

Polemika: jak informatyzować polską ochronę zdrowia

Primum participare

Wiktor Górecki



fot. images.com/Corbis

Toczy się dyskusja wokół strategii informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz projektu informatyzacji realizowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia¹. Jej tłem jest konieczność uzgodnienia projektu realizowanego na szczeblu centralnym z projektami regionalnymi, a także lokalnymi – w zakładach opieki zdrowotnej. Głosy² dyskusji nie odnoszą się jednak do kształtu centralnego projektu informatyzacji – ten, który istnieje, traktowany jest jak z góry przesądzony, co może niepokoić. Przedmiotem debaty są raczej zagrożenia będące konsekwencjami owego z góry przesądanego kształtu. Są to zatem swego rodzaju problemy „na zamówienie”.

Należy dodatkowo zauważyć, że mamy do czynienia z jeszcze innym źródłem problemów – brakiem partycypacji interesariuszy. Ten brak – konsekwencja zapewne bardziej braku wzajemnego zaufania i pewnego fatalizmu niż złej woli – pozostaje niezauważony nawet wówczas, gdy mowa o strategii współpracy. Zagrożenia i problemy trafnie określone, analiza jednak uproszczona, stąd wnioski wątpliwe.

Centrum i regiony – kolizja

Zauważmy, że wspomniane wyżej zagrożenia „na zamówienie” omawiane są raczej z perspektywy konkurujących z sobą „gestorów”, czyli podmiotów dostarczających te systemy lub serwisy, niż z perspek-

tywy ich spodziewanych użytkowników. Tymi konkurującymi gestorami są z jednej strony Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, z drugiej – samorządy regionalne, z których znaczna część realizuje, choć w mniejszej skali, projekty podobne.

Główne zagrożenie upatruje się w dążeniu do pozyskiwania bezpośrednio od usługodawców i gromadzenia na szczeblu regionalnym danych zbieranych także przez platformę realizowaną na poziomie centralnym³, przez CSIOZ. Gdy mowa o e-recepcie, podobnie – „oferta usług świadczonych z poziomu centralnego może być świadczona równolegle z poziomu regionalnego”⁴. I tak samo, gdy mowa o dokumentacji medycznej – „inicjatywy regionalne kolidują z centralną”⁵.

Projekty pogłębią problemy...

Ogólnie, działania podjęte w dziedzinie informatyzacji ochrony zdrowia nie tylko nie zredukowały problemów, którym miały zaradzić, ale zdaniem uczestników dyskusji problemy te pogłębiły. Zwiększyły mianowicie prawdopodobieństwo „tworzenia się” duplikujących się wzajemnie funkcji i rozwiązań, wdrażania niekompatybilnych rozwiązań, a także „nadmiernej redundancji danych i utraty ich wiarygodności”⁶. Zwiększyły ponadto przewagę gestorów systemów nad użytkownikami. Pamiętajmy – temu wszystkiemu miano właśnie zaradzić.

Czy ktokolwiek skorzysta z wyniku?

W ramach projektu realizowanego na poziomie centralnym, jak pisze Krzysztof Nyczaj, wcześniej jeden z liderów projektu: „ma być stworzony ogólnopolski system informatyczny służący do przesyłania danych medycznych pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, tzw. internetowe konto pacjenta – umożliwiające internetowy dostęp do dokumentacji medycznej, jak również wystawianie i przesyłanie elektronicznych recept (tzw. e-recepta). Platforma ma również wspomagać rozliczanie świadczeń zdrowotnych oraz sprawozdawczość statystyczną”⁷. Dodajmy za dokumentami programowymi projektu⁸ – „podstawowe dane medyczne będą przechowywane centralnie”⁹.

W toku dyskusji sformułowano jednak obawę nie tylko co do problemów, którym mimo oczekiwań projekt nie zaradzi, a być może nawet je pogłębi, i nie tylko co do szans jego realizacji. Wyrażono bowiem obawę zasadniczą – co do tego, czy projekt będzie w ogóle wykorzystywany, nawet wówczas, gdy zostanie zbudowany. Oto cytat: „Istnieje jednak bardzo duże niebezpieczeństwo, że jeśli system centralny zostanie stworzony, to i tak niewiele zakładów będzie z niego korzystać z powodu niedostatecznego przygotowania informatycznego zakładów opieki zdrowotnej i wspomnianej wcześniej konkurencji ze strony projektów regionalnych”¹⁰.

Strategia bez współdziałania

Przytoczonej opinii towarzyszy pogląd, że decydującą okolicznością kształtującą postępowanie uczestników systemu ochrony zdrowia w dziedzinie informatyzacji jest brak ogólnokrajowej strategii w dziedzinie współpracy i podziału kompetencji między poziomem centralnym systemu ochrony zdrowia a poziomem regionalnym i lokalnym, w szczególności brak koordynacji procesów informatyzacji. Konsekwencją tego są, wedle tej opinii, rysujące się konflikty. Źródło tego braku koordynacji Krzysztof Nyczaj upatruje w przyczynach natury administracyjnej. Twierdzi on mianowicie, że „Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, instytucja odpowiedzialająca za koordynację informatyzacji sektora, nie ma struktury regionalnej, umożliwiającej bezpośrednie uczestnictwo w pracach koncepcyjnych i organizacyjnych odbywających się na tym poziomie, co zapewniłoby niezbędny stopień oddziaływania strategicznego na ośrodki kompetencyjne zlokalizowane w urzędach marszałkowskich”¹¹, a ponadto „CSIOZ jako jednostka podporządkowana MZ nie ma bezpośredniego przełożenia kompetencyjnego na urzędy marszałkowskie”¹². Innymi słowy – informatyzacji ochrony zdrowia potrzebna byłaby, zdaniem cytowanego autora, scentralizowana struktura administracyjna, z jednoznacznymi „przełożeniami kompetencyjnymi” w celu, jak można się domyślać i tu będą złośliwi, przełamania oporów interesariuszy.

Brak strategii współdziałania to rzeczywiście problem, ale trudno traktować „oddziaływanie na ośrodki kompetencyjne” jako drogę do współdziałania. Trudno mówić o współdziałaniu bez partycypacji interesariuszy. Interesariusze traktowani jako obiekty „oddziaływania poprzez struktury” nie postawią na porządku dziennym pytań kluczowych, gdy mowa o informatyzacji tak złożonego systemu społecznego i instytucjonalnego, jakim jest system ochrony zdrowia.

Nie wystarczą rozwiązania administracyjne

W ślad za tak zarysowaną diagnozą biegnie szereg prognoz. Krzysztof Nyczaj przewiduje impas już w stosunkowo niedalekiej przyszłości, przy pierwszych krokach wdrażania ogólnopolskiego projektu informatyzacji ochrony zdrowia. Zarysowuje on trzy warianty dalszego biegu zdarzeń. Pierwszy wariant miałby polegać na przejściu kompetencji koordynatora procesów informatyzacji systemu ochrony zdrowia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji; drugi – na wzmocnieniu mocy perswazyjnej Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia przez podporządkowanie tej instytucji, czyli pośrednio ministrowi zdrowia, regionalnych centrów zdrowia publicznego; trzeci – na przekazaniu kompetencji koordynatora procesów informatyzacji systemu ochrony zdrowia Naro-



„ Istnieje duże niebezpieczeństwo, że jeśli system centralny zostanie stworzony, to i tak niewiele podmiotów będzie z niego korzystać z powodu niedostatecznego przygotowania informatycznego zakładów opieki zdrowotnej ”

dowemu Funduszowi Zdrowia z pozostawieniem inicjatywy strategicznej w rękach Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

W wersji zmodyfikowanej tego samego tekstu opublikowanej na łamach *Menedżera Zdrowia*¹³ ten sam autor powstrzymuje się przed cytowanymi wyżej prognozami, ale spodziewa się, że „ograniczenie negatywnych skutków związanych z powstawaniem powielających się rozwiązań informatycznych na poziomie centralnym i regionalnym” przyniesie interwencja MSWiA w postaci opracowywanego w tym ministerstwie dokumentu pod nazwą *Linia współpracy*. Dokument ten ma zdaniem autora „zwrócić uwagę na konieczność odniesienia regionalnych projektów informatycznych, zwłaszcza finansowanych z funduszy unij-

nych w ramach RPO, których beneficjentem są jednostki samorządu terytorialnego, do projektów centralnych. Ma to polegać na wskazaniu, jakie zadania z zakresu e-administracji powinny być realizowane na poziomie regionalnym, a jakie na poziomie centralnym”.

Relacjonowany materiał sygnalizuje rzeczywisty problem tworzenia systemów informatycznych przez różne ośrodki władzy centralnej lub lokalnej obok siebie i chyba obok systemu ochrony zdrowia. Wyrazem tego jest obawa, że systemy te nie będą wykorzystywane, a środki unijne zostaną zmarnowane. Wyrazem tego zapewne jest również sygnalizowana w tekście propozycja korekty ze strony MSWiA w postaci wspomnianej „linii współpracy”, a także działania CSIOZ podejmowane pod tym samym kryptonimem¹⁴.

Szukanie ratunku w środkach administracyjnych, a do takich zaliczałbym „linię współpracy”, jeżeli rozumiana miałaby być jako „wskazanie, jakie zadania z zakresu e-administracji powinny być realizowane na poziomie regionalnym, a jakie na poziomie centralnym”, powinno budzić wątpliwości, choćby dlatego, że to właśnie charakter administracyjny podejmowanych dotychczas działań ograniczał, jeśli wręcz nie wykluczał, czynnik partycypacji interesariuszy, bez którego trudno mówić o współpracy.

Są jeszcze inni aktorzy

Niestety, omawiany tekst koncentrując się na roli aktorów administracyjnych i ich strategiach, pomija na przykład Unię Europejską jako aktora nie tylko otwierającego skarbonkę, ale oczekującego w zamian partnerstwa. Aktora, który może odmówić finansowania przedsięwzięć powstających bez związku z euro-

pejskim dorobkiem w dziedzinie standardów informacyjnych odnoszących się do ochrony zdrowia.

Autor cytowanego materiału wspomina wprawdzie o świadczeniodawcach, ale raczej jako o obiektach inicjatyw informatycznych: centralnej lub regionalnych, których rola sprowadza się do uruchomienia dodatkowego kanału pieniędzy unijnych, nie zaś jako o podmiotach zdolnych do podejmowania własnych niezależnych strategii i posiadających – w świetle logiki europejskiego projektu EHR – zdolność włączania się do europejskiej przestrzeni teleinformatycznej bez pośrednictwa regionalnych lub centralnych baz danych.

Autor nie traktuje ich jako posiadających – w myśl tej samej logiki technologicznej – zdolność do uczestnictwa w procesie oddolnym wyznaczonym bezpośrednio przez europejskie standardy interoperacyjności EHR. Gdyby autor cytowanego materiału tak rozumiał groźbę zignorowania centralnych inicjatyw przez świadczeniodawców, byłbym się z nim zgodził, ale wówczas powinniśmy zadać sobie pytanie, na ile byłaby to groźba, a na ile szansa.

Autor pomija zatem taki oto scenariusz, że szpitale zaczną wdrażać technologię EHR bez pośrednictwa projektów centralnych, że europejska przestrzeń teleinformatyczna przeniknie do Polski wraz z migracją pacjentów, lekarzy, menedżerów i inwestorów, wraz z migracją myśli technicznej. Że proces ten znajdzie partnerstwo w środowisku firm teleinformatycznych średniej i małej wielkości, które znajdzie w tym partnerstwie jedną ze swoich wielkich szans.

Jest jeszcze inna technologia

Z tego punktu widzenia bez odpowiedzi pozostaje pytanie, na ile z kolei inicjatywy regionalne świadome są wyzwania technologicznego i cywilizacyjnego, jakim jest wspomniana technologia, czy wręcz filozofia EHR. Na ile podmioty te, konkurując z inicjatywą centralną, powielają ją z jej wszystkimi obciążeniami, a na ile próbują otwierać przestrzeń regionalną do uczestnictwa we wspomnianej europejskiej przestrzeni teleinformatycznej, która jest raczej siecią świadczeniodawców niż przestrzenią konfliktów władz regionalnych i centralnych w poszczególnych krajach Unii, siecią świadczeniodawców korzystających ze wsparcia na poziomie krajowym i europejskim ze strony ośrodków standaryzacji i normalizacji.

Należy bowiem zdawać sobie sprawę z tego, że zalecana w technologii EHR budowa systemu informatycznego „od dołu” nie polega na zastępowaniu kontroli centralnej kontrolą regionalną, ale na uruchamianiu procesów na poziomie świadczeniodawców i to nie przez kontrolę administracyjną czy przez przejęcie i kontrolę danych, ale przez wspólną pracę interesariuszy nad standardami przetwarzania danych i ich wdrożeniem przede wszystkim u świadczeniodawców

i pacjentów. Chodzi zatem o wdrożenie europejskich standardów EHR i udział w ich rozwoju.

Autor nie bierze pod uwagę i takiej możliwości, że pod wpływem między innymi dostrzeżonych przezeń blokad i zarysowującego się impasu pojawi się możliwość restrukturyzacji strategii informatyzacji ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań skutecznie realizowanych na przykład w Danii i Szwecji. Są one wyrazem doświadczeń i diagnoz sformułowanych w europejskim programie EHR-Implement, łączą wdrożenia systemu w trybie „z dołu do góry” z rzeczywistą nie markowaną tylko partycypacją interesariuszy, jako warunkiem zapewnienia całemu procesowi jednolitych standardów i wspólnej logiki.

Zatem: nie arbitralność, reglamentacja administracyjna czy centralizacja danych, ale wspólne standardy, partycypacja interesariuszy, wdrożenie w trybie „z dołu do góry”, trzymanie danych możliwie blisko miejsca ich powstawania lub miejsca odpowiedzialności za nie. Zatem: każdy element projektu i cały projekt bezpośrednio powiązany z pytaniem o cel, a celom przypisane wskaźniki.

Brak pieniędzy z pieniędzy

Autor zauważa, że zastrzyk pieniędzy unijnych skierowanych na finansowanie ogólnopolskiej, a zapewne w jakimś stopniu i regionalnych platform przesyłania, gromadzenia i prezentacji danych medycznych powoduje brak równowagi w postaci dodatkowego braku pieniędzy. Niedobór staje się jeszcze bardziej dotkliwy, gdyż platformy te, żeby funkcjonować, wymagają partnerstwa szpitali, spośród których tylko niewielka część przygotowana jest do takiej współpracy technicznie i finansowo. Przygotowanie takie wymaga nakładów porównywalnych z tymi, które kierowane są na przedsięwzięcia centralne. Szansę autor upatruje w realnym i praktykowanym, a często wspieranym przez samorządy regionalne finansowaniu modernizacji systemów informatycznych w szpitalach również za pieniądze unijne.

Autor pisze o dwóch modelach finansowania placówek ochrony zdrowia, które ukształtowały się w obliczu, jak to określa, „braku resortowej strategii finansowania informatyzacji szpitali” oraz przy wielkim strumieniu środków skierowanych na projekt centralny.

Owe dwa modele to, zdaniem autora: model finansowania systemowego – „za pośrednictwem zintegrowanego projektu dla wybranych zakładów opieki zdrowotnej w regionie na podstawie ściśle określonych zasad i kierunków, oraz drugi model – finansowanie indywidualne na podstawie projektów opracowywanych przez zakłady i zgłaszanie ich w konkursach ogłaszanych przez instytucje wdrażające, z których autor wymienia urzędy marszałkowskie, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości.

Zwykle gdy inwentaryzujemy problemy, umawiamy się, że pieniądze nie są problemem. Wiemy bowiem, że są propozycją rozwiązania i to nie zawsze kluczową. Czasem stwarzają problem.

„Wspólny mianownik” bez wspólnego języka

Relacjonowany materiał jest – moim zdaniem – przykładem zjawiska obserwowanego w Polsce szerzej, a polegającego na traktowaniu kwestii informatyzacji jako problemu administracyjnego. Strategia rozumiana jest jako pomysł na administracyjną koordynację inicjatyw lokalnych i regionalnych z ośrodka centralnego. Mowa tu o bezpośredniej ingerencji centralnego koordynatora w prace koncepcyjne i organizacyjne odbywające się na poziomie regionalnym. Czyli o kontroli administracyjnej, a nie o promocji europejskich standardów EHR. Dynamika lokalna traktowana jest jako zagrożenie i w konsekwencji tym zagrożeniem się staje.

System informatyczny ma być scentralizowany i traktowany jako element systemu administracyjnego. Głównym środkiem oddziaływania mają być kompetencje administracyjne oraz kontrola zasobów poprzez ich posiadanie – centralna baza możliwie wszystkich danych (w wersji regionalnej – regionalna baza danych).

Nic też dziwnego, że tak rozumiana strategia wyraża się nie w lokalizowaniu i rozładowywaniu napięć, barier i kontrowersji w miejscu powstawania danych i w miejscu ich wykorzystywania. Nie w uelastycznianiu systemu jako całości, a systemu informatycznego w szczególności, ale przeciwnie – wyraża się w budowaniu ograniczeń i usztywnień – w szczególowej konkretyzacji rozwiązań dotyczących architektury systemu i w przesądzeniu z góry o miejscu przechowywania danych i ich koncentracji, traktowaniu w ostatniej kolejności lub wręcz pomijaniu kwestii: czy, komu i jak potrzebne są te dane. Ilustracją tego ostatniego może być tak frustrująca uczestników systemu ochrony zdrowia pozorowana i przeciągana dyskusja wokół strategii i planu informatyzacji oraz wokół projektu ustawy materii tej dotyczącej.

Prowadzi to do oderwania procesów informacyjnych od procedur klinicznych oraz od procedur rozliczeniowych i zarządczych. Do zastępowania wykorzystywania danych ich posiadaniem. Nie ma miejsca na wątpliwości pacjentów i lekarzy. Nie ma miejsca na pytanie, jak przebudować układ instytucjonalny tak, żeby mógł się w nim wyrazić interes tych właśnie środowisk, przecież zainteresowanych jakością dokumentacji medycznej.

Nie zgadzając się na podejście autora do kwestii przyczyn oraz konsekwencji sygnalizowanego kryzysu związanego z informatyzacją systemu ochrony zdrowia w Polsce, zgadzam się z samą konstatacją, że kryzys taki ma miejsce i polega na, mówiąc w skrócie,

wzajemnym nieskoordynowaniu projektów informatycznych podejmowanych na poziomach od lokalnego do centralnego.

Przyczyny i skutki kryzysu nie sprowadzają się, moim zdaniem, do kwestii administracyjnych. Przejmowanie danych i ich kontrola nie jest środkiem zaradczym. Wprawdzie brak pieniędzy nie jest problemem, ale można się zastanowić, czy to nie pieniądze bardziej stwarzają, niż rozwiązują problem. Ten układ nieporozumień zasilany jest przecież środkami unijnymi.

Wspólnym mianownikiem nie jest niestety linia współpracy. Wspólnym mianownikiem są środki unijne i brak wspólnego języka. A powinno być inaczej: środki unijne i wspólny język. Wspólnym mianownikiem jest brak interoperacyjności nie tylko w sensie technicznym, ale przede wszystkim w sensie społecznym – brak wspólnego języka, brak komunikacji. Brak współpracy i konflikt, brak zaufania i stawianie partnerów wobec faktów dokonanych.

Przyczyną opisanego stanu rzeczy jest, moim zdaniem, mechanizm następujący. Konkurujące ze sobą projekty centralny i regionalne korzystają mianowicie ze środków unijnych, o które konkurują. Stojące za tymi projektami instytucje, uzyskawszy wspomniane środki, znalazły się niejako automatycznie w konflikcie z otoczeniem, z którym ani nie uzgadniały swoich starań o te środki, ani zamiarów, co do ich wykorzystania. Nie uzgadniały, ponieważ konkurowały. Chroniąc swą rolę jedyne go gestora tych środków, starały się nie dopuszczać interesariuszy do udziału w formułowaniu założeń prowadzonych przez siebie projektów dla zagwarantowania sobie również w przyszłości pełnej kontroli nad ich realizacją. Tyle, że właśnie wtedy zaczynają się problemy.

Partycypacja, ale nie bez metody

Ten kryzys nie jest czymś nowym i niespotykanym. Ale przypomnijmy: standardem unijnym są nie tylko, skądinąd ignorowane, informatyczne normy interoperacyjności w rodzaju EHR (GEPJ i jej polski odpowiednik PN-EN13606). Szeroko rozumianym standardem unijnym jest styl prowadzenia polityki odwołujący się do zasady partycypacji interesariuszy. Istnieją wypróbowane techniki zapewniania tej partycypacji stanowiące odpowiedź na sytuacje podobne do tej, z którą mamy do czynienia w Polsce, będące doświadczeniem znanym w całej Europie¹⁵.

Jeżeli hasło „linia współpracy”, „warsztaty” czy „biały szczyt” lub „medyczny okrągły stół” nie odwołują się do żadnej z tych metod, to hasło „współpraca” maskuje tylko brak współpracy.

Jeśli mowa o metodzie, to można wskazać konkretne kryteria pozwalające odróżnić procedury uwzględniające rzeczywistą partycypację interesariuszy od manipulacji. Oto najważniejsze z nich:

- **Zapraszający:** zapraszać nie może jeden z interesariuszy, ale osoba usytuowana ponad ich układem instytucjonalnym i dysponująca tak wielkim autorytetem, że żaden z zaproszonych do współpracy nie odmówi uczestnictwa, co więcej sam osobiście weźmie udział w pracy, nie wyręczając się zastępstwem – osobą niemającą głosu decydującego w jego instytucji czy organizacji. Jeśli zapraszać będzie któryś z interesariuszy, to on właśnie zakłóci pracę, nie wszyscy zechcą wziąć udział, a wynik nie będzie wiarygodny.
- **Niezależny moderator.** Żaden z interesariuszy ani też wymieniony wyżej autorytet zapraszający nie może kierować pracą. Prowadzącym powinien być kwalifikowany i doświadczony moderator.
- **Odpowiednia i sprawdzona metoda,** jako przeciwieństwo improwizacji.
- **Wszyscy interesariusze:** w pracy muszą wziąć udział wszyscy interesariusze, inaczej wynik będzie fałszywy. Wszyscy to znaczy również ci, którzy dysponują opinią niezgodną z pozostałymi, którzy mają moc jedynie blokującą, oraz ci, których interes jest odmienny od interesu pozostałych. Ci, którzy nie tylko nie zgadzają się z zapraszającym, ale bez zaproszenia stanowiącego swego rodzaju propozycję nie do odrzucenia nigdy nie spotkaliby się z pozostałymi.
- **Wspólna praca.** Zasada wspólnej pracy zakłada uczestnictwo w całym procesie od początku do końca. Jest gwarancją wzajemnego zaufania, identyfikacji z wynikiem (zwykle wspólną strategią) i osobistą odpowiedzialnością za jego wdrożenie.

Celem procedury partycypacyjnej jest przełamanie impasu związanego z dezorientacją decydentów wobec

zagadnienia złożonego technicznie, angażującego mało czytelny układ interesariuszy, będącego przedmiotem sprzecznych ekspertyz. Wynikiem jest konsensus interesariuszy – nie kompromis. Procedura pozwala uruchomić całą wiedzę i kompetencje uczestników. Co więcej, jest źródłem dodatkowej wiedzy i dodatkowych kompetencji, nowych i zaskakujących dla samych uczestników – efektu synergii zarówno na etapie budowania strategii, jak i jej realizacji. Wprawdzie na różnych etapach pracy szeroko wykorzystuje ekspertyzy, jest jednak alternatywna w stosunku do procedury eksperckiej. Ta ostatnia opiera się na zaufaniu do kompetencji eksperta, ale wymaga zwykle uciążliwych procedur perswazyjnych w stosunku do interesariuszy kładących na stół „swoich ekspertów” i „swoje ekspertyzy”. „Okładanie się ekspertyzami” trudno zakończyć, a jeśli – jest to kompromis zwykle wymuszony i chwiejny, nigdy konsensus.

Wypróbowane procedury partycypacyjne przebiegają według schematu: od szczegółu do ogółu. Elementami procesu są kolejno: identyfikacja problemów, określenie celów, przyporządkowanie celom wskaźników, określenie zadań, terminów i nakładów. Wynik jest konkretnym zobowiązaniem wiążącym uczestników. Związani doświadczeniem wspólnej pracy, doświadczeniem osiągnięcia konsensusu w ważnych, choć niekoniecznie we wszystkich dziedzinach, czują się zdolni do realizacji przyjętej strategii w ramach swoich kompetencji. Wynik pracy jest faktycznym, a nie formalnym zobowiązaniem, które uczestnicy podejmują się przekształcić w wyraźnie określony zestaw działań.

Procedura jest sprawdzona, służy w Europie do rozwiązywania zadań o podobnej skali i znaczeniu. ■

Przypisy

¹POIG 7-1 (P1) „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”;

<http://www.csioz.gov.pl/poig.php>

²K. Nyczaj. Czy uda się plan wielkiej informatyzacji? Kluczowe znaczenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Służba Zdrowia nr 25-29 (3926-3930), 5 kwietnia 2010.

K. Nyczaj. Wspólny mianownik. Strategie informatyzacji zakładów ochrony zdrowotnej. Menedżer Zdrowia 3/2010.

Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych” <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

³K. Nyczaj. Czy uda się plan wielkiej informatyzacji? Kluczowe znaczenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Służba Zdrowia nr 25-29 (3926-3930), 5 kwietnia 2010, por. Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych”, <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

⁴K. Nyczaj jw., Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych” <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

⁵K. Nyczaj jw., Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych”, <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

⁶Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych”, <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

⁷K. Nyczaj jw., Ernst & Young „Współpraca z podmiotami realizującymi inicjatywę z obszaru e-Zdrowie na szczeblu regionalnym”. (PDF) Warszawa CSIOZ, 21 stycznia 2010, w „Informacja o warsztatach projektowych”, <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=23>

⁸POIG 7-1 (P1) „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. Informacje ogólne o projekcie: http://www.csioz.gov.pl/src/files/P1_informacje.pdf

⁹Dodajmy, że istnieje również zasada konkurencyjna: nie koncentrować danych bez wyraźnej potrzeby i trzymać je możliwie blisko miejsca, gdzie powstają i są wykorzystywane.

¹⁰K. Nyczaj jw.

¹¹K. Nyczaj jw.

¹²K. Nyczaj jw.

¹³K. Nyczaj. Wspólny mianownik. Strategie informatyzacji zakładów ochrony zdrowotnej. Menedżer Zdrowia 3/2010.

¹⁴CSIOZ. Materiały z Warsztatów Projektowych w dn. 12 kwietnia 2010 r., <http://www.csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=32>

¹⁵Interactive Community Planning. ZOPP: Goal Oriented Project Planning, <http://web.mit.edu/urbanupgrading/upgrading/issues-tools/tools/ZOPP.html>, Zielorientierte Projektplanung (ZOPP), http://www.sv-reader.de/inhalt/5_handerkszeug/510_zielorientierte_projektplanung_zopp/ Konsultatywa, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=9> oraz <http://www.konsultatywa.pl/>