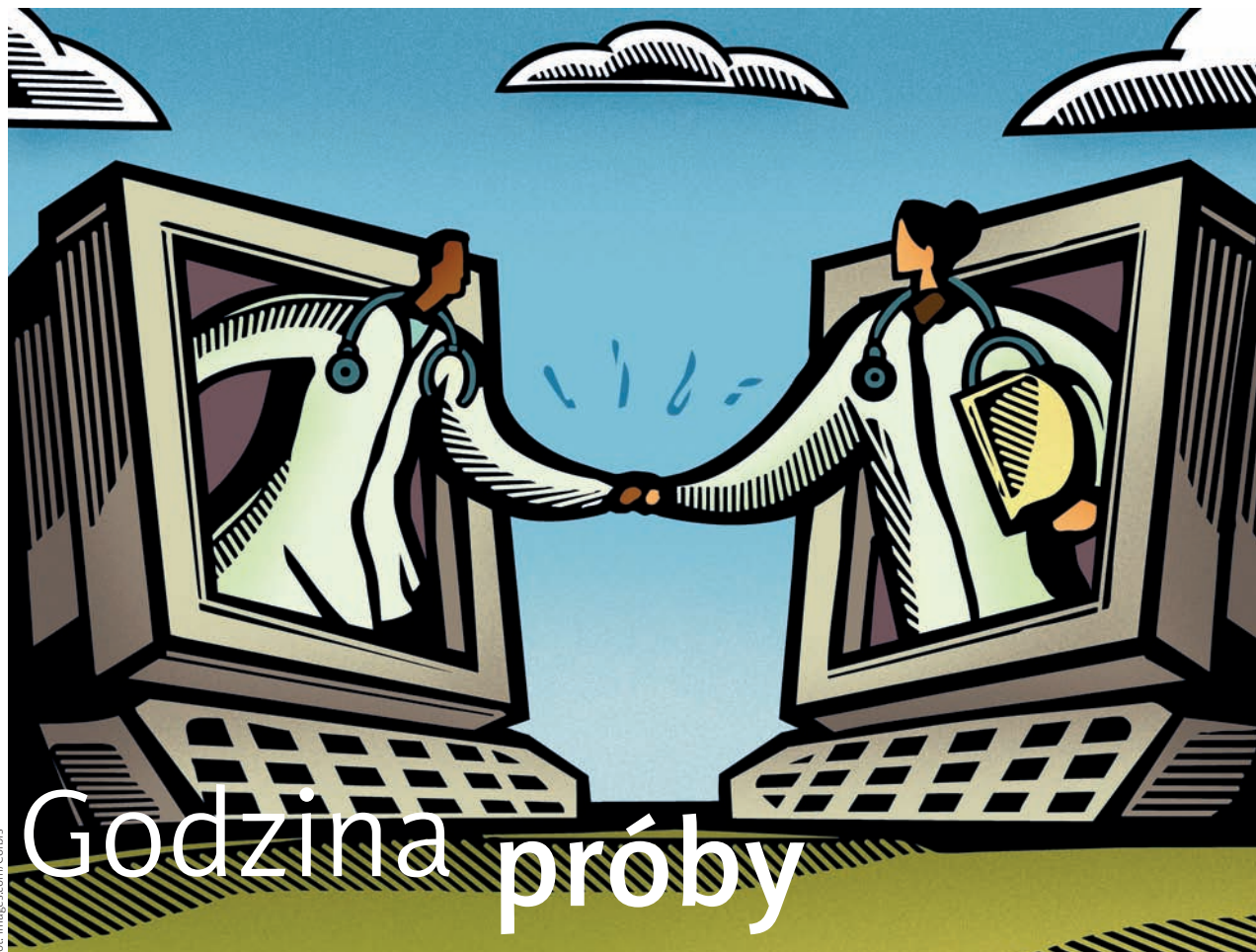


## E-zdrowie: Polska nie jest samotną wyspą



fot. images.com/corbis

# Godzina próby

Rok 2014 to data graniczna dla informatyzacji w ochronie zdrowia: termin zakończenia prac nad wielkim projektem publicznym realizowanym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) i finansowanym w znacznym stopniu z pieniędzy unijnych – „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. Jest to zatem dla tego projektu początek eksploatacji, a ta dowieść ma jego trwałości. Dla Komisji Europejskiej musi wytrzymać co najmniej pięć lat. Przedtem jednak oczekujemy dowodów jego funkcjonalności, czyli mierzalnego, stopniowego przyczynienia się do poprawy jakości i efektywności ekonomicznej świadczeń zdrowotnych.

W 2014 r. w szpitalach i przychodniach ma zacząć obowiązywać jednolita elektroniczna dokumentacja medyczna. Wiadomo wprawdzie z wstępnych zapowiedzi, że termin ten będzie przesunięty (choćby dlatego, że nie może być dotrzymany z przyczyn technicznych), ale cokolwiek się stanie z jego wdrożeniem, w tym roku na pewno muszą zostać uzgodnione jednolite standardy tego przedsięwzięcia. To, co kryje się pod hasłem tej jednolitości, wciąż pozostaje przedmiotem kontrowersji, których nie rozwiążemy ani przez ankietę, ani przez głosowanie, ani waląc pięścią w stół. Rok 2014

zaczynamy więc od pytania, co z korzyściami z elektronicznej dokumentacji medycznej bez jednolitych standardów modelowania danych. Co z jakością i kosztami leczenia bez normy EHR PN13606 warunkującej tzw. procesowe podejście do leczenia jako postępowania zindywidualizowanego i skierowanego na cel?

### Granica bólu

Zanosi się jeszcze i na to, że 2014 r. oznaczać będzie dla informatyzacji „punkt granicy bólu”. Pod koniec roku 2013 „nagle” okazało się, że eWUŚ zaczął dostarczać dane

najwyraźniej nieoczekiwane i niekontrolowane administracyjnie. System eWUŚ demaskuje niską jakość rozwiązań informatycznych i ograniczoną zdolność komunikacyjną instytucji zasilających go w dane. Na dodatek demaskuje słabą zdolność komunikacyjną instytucji, np. Ministerstwa Zdrowia, którym dostarcza dane. Ze demaskuje, to nic złego, a nawet mogłoby i powinno być napędem zmian.

System eWUŚ ukazał jednak zjawisko inne i szersze. Wiemy, że zmiany organizacyjne przy dzisiejszych technologiach i oczekiwaniach komunikacyjnych wymagają odpowiedniej infrastruktury informatycznej. Próby jej zainstalowania ujawniają jednak w naszym systemie dane i okoliczności dotąd niewychodzące na jaw, pomijane, trudne do odkrycia i łatwe do ukrycia – bardzo niewygodne. Do tej pory główni aktorzy nie umieją sobie z tym poradzić, nie potrafią reagować, nie są przygotowani. Dane i okoliczności ich wyprzedzają.

### Obrona twierdzy „Fundusz”

Skala i wartość np. zasobów informacyjnych NFZ jest ogromna, nie do przecenienia i to nie od wczoraj. Jest tajemnicą poliszynela, dlaczego instytucja ta nie buntowała się nadmiernie przeciwko ograniczeniom finansowym i prawnym utrudniającym „drążenie”, wykorzystywanie, a przede wszystkim ujawnienie tych danych. Dane tego rodzaju, jeśli bowiem nie zasilają systemowego mechanizmu zmiany i modernizacji, stanowią niebezpiecznie destrukcyjną minę. Spoczywa tam – pamiętajmy – i to od dawna cały Rejestr Usług Medycznych. Dostęp do niego ma teraz stworzyć Platforma P1.

### Toksyczne relacje

Próby zastosowania rozwiązań komunikacyjnych pod ogólnym hasłem e-zdrowie blokowane są zatem przez toksyczne relacje w układzie głównych aktorów ochrony zdrowia, dla których informacja jest częściej zagrożeniem niż pomocą w rozwiązywaniu problemów. Równocześnie próby zmian organizacyjnych rozbijają się o blokady komunikacyjne i niedostatek danych. Mamy błędne koło niemożności – rzeczywistą barierę dla modernizacji i innowacyjności.

System pozbawił się w znacznym stopniu „receptorów organizacyjnych”. CSIOZ np. konsekwentnie pozbywało i pozbyło się całej infrastruktury analitycznej: zrezygnowało z programów analizy kosztów, analizy dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym kolejek i list oczekujących, oraz analizy celów i strategii głównych aktorów w ochronie zdrowia zarówno na poziomie lokalnym, regionalnym, jak i centralnym. Odstąpiło również od programu poprawy jakości konsultacji społecznych w ochronie zdrowia. Zaprzestało nie tylko rozwoju, lecz nawet samej publikacji wydawnictwa porównawczego w skali OECD: „W 70 wskaźników dookoła zdrowia”. Wszystko to w ramach atrofii całego segmentu obejmującego zagadnienia organizacji

i ekonomiki ochrony zdrowia niegdyś obecne w CSIOZ, a odziedziczone przez tę instytucję po jej poprzedniku – Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ).

### Dyrektywa transgraniczna

Obecny rok to także czas próby dla rozwiązań transgranicznych, które już teraz potykają się o niepokojący brak informacji i danych. Ten sam rok to, jak się okazuje, sprawa kolejek, a wiemy, że i tu niedoborowi danych potrzebnych towarzyszy nadmiar danych zdecydowanie przypadkowych, dla pacjenta często nieprzydatnych.

Są to kluczowe projekty informacyjne odnoszące się do strategicznych problemów organizacyjnych w ochro-

„ To, co kryje się pod hasłem jednolitości standardów, wciąż pozostaje przedmiotem kontrowersji, których nie rozwiążemy ani przez ankietę, ani przez głosowanie, ani waląc pięścią w stół ”

nie zdrowia: wsparcie lekarza i procedur medycznych przy łóżku chorego, kontrola jakości i efektywności świadczeń, dokumentowanie procesu leczenia, dostępność świadczeń oraz czas oczekiwania i organizacja kolejek.

Nie będzie odkryciem ani zaskoczeniem wiadomość, że wszystkie te projekty zostały źle rozpoczęte, nie będąc przedmiotem rzeczywistych uzgodnień. Nie jest jasne ich autorstwo. Interesariusze często nie identyfikują się z nimi, czasem nawet ci, którzy je obecnie prowadzą, obarczeni odpowiedzialnością za ich utrzymanie i to za wszelką cenę. Rozpoczęte arbitralnie, w trybie zdecydowanie niepartycypacyjnym, trudno poddają się korekcie, unikają zewnętrznego audytu, roztaczając coraz szersze kręgi bezradności i zagrożenia, wywołują agresję zamiast wsparcia ze strony polityków.

### Doświadczenia europejskie

To, co obserwujemy, nie jest szczególną przypadłością polskiego systemu ochrony zdrowia. Kraje Europy i nie tylko borykają się z tego rodzaju problemami, szukają z mniejszym lub większym skutkiem rozwiązań, formułują rekomendacje warte wzięcia pod uwagę.

Europejski projekt EHR-Implement (*National policies for EHR Implementation in the European area: social and organizational issues*) koncentrował się na społecznych, kul-

turowych i organizacyjnych efektach wdrażania elektronicznego wsparcia leczenia, tzw. EHR (*Electronic Health Record*) w sześciu krajach zróżnicowanych pod względem wielkości, zaawansowania technologicznego, organizacji sektora publicznego, stylu prowadzenia polityki: Belgii, Danii, Anglii, Francji, Irlandii i Słowenii. Projekt przyjął rekomendacje adresowane do wszystkich krajów UE, uznając budowę jednolitego systemu EHR za kluczowy czynnik modernizacji ochrony zdrowia. Rekomendacje nie straciły na aktualności. Późniejsze doświadczenia, smutne w Wielkiej Brytanii, bolesne we Francji i bardzo obiecujące w Danii, w Słowenii czy Irlandii, stanowią tego potwierdzenie.

Dania i Anglia przyjęły generalne krajowe strategie łączące zdrowie i IT. W Belgii nie rozpoczęto od opra-

” System eWUŚ demaskuje niską jakość rozwiązań informatycznych i ograniczoną zdolność komunikacyjną instytucji zasilających go w dane ”

cowania strategii w postaci dokumentu zaakceptowanego centralnie, ale powstaje ona z kolejno podejmowanych decyzji czy rozwiązań lokalnych. Zbudowano natomiast platformę do uzgadniania krajowych norm. W pierwszej fazie inicjatywę pozostawiono środowiskom lokalnym, ale stopniowo, przy rosnącym wsparciu z centrum, następuje integracja systemu.

W Słowenii opracowano krajową strategię e-zdrowie obejmującą zagadnienie infrastruktury teleinformatycznej i baz danych zdrowotnych jako podstawę dla systemu EHR w rozumieniu normy EN 13606 i są pierwsze sukcesy: w 2013 r. rozpoczęto wdrożenie systemu.

W Irlandii zagadnienia strategii e-zdrowie powiązane są w całość z ogólną strategią dla ochrony zdrowia i związanymi z tym przekształceniami instytucjonalnymi, które mają dość skomplikowaną historię, obejmującą powoływanie i likwidację kolejnych instytucji.

We Francji nie rozpoczęto od ogólnokrajowej strategii, ale inicjatywa DMP (*Dossier Medical Personnel*) została przyjęta dla całego kraju, jak się okazuje, początkowo ze złym skutkiem. Projekt mimo znacznego zaawansowania, głównie z powodu – jak stwierdzono – ignorowania problemów interesariuszy i braku ich partycypacji, w pewnym momencie zatrzymano i po rewizji założeń oraz koncepcji organizacyjnej rozpoczęto od nowa

w roku 2009. Obecnie system znajduje się w fazie zaawansowanego wdrożenia.

### Zaangażowanie władz

We Francji i Anglii wdrażanie EHR odbywa się przy bezpośrednim zaangażowaniu najwyższego poziomu zarządczego – premiera i ministra zdrowia. Upatruje się w tym intencję zapewnienia projektowi trwałości, ale zdaniem ekspertów tak wielka presja stanowi istotny czynnik ryzyka. Ryzyko to dało o sobie znać właśnie w tych krajach. Projekt francuski, silnie promowany z poziomu centrum politycznego, w 2007 r. musiał być przerwany, na nowo przemyślany i na nowo uruchomiony. W Anglii zaangażowanie premiera opóźniło moment refleksji i obecnie, po druzgocącym audycie i zatrzymaniu przez parlament, mimo wydania ogromnych sum, strategia jest gruntownie rewidowana, a cały projekt czeka na ponowne uruchomienie. Toksyjna presja polityczna z poziomu centralnego dotyczy tempa i terminów – zbyt krótkich i nierealistycznych, struktur zarządczych – mało elastycznych i zbyt późno modyfikowanych, oraz zakresu prac – zwykle mało realistycznego. We Francji i Anglii interwencje premierów były na porządku dziennym.

### Zaangażowanie interesariuszy

Przeciwieństwem są Dania i Irlandia. Tu decyzje są znacznie mniej scentralizowane, ale za to zdecydowanie bardziej konsensualne. To zgoda wypracowana w gronie dziesięciu osób reprezentujących głównych aktorów leży u podstaw projektu oraz planu i procesu wdrożenia. Uczestnikami porozumienia są między innymi Ministerstwo Zdrowia i Spraw Wewnętrznych, Krajowa Rada Zdrowia, Krajowy Związek Władz Lokalnych Danii i Związek Właścicieli Szpitali. W Irlandii strategia i wdrożenie prowadzone jest przez porozumienie 11 regionalnych rad zdrowia, a prace koordynuje Krajowa Rada Zdrowia.

Szczególny przypadek stanowi Belgia, gdzie ochrona zdrowia jest radykalnie zdecentralizowana. Wzorowy przykład to Słowenia, tym bardziej że jest to nowy kraj unijny. Tu tłem wdrożenia EHR jest ogólne dążenie do dostosowania systemu prawnego i komunikacyjnego do wymogów UE. Kraj ten jednoznacznie opowiada się również za stylem konsensualnym prowadzenia polityki i projektów modernizacyjnych. Główną rolę we wdrażaniu EHR odgrywa krajowy system ubezpieczeń zdrowotnych. Odpowiedzialne za wdrożenie są agendy Ministerstwa Zdrowia zajmujące się problemami informatyzacji, Krajowa Rada Informatyki Medycznej wraz z kluczowymi interesariuszami, w tym instytucjami i firmami prowadzącymi szpitale lub przychodnie, Instytutem Ubezpieczeń Zdrowotnych, Instytutem Zdrowia Publicznego, producentami i dostawcami oprogramowania. W praktyce rola ministerstwa jest bardzo ograniczona.



W Anglii centralnie prowadzony projekt rządowy powierzono wybitnemu menedżerowi z branży informatycznej bez żadnego doświadczenia w ochronie zdrowia. Projekt składa się z segmentów, a ich realizację zlecono wielkim międzynarodowym korporacjom informatycznym, które w momencie zawarcia kontraktu dysponowały niewielką znajomością brytyjskiego systemu ochrony zdrowia. *National Health Service* (NHS), brytyjska organizacja ochrony zdrowia, nie była przygotowana na zmiany, jakie przyniesie projekt. Przyczynił się do tego brak udziału w doborze dostawców oprogramowania.

### Audyt zewnętrzny

Niezwykle pouczające jest doświadczenie angielskie nie tylko ze względu na spektakularne niepowodzenie i związane z tym wielomiliardowe straty, lecz także z powodu mechanizmów instytucjonalnych, które umożliwiły ocenę i zatrzymanie bardzo zaawansowanego projektu. Są to niezależne merytoryczne audyty oraz komisje parlamentarne. Te instytucje parlamentarne, mimo oporu i fiksacji administracji, oceniły i zakwestionowały w 2011 r. cały projekt, dając szansę na jego rekonstrukcję, którą w innych okolicznościach zarządczych można było przeprowadzić wcześniej, z mniejszą stratą czasu i pieniędzy.

We Francji projektu DMP (EHR) początkowo nie objęto wprawdzie audytem, ale w 2007 r. został on w końcu poddany ocenie specjalnej międzyresortowej

„ To, co obserwujemy, nie jest szczególną przypadłością polskiego systemu ochrony zdrowia. Kraje Europy i nie tylko borykają się z tego rodzaju problemami, szukają z mniejszym lub większym skutkiem rozwiązań „

komisji, która postanowiła zatrzymać proces i podobnie jak później w Anglii poddać projekt rekonfiguracji.

W Danii, którą stawiamy za przykład skutecznego i pionierskiego wdrożenia EHR, wymienione problemy, w tym nadmierna centralizacja i ignorowanie interesariuszy, również wystąpiły. W kraju tym jednak radzono sobie z nimi mniej dramatycznie, a bardziej skutecznie. Projekt zawczasu korygowano dzięki systematycznemu etapowaniu, elastyczności układu instytucjonalnego i otwartej kulturze zarządczej, które umożliwiały częste zmiany form organizacyjnych projektu, co traktowano jako rzecz normalną. Audyt zewnętrzny minister zdrowia powierzył specjalnie powołanej do tego celu instytucji *Health*



**SUPRA BROKERS®**

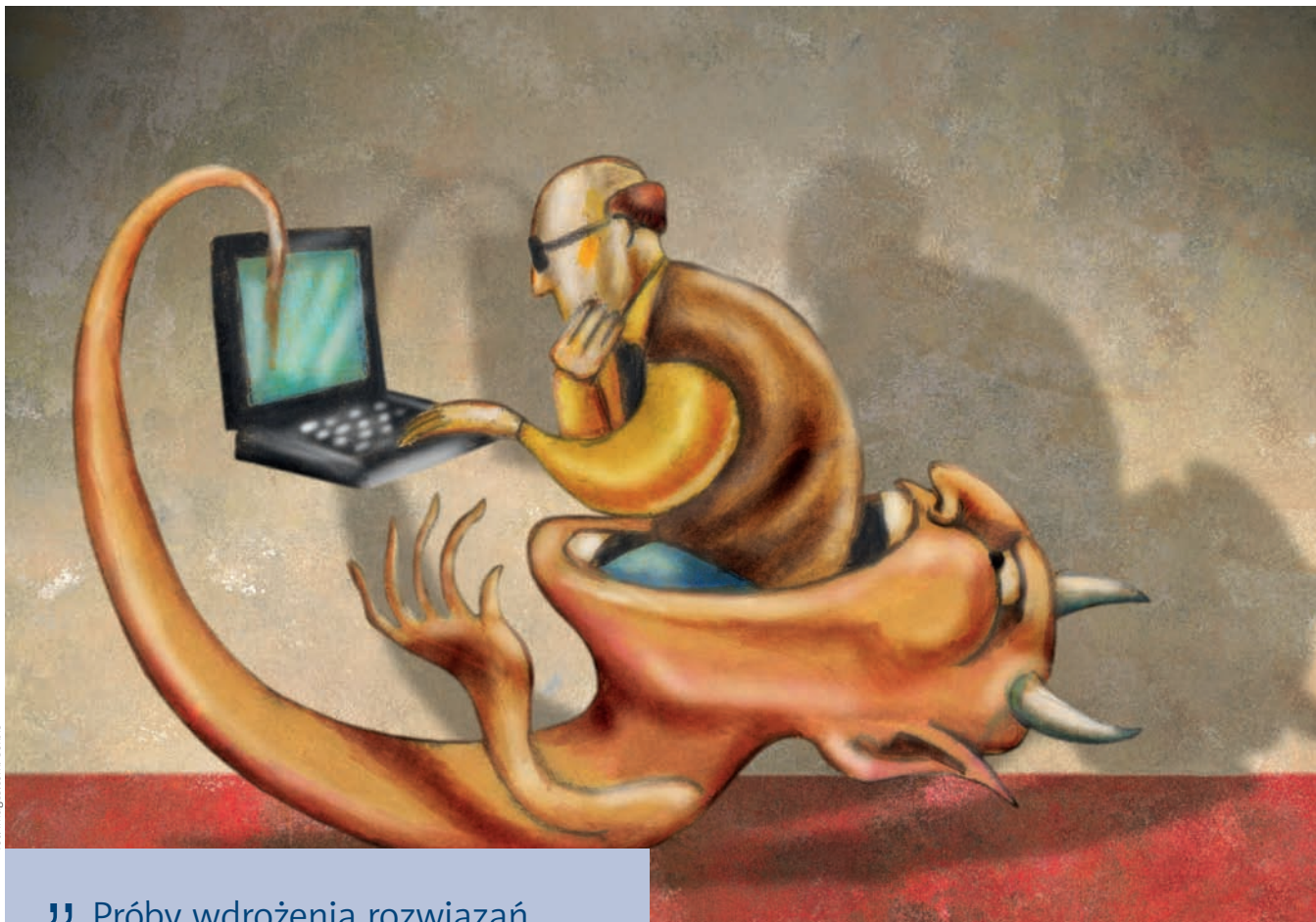
GRUPA  
SUPRA



**ZARZĄDZAMY RYZYKIEM**  
... I JESTEŚ BEZPIECZNY OD HELU PO ZAKOPANE

**SUPRA BROKERS**  
BROKER UBEZPIECZENIOWY SZPITALI  
**NR1** W POLSCE

**WWW.SUPRABROKERS.PL**



„ Próby wdrożenia rozwiązań komunikacyjnych e-zdrowia blokowane są przez toksyczne relacje w układzie głównych aktorów systemu, dla których informacja jest częściej zagrożeniem niż pomocą w rozwiązywaniu problemów „

*Record Observatory.* W efekcie Duńczycy dostarczyli Europie modelowy przykład radzenia sobie z problemami, zapewnienia w procesie udziału interesariuszy, wypracowania równowagi między procesami biegnącymi „z góry na dół” i „z dołu do góry”, zadbano w odpowiednim czasie o standardy modelowania danych, etapowanie i systematyczny zewnętrzny monitoring.

### Finansowanie

Okazuje się, że finansować można na różne sposoby. W Słowenii zajmuje się tym Europejski Fundusz Społeczny. W Danii każda inicjatywa sama szuka źródeł

finansowania. We Francji wszyscy podkreślają niedoszacowanie kosztów i brak udziału środowiska medycznego w ich prognozowaniu. W Belgii finansowanie jest bardzo zróżnicowane, odpowiednio do zróżnicowanej struktury instytucjonalnej ochrony zdrowia. W Anglii natomiast koszty infrastruktury, *software* i *hardware* pokrywa rząd, zdecydowanie, zdaniem komentatorów, nie doszacowując potrzeb.

### Rekomendacje strategiczne

Wdrożenie systemu EHR powinno być konsekwencją jasno określonej i uzgodnionej przez głównych aktorów wskutek konsensusu wizji jako element strategii dla całej ochrony zdrowia. Wizja powinna uwzględniać na bieżąco wymogi i uwarunkowania organizacyjne powstające w toku wdrażania. Wdrożenie to powinno być narzędziem reformowania ochrony zdrowia – katalizatorem, a nie celem.

Konieczne jest zdecydowane wsparcie władzy publicznej – decydentów politycznych, pod warunkiem wszakże powstrzymywania się przed wywieraniem presji, szczególnie dotyczącej zwykle nierealnych terminów, oraz przed forsowaniem strategii wielkiej zmiany czy „wielkiego wybuchu” na rzecz postępowania krok po kroku.



Silne kierownictwo i wsparcie polityczne – zdecydowanie tak, ale z pytaniem o stojącą za nim strukturę zarządczą z właściwymi dla niej różnego rodzaju nierównowagami i napięciami. Kwestią zarządczą najwyższej wagi jest udział interesariuszy: czy, a jeżeli tak, to jak uczestniczą w procesie. Jakie przypisuje się im znaczenie i jaki rzeczywisty wpływ na całość procesu mają zakres i charakter ich udziału.

Liderzy polityczni, niezależnie od specyfiki danego kraju, nie powinni się wdawać w rozstrzyganie szczegółów projektowych. Powinni natomiast zdecydowanie angażować się w rozstrzygnięcia dotyczące interoperacyjności systemu (międzynarodowe normy i standardy), pilnowanie etapowania projektu, ale przede wszystkim w spełnianie wymogów interesariuszy w wyniku pełnej ich partycypacji i to od początku.

### Zerwać z toksyczną rutyną

Uwzględnienie tych rekomendacji dałoby szansę na rozładowanie napięć rysujących się u nas u progu 2014 r. Wymaga to zerwania z toksyczną rutyną. Jak to wygląda, gdy mowa o interesariuszach i partycypacji, ilustruje choćby diagnoza Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji zamieszczona na jego stronie WWW: „formalny proces konsultacji bywa – zwłaszcza na poziomie centralnym – mało skuteczny i zostaje przesłonięty przez konsultacje nie-

„ Niedoborowi danych potrzebnych towarzyszy nadmiar danych zdecydowanie przypadkowych, a dla pacjenta często nieprzydatnych „

formalne”. Przebiegają one często poza procedurami i kanałami oficjalnymi, tworząc – jak określił to jeden z obserwatorów – coś w rodzaju „szarej strefy konsultacyjnej”. 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, w wyniku czego konsultacje stają się mniej celowe.

Wiktor Górecki

## Philips otwiera cyfrową erę w PET/CT

Pod koniec 2013 r. na kongresie RSNA w Chicago Philips zaprezentował pierwszy na świecie cyfrowy pozytonowy emisyjny tomograf komputerowy Vereos PET/CT.

Wykorzystuje on opracowaną przez firmę Philips technologię cyfrowego zliczania fotonów, dzięki czemu urządzenie cechuje się dużą poprawą wydajności polegającą m.in. na około dwukrotnym wzroście wzmocnienia czułości, rozdzielczości wolumetrycznej oraz dokładności ilościowej w porównaniu z systemami analogowymi. Taka poprawa wydajności ostatecznie przekłada się na wysokiej jakości obrazy, większą pewność diagnozowania, łatwiejsze planowanie leczenia i szybsze przepływy pracy. W niedawno przeprowadzonym badaniu dziewięciu

na dziesięciu lekarzy kwalifikujących wybrało obrazy wykonane przez cyfrowy tomograf Vereos PET/CT w porównaniu z obrazami wykonanymi przez urządzenia analogowe.

