przyjmując oświadczenie pacjenta, że jest on ubezpieczony, może później egzekwować swoją należność. Ale niech rzeczywistą barierą braku ubezpieczenia będzie brak możliwości refundacji na poziomie apteki! Recepta elektroniczna wymusi sprawne działanie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.
 - c) NFZ (z możliwością rozszerzenia o innych ubezpieczycieli). Wśród dziesiątków powiązań wymienię dotychczas chyba niedoceniane: pełna i śledzona na bieżąco analiza chorobowości; inne – wliczanie refundacji do kosztów rzeczywistych. Możliwe do uzyskania narzędzia o większej wartości motywacyjnej dla całej ochrony zdrowia niż lansowane hasło współpłacenia pacjenta, które nie jest do wprowadzenia w Polsce w postaci znanej z innych państw.
 - d) Ministerstwo Zdrowia.
 - e) Baza własna pacjentów świadczeniodawcy (szpitala, poradni).
 - f) Rejestr Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych.
 - g) Izby Lekarskie.
 - h) System aptek. Identyfikowalność e-recepty we wszystkich aptekach w kraju. Recepta zrealizowana w jednej z nich natychmiast jest blokowana w systemie. W wypadku realizacji części recepty blokowana ta jej część. Możliwość blokowania tymczasowego w wypadku konieczności sprowadzenia leku z hurtowni. Apteki muszą mieć wgląd w wykaz lekarzy uprawnionych do wystawiania recept refundowanych z ich adresami i aktualnymi telefonami.
 - i) Państwowa Inspekcja Sanitarna. Do śledzenia zagrożeń epidemicznych (patrz także punkt 3.).
 - j) Rejestr Chorób Nowotworowych.



3. Niezbędne dane, jakie powinna zawierać e-recepta.

Im mniej danych niepotrzebnych, tym chyba lepiej.

- PESEL z opcją daty urodzenia.
Nazwisko, imię i adres pacjenta w systemie powinny się pokazywać automatycznie, więc potrzeba ich wprowadzania istnieje tylko w postaci papierowej recepty w okresie przejściowym oraz wtedy, gdy adres pobytu pacjenta różni się od stałego (możliwość kontaktu pracownika apteki z pacjentem w razie pomyłki).
 - Dane płatnika (numer ubezpieczenia) wydają się niepotrzebne do wprowadzania w sytuacji, gdy przy połączeniu z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych ta informacja jest automatycznie identyfikowana w aptece.
 - Identyfikacja świadczeniodawcy. Kod świadczeniodawcy, zaś adres i telefon automatycznie z bazy danych świadczeniodawców NFZ.
 - Identyfikacja lekarza. Może wystarczyć numer prawa wykonywania zawodu, pozostałe dane (adres, aktualny telefon) identyfikowalne automatycznie w aptecę z bazy danych.
 - Podstawa refundacji. To nie „X” lub „P”, lecz kod ICD 10 przy każdym leku refundowanym! Umożliwi to m.in. natychmiastowe śledzenie zagrożeń epidemicznych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, a także automatyczną informację do Rejestru Chorób Nowotworowych.
4. Ochrona danych osobowych. Dotyczy dokumentacji medycznej i wykazu uprawnionych do korzystania z danych i zakresu oraz zasad, na jakich dana osoba może korzystać. Korzystanie z danych osobo-

„ Chory musi mieć prawo wglądu nie tylko w swoją dokumentację elektroniczną, ale także w rzeczywisty koszt leczenia w NFZ ”

wych imiennych pacjenta musi być każdorazowo zaznaczane w rekordzie pacjenta/RUM z identyfikacją, kto korzystał (choćby zakodowaną dla niektórych).

5. Prawo pacjenta do wglądu w swoją dokumentację medyczną w zakresie, który musi zostać określony w nowelizacji praw pacjenta. Chory musi mieć prawo wglądu nie tylko w swoją dokumentację elektroniczną, ale także w rzeczywisty koszt leczenia w NFZ. Taka była intencja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, lecz do tej pory ten przepis jest martwy. To element o ogromnej wartości społecznego rozumienia ubezpieczenia. Uświadamia pacjentowi, ile rzeczywiście w danym okresie kosztowały udzielone mu usługi medyczne i refundacje. Tych ostatnich nikt nie docenia: pacjent był u lekarza prywatnie i wykupił leki za 50 zł, a już nie jest świadom, że refundacja tych leków wyniosła np. 500 zł. Równocześnie wgląd pacjenta to bardzo ważny element powszechnej i demokratycznej kon-

troli społecznej nad indywidualnymi działaniami finansowymi w ochronie zdrowia. Pacjent może ponadto sprawdzić, czy jakichś leków nie przepisano i zrefundowano bez jego wiedzy, a może jeszcze raz za nie zapłacić z własnej kieszeni.

„ Są jeszcze tacy, którzy sądzą, że recepta elektroniczna to tylko możliwość drukowania jej na papierze przy użyciu komputera i drukarki ”

6. Nazwa farmakologiczna leku to podstawa przesyłania danych. e-Recepta powinna być wypisywana w nazwie farmakologicznej, a nie handlowej, lub transferowana do takiej nazwy. Na powyższą propozycję niektórzy lekarze na chwilę się obrażą. Ale takie posunięcie będzie miało kardynalne znaczenie: dzięki temu lekarze przestaną być podejrzewani o koszachy z firmami farmaceutycznymi. W wielu krajach to farmaceuta decyduje, jakiej firmy lek zostanie wydany i przez to krzywdą lekarzowi się nie dzieje. Dla polskich lekarzy może i współpraca z firmami farmaceutycznymi miała znaczenie w czasach, gdy ceny leków były relatywnie wysokie w porównaniu z rozpaczliwie niskimi pensjami lekarzy. O równoważności farmakologicznej leków i rejestracji kolejnych generyków decydują przecież też lekarze.
7. Program wielkiego odbiurokratyzowania ochrony zdrowia w Polsce. Elementem tego powinna stać się e-recepta. Jednostki ochrony zdrowia zobowiązane są do sprawozdawania niemal do 200 instytucji. Nierzadko realizacja tych obowiązków wykonywana jest niestarannie lub wcale! Trudno się dziwić, skoro np. niektóre identyczne sprawozdania mają być wysyłane do dwóch różnych instytucji. Nadmierna i niepotrzebna sprawozdawczość i biurokracja to jeden z elementów prowadzących do zapaści w wielu dziedzinach działalności społeczeństwa. Tu – zamiast leczyć – wypełnia się setki rubryk. Powiązanie niektórych instytucji w sprawny system informatyczny: Ministerstwo Zdrowia, NFZ, urząd wojewódzki, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Krajowy Rejestr Nowotworów, e-recepta – to jeden z elementów wspomnianego odbiurokratyzowania.
8. Otwartość systemu. „Klucze informatyczne” do wybranych programów systemu powinny być udostępniane bezpłatnie wielu dostawcom oprogramowania dla szpitali i innych jednostek ochrony zdrowia, aby mogły swoje programy dostosować do systemu, w jakim będzie funkcjonowała e-recepta. Udostępnianie na podstawie wniosku, z gwarancją ochrony danych, bez „załatwiania”.
9. Bezpieczeństwo dawek leków. Podczas wprowadzania e-recepty system powinien automatycznie ostrzegać lekarza o przekroczeniu ilości leku przy dawce i dawkowaniu przekraczającym zapotrzebowanie pacjenta. Uniknie się wtedy plotek, że pacjenci chodzili od lekarza do lekarza np. po insulinę, gdyż w aptece do każdego opakowania podobno dodawana jest tabliczka czekolady lub paczka kawy, a lek jakoby pacjent zakupuje w ogródku.
10. Oszczędności na refundacji nawet do 50 proc. Tyle można się spodziewać po wprowadzeniu elektronicznej platformy gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Warunkiem jest uniknięcie działań lobbystycznych przy wprowadzaniu e-recepty. Wymienione w poprzednich punktach uwagi wymuszą też szybkie korekty listy leków refundowanych (np. od kilkunastu lat figurują tam refundacje, które nie odpowiadają schorzeniom lub okresom przyjmowania i nikt nie stara się tego zauważyć).
11. Inne wątpliwości. Jakie w przyszłości będzie umocowanie platformy informatycznej (z e-receptą jako jej elementem) – przy NFZ z dość przyzwoicie zbudowanym i rozbudowywanym systemem informatycznym czy przy w miarę niezależnym od zawirowań politycznych Ministerstwie Zdrowia? To ważne, bo dziś finansowane przedsięwzięcie z funduszy europejskich w przyszłości będzie musiało być utrzymywane przez jedną z dwóch wymienionych instytucji. Przy obecnym parciu politycznym, mimo posiadania niezłych narzędzi informatycznych, NFZ może nagle przestać istnieć. Przerazająca byłaby perspektywa, gdyby e-recepta i ambitny program centrum powstały w oderwaniu od tych czy innych problemów ochrony zdrowia, systemu ubezpieczeń, bez trwałych powiązań z innymi krajowymi systemami informatycznymi, a także gdyby stała się komercyjną kopalnią złota, czerpiącą z ochrony zdrowia.

Autor jest dyrektorem PZOZ w Charsznicy, specjalistą chorób wewnętrznych i anestezjologiem.

Powyższe refleksje są niezależnym wyrazem oddolnych oczekiwań na wyniki prac nad Elektroniczną Platformą Medyczną, prowadzonych przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia pod kierunkiem dr. n. med. Leszka Sikorskiego. Niektóre postulaty mogą się różnić od realizowanych przez centrum. ■