

Spacer z głową w piasku

Strategia na przeczekanie



Organy odpowiedzialne za stanowienie prawa po raz kolejny zachowały się jak niekonsekwentny nauczyciel ulegający prośbom uczniów o przełożenie sprawdzianu. Postępowanie, które w szkole może być uznane za niepoważne i niesprawiedliwe, w odniesieniu do służby zdrowia przekłada się na realne koszty. Odkładanie wejścia w życie nowych przepisów i przekładanie sprawdzianów łączy jedno – tracą ci, którzy byli przygotowani.

Od kilku lat podmioty lecznicze odliczały czas do 1 sierpnia 2014 r., kiedy miała się rozpocząć era elektronicznej dokumentacji medycznej. Dla małych przychodni, zatrudniających kilku lekarzy, wdrożenie tej dokumentacji nie miało cech rewolucji, ale większe przychodnie i szpitale musiały się zmierzyć z ogromnym przedsięwzięciem logistycznym. W toku przygotowań pojawiały się liczne problemy i w zasadzie można było przewidzieć z dużym prawdopodobieństwem, że 2014 r. jest terminem nierealnym. Jednak to, co jest oczywiste dla zarządzających podmiotami leczniczymi, rzadko budzi refleksje u odpowiedzialnych za tworzenie prawa.

Informatyczna rewolucja

Informatyzacja wkracza w kolejne dziedziny życia i podmioty wykonujące zadania publiczne wprowadzają coraz to nowe ułatwienia w korzystaniu ze swoich

usług przez internet. Rozwiązania, które kilkadziesiąt lat temu wydawały się rodem z powieści *science fiction*, na naszych oczach stają się rzeczywistością. W systemach informatycznych prowadzone są księgi wieczyste, przez internet można wykonywać operacje bankowe, rozliczać zeznania podatkowe czy przeglądać Krajowy Rejestr Sądowy. Początkowo do niektórych nowości podchodzono nieufnie, jednak z czasem korzystanie z nich stało się standardem. W służbie zdrowia komputery znalazły szerokie zastosowanie m.in. w diagnostyce obrazowej. Wprowadzone zostały kolejne programy umożliwiające wymianę danych pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcami. Naturalną konsekwencją działań w zakresie informatyzacji podmiotów leczniczych miało być wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, która zastąpiłaby dokumentację prowadzoną w formie papierowej. Jednak w ochronie zdrowia często założenia rządzących rozmiągają się z możliwościami

świadczeniodawców i również w tym przypadku planowana e-rewolucja nie zakończyła się sukcesem.

Kolejne zmiany

Pierwsze zapisy o możliwości prowadzenia dokumentacji „w komputerowych nośnikach informacji” pojawiły się już w rozporządzeniu dotyczącym dokumentacji medycznej z 1993 r. Początkowo jednak warunkiem było sporządzanie i przechowywanie wydruków zgodnych z wymogami określonymi dla dokumentacji medycznej. W praktyce forma ta nie była zatem alternatywnym rozwiązaniem, a jedynie dodatkowym usprawnieniem technicznym. Rozważając wykorzystanie narzędzi informatycznych w latach 90., należy mieć na uwadze, że poziom ówczesnej techniki był zupełnie inny i faktycznie bezpieczeństwo i trwałość danych mogły budzić uzasadnione obawy. Mimo to pojawiali się odważni, którzy doceniali możliwość szybkiego dostępu do danych i większą czytelność. Wydruki zbierano i przechowywano, a przy udzielaniu świadczeń korzystano z zapisów komputerowych.

Pod koniec 2006 r. pojawiła się możliwość wyboru formy dokumentacji medycznej – elektronicznej lub papierowej. Nowe przepisy dały podstawy do rezygnacji z wydruków komputerowych i odręcznych zapisów na rzecz danych przechowywanych na nośnikach komputerowych. Kolejnym krokiem miało być nałożenie obowiązku prowadzenia dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej. Idea wprowadzenia systemu informacji w ochronie zdrowia zakłada m.in. usprawnienie finansowania świadczeń, ułatwienie podejmowania decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, optymalizację modelu ochrony zdrowia i uporządkowanie systemu przetwarzania danych. Dokumentacja elektroniczna to zatem w teorii same korzyści.

Kontrrewolucja

Informatyzacja budziła duże nadzieje, ale równocześnie koncepcja całkowitej rezygnacji z papierowej dokumentacji wydawała się bardzo trudna czy wręcz niemożliwa do zrealizowania. Zwraca się uwagę na kwestie organizacyjno-techniczne, problem bezpieczeństwa danych i konieczność przeszkolenia personelu. Rozwiązanie tych problemów wiązało się z wymiernymi kosztami. Mogłoby się wydawać, że wdrożenie niezbędnych systemów i procedur to duży jednorazowy wydatek, który po jakimś czasie się zwróci dzięki oszczędności na zakupie druków papierowych i kosztach przechowywania. Jednak konieczność zapewnienia sprawnego działania sprzętu komputerowego i jego amortyzacji sprawiają, że oszczędność nie jest tak oczywista. Wobec pilniejszych potrzeb odkładano zatem wprowadzenie elektronicznej dokumentacji, licząc, że ze względu na dużą liczbę niezadowolonych przepisy zostaną zmienione. Co istotne, nie tylko podmioty lecznicze były nieprzygotowane do wejścia

w życie zmian w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej. Odpowiedzialni za stanowienie prawa również nie dołożyli staranności, by przepisy dostosować do nowej rzeczywistości. Szczególnie regulacje dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej są tak nieprecyzyjne, że zostawiają miejsce na rozliczne interpretacje w zakresie udostępniania danych na nośnikach elektronicznych, natomiast w ogóle nie uwzględniają możliwości wydruku.

Ratownicza gra terminami

Śledząc losy elektronicznej dokumentacji medycznej, nie sposób uniknąć skojarzeń z próbami reformy pogotowia ratunkowego. Przełomem miała być ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2001 r., która miała doprowadzić do przekształcenia dotychczasowych struktur pogotowia w nowoczesny system ratownictwa medycznego. Wejście w życie ustawy

„W ochronie zdrowia często założenia rządzących rozmijają się z możliwościami świadczeniodawców. Również planowana e-rewolucja nie zakończyła się sukcesem”

przekładano o kolejne lata. W tym czasie przyjęto ustawę pomostową, która miała być swoistym kompromisem ze względu na to, że nie było możliwości wdrożenia ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ostatecznie ustawa z 2001 r. nigdy nie weszła w życie jako całość, a w 2006 r. została zastąpiona nową ustawą. Co istotne, każdorazowo debata nad przełożeniem momentu obowiązywania ustawy z 2001 r. budziła spore emocje, a stosowne nowelizacje były uchwalane na ostatnią chwilę. Ci, którzy mieli nadzieję na jej wprowadzenie bądź przeciwnie – obawiali się, że nie będą mogli świadczyć usług, jeżeli tak się stanie, inwestowali niemałe pieniądze w infrastrukturę. Ci, którzy zakładali najbardziej przewidywalny scenariusz i kolejne przesunięcie w czasie obowiązywania ustawy, mogli się tylko cieszyć z zaoszczędzonych pieniędzy.

Nowa regulacja narzuciła wiele rozwiązań, ale tam, gdzie to tylko było możliwe, znów zaczęła się gra na zwłokę. Rozczarowanie musieli przeżyć zwłaszcza świadczeniodawcy, którzy dotrzymali terminów określonych w rozporządzeniu w sprawie SOR i zapewnili swoim oddziałom możliwość transportu pacjentów jednostkami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

„Konieczność zapewnienia sprawnego działania sprzętu komputerowego i jego amortyzacji sprawiają, że oszczędność na EDM wcale nie jest oczywista”

Można by pytać, czy przesunięcia terminów nie są winą przyjęcia od początku nierealnych założeń. Bez wątplenia to jeden z czynników, ale istotny jest również brak nadzoru nad wdrażaniem nowych przepisów, mała skuteczność narzędzi wspierających pożądaną zmianę, a także brak sankcji. Część terminów natomiast była możliwa do dotrzymania, gdyby wprowadzono odpowiedni system motywacyjny. Problem dotyczy szczególnie kwalifikacji lekarzy. Ciągłe brakuje specjalistów i pomimo zmian w tym zakresie dziś jest niemal pewne, że nie obejdziesz się bez kolejnych nowelizacji. Owszem, można założyć, że osiągniemy wymaganą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej, ale liczba odpowiednio wyszkolonych osób nie zwiększy się od samych założeń. Medycyna ratunkowa to ciągle specjalizacja atrakcyjna jedynie dla

„Trudno jest traktować poważnie obietnice reform służby zdrowia, skoro stanowiący prawo wykazują się pobłażliwością i niekonsekwencją”

hobbystów. Nie ma możliwości otworzenia prywatnego gabinetu, jest się zatem zależnym od jednostek systemu. Ponadto ryzyko wypalenia zawodowego jest o wiele wyższe z uwagi na stałą pracę z pacjentami w stanach zagrożenia życia, a także ze względu na problemy wynikające z roszczeniowej postawy osób, których stan zdrowia nie kwalifikuje do korzystania ze świadczeń ratownictwa medycznego.

Bez pośpiechu z regulaminem

W kontekście wydłużania okresów przejściowych nie sposób zapomnieć o ustawie o działalności leczniczej. Wprowadzenie wymogu posiadania przez podmiot

leczniczy regulaminu organizacyjnego było istotną zmianą. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej najważniejsze kwestie dotyczące funkcjonowania placówki regulował statut i regulamin porządkowy. W 2011 r. ustawę tę zastąpiono ustawą o działalności leczniczej, zgodnie z którą istotne dane nieobjęte statutem mają zostać umieszczone w regulaminie organizacyjnym. Nie chodziło jednak tylko o nazwę. Należy pamiętać, że ustawa o działalności leczniczej wprowadziła nową siatkę pojęciową i w praktyce niezbędne było dostosowanie statutów i regulaminów organizacyjnych do jej zapisów. Podmioty lecznicze miały czas na dostosowanie wewnętrznych aktów prawnych do 30 czerwca 2012 r.

Tradycyjnie już warto było liczyć na pobłażliwość ustawodawcy wobec nieprzygotowanych i czekać na ostatni moment. 29 czerwca ogłoszono nowelizację przesądzającą, że ci, którzy nie spieszyli się z opracowaniem regulaminu organizacyjnego, postąpili słusznie, bo czas na przygotowanie tego dokumentu przedłużono do 31 grudnia 2012 r. Być może przygotowanie regulaminu jest tylko kolejnym biurokratycznym obowiązkiem, jednak jeżeli prawo stanowi, że należy mieć określony dokument, zapis ten powinien być respektowany.

Brak zaufania

Trudno traktować poważnie obietnice reform służby zdrowia, skoro stanowiący prawo wykazują się pobłażliwością i niekonsekwencją. Stan niepewności co do obowiązujących przepisów, nie tylko na poziomie ustaw i rozporządzeń, lecz także aktów stanowionych przez NFZ, to już codzienność w ochronie zdrowia. Dyskusyjna jakość stanowionego prawa, bardzo krótkie okresy *vacatio legis* i ciągle nowelizacje utwierdzają zarządzających podmiotami leczniczymi w przeświadczeniu, że skrupulatność i terminowość nie popłaca.

Problemy placówek leczniczych z niestabilnym prawem przekładają się na trudności z zapewnieniem pacjentom odpowiedniej jakości i dostępności świadczeń. Z pewnością stanowiący prawo starają się kierować dobrem pacjenta, ale trudno uznać te wysiłki za skuteczne. Obecnie można na bieżąco śledzić przebieg procesu legislacyjnego i nawet nowelizacja publikowana w „Dzienniku Ustaw” na ostatnią chwilę nie jest zaskoczeniem. Z punktu widzenia postulatu pewności prawa jest jednak bardzo wątpliwe, czy obywatele mają się kierować w swoich działaniach doniesieniami prasowymi na temat prawdopodobnych zmian w prawie czy obowiązującymi przepisami. Jeżeli od 1 sierpnia ma obowiązywać nowy przepis, a 29 lipca okazuje się, że zamiast dwóch dni do jego wejścia w życie pozostały trzy lata, to należy zadać sobie pytanie, czy prawodawca poświęca należytą uwagę ochronie zdrowia.

Iwona Magdalena Aleksandrowicz