

Karta Specjalisty Medycznego – kandydat do Ig Nobla

Na opak

Nazwa „Ig Nobel” to gra słów. Pochodzi od angielskiego *ignoble* (niegodziwy), a wyróżnienia mają być przeciwieństwem dostojnych Nagród Nobla i przyznaje się je za prace naukowe, które „najpierw śmieją, a potem skłaniają do myślenia” oraz „odkrycia, które nie mogą lub nie powinny być powtarzane”. Antynobele są wręczane co roku na Uniwersytecie Harvarda w tym samym czasie, gdy swoich laureatów honorują członkowie Królewskiej Szwedzkiej Akademii Nauk. Na takie wyróżnienie zasługuje pomysł wprowadzenia Karty Specjalisty Medycznego.



fot. 123RF

W intencji twórców nagrody Antynobel miał być przyznawany za kontrowersyjne prace naukowe, w których zastosowano rzetelną metodę naukową, lecz sam ich przedmiot był, delikatnie mówiąc, wątpliwy. Powszechnie jej laureatów uważa się za twórców największych pseudonaukowych bzdur. W kinematografii odpowiednikiem Ig Nobla są Złote Maliny, wręczane twórcom i aktorom najgorszych filmów, w opozycji do rozdawanych równolegle Oscarów.

Ig Noble przyznawano dotychczas za tak epokowe odkrycia, jak badanie roli przekleństw w organizacjach

czy ekstrahowania aromatu wanilii z krowich odchodów. Są wśród nich polonika, np. nagroda w dziedzinie ekonomii za badanie związków daty śmierci z podatkiem od spadków. Są i nagrody z dziedziny medycyny, jak badania potwierdzające, że drogie placebo jest skuteczniejsze od taniego.

Pomysł NFZ na nagrodę

W lutym Małgorzata Gałązka-Sobotka, członek Rady NFZ, poinformowała publicznie o nowej inicjatywie, która już wkrótce ma doprowadzić do uporząd-

kowania i uszczelnienia systemu poprzez monitorowanie udzielania świadczeń. Owo „wkrótce” oznaczało początek 2014 r., bo tyle mają potrwać prace nad nowym systemem informatycznym. Rewelacją tą, stanowiącą wytwór zbiorowej świadomości NFZ, jest Karta Specjalisty Medycznego (KSM). Ten epokowy pomysł, chociaż nie jest sam w sobie pracą naukową, powinien zostać zgłoszony do nagrody Ig Nobla lub jej odpowiednika w dziedzinie wypocin biurokracji. Także w tym wypadku idea ma pozory słuszności, bo można przecież znaleźć odpowiedniki kart w innych krajach europejskich. Ba, jak twierdzi prezes NRL dr Maciej Hamankiewicz, trwają podobno prace nad stworzeniem europejskiej karty specjalisty medycznego.

Całkiem duża część populacji, zwłaszcza związanej z systemem opieki zdrowotnej, głowi się nad metodami przepływu informacji w tymże systemie. Z jednej strony dyskutuje się o potrzebie niezbędnych do jego funkcjonowania narzędzi informatycznych, z drugiej komentowana jest nieudolność w ich wprowadzaniu. Najświeższe newsy dotyczą wstrzymania unijnego finansowania projektów platform informatycznych realizowanych przez CSIOZ z racji, delikatnie mówiąc, nieprzejrzystości w wydatkowaniu tychże funduszy. Z kolei Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji informuje, że za drobne 10 mln zł wprowadzi do jesieni system informatyczny identyfikujący ubezpieczonych. I wiedząc, że olbrzymie kwoty wydaje się na tworzenie systemu mającego rejestrować zdarzenia medyczne, w tym samym czasie NFZ informuje, że zrobi to samo, tyle że od drugiej strony. Pewnie też za jakies drobne pieniądze, jak w wypadku inicjatywy MAiC.

Korzyści z sensownego wprowadzenia karty

Trzeba jednak przyznać, że Karta Specjalisty Medycznego to rozwiązanie ciekawe, bo umożliwi np. rejestrowanie wykonywanych przez profesjonalistę czynności medycznych. Pozwolić to ustalić, czy specjalista ma wyłącznie uprawnienia do wykonywania specyficznych czynności, czy także praktykę. Można sobie także wyobrazić, że karta będzie swoistym kluczem do systemu, za którego pomocą specjalista medyczny loguje się i uzyskuje zakres informacji, na jaki pozwalają mu uprawnienia zapisane na karcie. Dzięki niej mógłby znajdować informacje potrzebne np. do prac naukowych, do udokumentowania swych umiejętności czy zdobywać dane o pacjentach potrzebne do ich leczenia. Tyle że takie rozwiązania mają sens, jeżeli istnieje sprawny system informatyczny, z którego specyficzne dane mogą być zapisywane na karcie lub za jej pomocą odczytywane. No i oczywiście wtedy, kiedy karta jest narzędziem służącym specjalistcie, a nie płatnikowi.

Czy takie, jak opisano wyżej, mają być według NFZ zadania KSM?

Karta kontrolerem lekarza – ale nie tylko

Najważniejszą ideą informatycznego systemu rejestrującego zdarzenia medyczne jest stworzenie indywidualnych kont pacjenta, na których byłyby rejestrowane wszystkie wykonane na jego rzecz czynności medyczne. Konta te istniałyby w systemie, ale także na indywidualnych kartach ubezpieczenia zdrowotnego.



foto: I23RF

„ Nagrody Ig Nobla przyznawano dotychczas za tak epokowe odkrycia, jak próby ekstrahowania aromatu wanilii z krowich odchodów ”

Pozwalałoby to na monitorowanie tych czynności, uniknięcie ich wielokrotnego wykonywania czy poli-pragmazji. Przede wszystkim jednak dzięki zapisom na karcie każdy lekarz, z którym pacjent się styka, miałby dostęp do pełnej informacji. Dopiero z wszystkich tych indywidualnych kont miały pochodzić dane zagregowane dotyczące populacji, grup wiekowych, grup płci itp. Według tej idei dostarczycielem danych miał być pacjent – informacje o udzielanych mu świadczeniach miały być gromadzone w systemie i na jego karcie. Takie rozumienie informatyzacji systemu miało pozwolić na stworzenie platformy do zbierania danych o zdarzeniach medycznych pozwalających na ogląd wszystkich wykonywanych procedur medycznych w całej populacji, ale przede wszystkim na bieżący wgląd we wszystkie czynności wykonane u danego pacjenta. Upraszczając te dywagacje – pożądana platforma służyłaby do zbierania potrzebnych lekarzom danych o pacjencie, a także pozwalała na kontrolę prawidłowości ordynacji bądź eli-

minowanie niepotrzebnych świadczeń. Oszczędności systemowe miały wynikać z ograniczenia przez lekarzy dublowania świadczeń, uniemożliwienia raportowania świadczeń niewykonanych, ale także zebrania realnych danych epidemiologicznych.

Z drugiej strony

Tymczasem NFZ „swoją” kartę rozumie w inny sposób. Według informacji przekazanych przez Małgorzatę Gałążkę-Sobotkę (członka Rady NFZ, czyli poważną osobę), ma ona być narzędziem kontroli wykonywanych przez specjalistę procedur, włącznie z ordynacją leków. A to całkowicie zmienia sens projektu.



for. iStockphoto

„ Fundusz próbuje stworzyć Wielkiego Brata, który będzie kontrolować każdego specjalistę medycznego ”

Pomysł NFZ należy rozumieć w ten sposób, że na KSM będą gromadzone dane o świadczeniach udzielonych pacjentowi, przez co oferująca je osoba „podpisze się” w systemie pod wykonanymi czynnościami. Z kolei można się domyślać, że świadczenia rozliczane przez NFZ będą wymagały potwierdzenia ich wykonania w systemie za pomocą karty. W takim kontekście także sama nazwa Karta Specjalisty Medycznego nie będzie dotyczyć tylko lekarzy, chyba że fundusz nie ma zamiaru rejestrować zdarzeń wykonywanych przez innych specjalistów, np. rehabilitacji, protetyki stomatologicznej itp.

Gdyby takie było zadanie karty, to oznaczałoby, że fundusz nie widzi potrzeby stworzenia narzędzia informatycznego mającego wesprzeć pracę specjalistów

medycznych poprzez przekazanie im jak najszerszej wiedzy o pacjencie, w granicach dla nich dopuszczonych. W zamian próbuje wprowadzić Wielkiego Brata, który będzie pilnować „właściwego wydatkowania funduszy publicznych” czy mówiąc bardziej bezpośrednio – kontrolować każdego specjalistę medycznego.

Wenecka metoda

Długo się zastanawiałem, do czego może służyć funduszowi wprowadzenie Karty Specjalisty Medycznego w proponowanej formie. Teoretycznie, jeżeli miałyby być jedynym narzędziem sprawozdawczym systemu NFZ, można by ten system spokojnie oszukiwać, tworząc fikcyjne świadczenia, których nie można by weryfikować poprzez brak zapisów na indywidualnym koncie pacjenta. Trudno uwierzyć, że kontrolerzy NFZ ankietowaliby pacjentów, czy wykonano u nich świadczenia zapisane na karcie. Zwłaszcza że już teraz mogą to robić na podstawie sprawozdań rozliczeniowych składanych przez świadczeniodawców. Z kolei, jeżeli jakimś cudem CSIOZ zdoła stworzyć swoje platformy, dane te i tak będą dostępne w systemie. I doznałem olśnienia. Zrozumiałem, że płatnik publiczny jest głównym księgowym naszego systemu opieki zdrowotnej i myśli jak typowy księgowy.

Kiedy, bodajże w XIV w., wymiana gospodarcza posunęła się tak daleko, że pojawiły się kłopoty z prowadzeniem rzetelnej rachunkowości, weneccy kupcy wymyślili obowiązujący do dziś kanon – zasadę podwójnego zapisu księgowego, ujmującą zjawiska gospodarcze ze strony wierzyciela i dłużnika. Taki zapis pozwalał na samokontrolę ksiąg rachunkowych i minimalizował możliwość błędów.

Można się zatem domyślać, że intencją NFZ była taka właśnie „wenecka metoda” rejestrowania wykonanych u pacjentów czynności medycznych w podwójnym zapisie: ze strony pacjenta przez system CSIOZ i ze strony specjalisty przez system funduszu. No i za to właśnie nominowałbym NFZ do nagrody Ig Nobla bądź jakiegokolwiek jej ekwiwalentu.

Realizacja takiego pomysłu w zasadzie nie przyniesie żadnych korzyści poza jedną. Załóżmy, że w ogóle powstanie platforma CSIOZ, choć obawy dotyczące realizacji projektu z każdym miesiącem są poważniejsze. Wszystkie dane potrzebne NFZ znajdowałyby się na tej platformie i dane z Karty Specjalisty Medycznego wyłącznie by je dublowały. Ale, jeżeli rejestrowano by niezgodność pomiędzy danymi z obu systemów, to byłby idealny powód do podważania zasadności finansowania świadczeń. Wenecka metoda pozwalałaby NFZ na uzyskanie automatycznych oszczędności. A jak z kolei można sądzić, powszechna w naszym kraju niefrasobliwość, nieobca także specjalistom medycznym, powodowałaby duże niezgodności w raportowaniu, zwłaszcza na wczesnym etapie. Jeżeli zaś projekt CSIOZ by upadł (może w NFZ wiedzą więcej niż my?), stworzo-

no by – kalekie, bo kalekie, ale narzędzie informatyczne potrzebne Funduszowi. Co z tego, że pacjent i specjalista medyczny by z niego nie korzystali?

Kto za to zapłaci?

Wszyscy jesteśmy lekko zaniepokojeni, że prace w CSIOZ nad ogólnopolskim systemem informatycznym nie posuwają się zbyt szybko. Także doniesienia o nieprawidłowościach w pracy centrum czy zagrożeniu wycofania finansowania przez UE każą wątpić w sukces projektu. A kosztuje on setki milionów złotych, niezależnie od tego, że jego niewykonanie powoduje straty setek milionów złotych każdego roku.

Wygląda na to, że w sukces wątpią już nie tylko obywatele, lecz także publiczne instytucje. Wszak kolejnym kosztownym rywalem NFZ w walce o Ig Nobla jest Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, w trybie pilnym tworzące aplikację (niezależną od systemu powstającego w CSIOZ) pozwalającą na dostęp świadczeniodawców do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Za 10 mln zł ministerstwo konstruuje system, z którego – z uwagi na brak narzędzi informatycznych – nie będą mogli powszechnie korzystać świadczeniodawcy, chyba że zakupią dodatkowe oprogramowania. Na dodatek przy okazji budowania systemu pozwalającego na dostęp do CWU okazało się, że sam wykaz ma niewiele wspólnego z rzeczywistością. Wystarczy przypomnieć, że w wykazie brakuje ponoć 1,3 mln dzieci, których rodzice nie zgłosili do ubezpieczenia. Może dzięki two-

„ Płatnik publiczny jest głównym księgowym naszego systemu opieki zdrowotnej i myśli jak typowy księgowy ”

zeniu aplikacji dojdzie do uporządkowania CWU, co samo w sobie będzie wartością, ale w takim razie na jakiej podstawie dotychczas fundusz weryfikował ubezpieczonych?

Opisane wyżej problemy pokazują, jak brak podstawowego narzędzia informatycznego generuje bałagan i niepotrzebne koszty. Odpowiedzi wymagają jednak pytania – dlaczego przez tyle lat tego narzędzia nie stworzyliśmy, dlaczego nikt nie odpowiada za nieudolne działania CSIOZ, dlaczego za niemałe pieniądze tworzone są kolejne narzędzia będące protezami nieistniejącego systemu. Tych „dlaczego” jest znacznie więcej.

Wprowadzenie Karty Specjalisty Medycznego jest kolejnym kosztownym przedsięwzięciem, które ma zastąpić system w części potrzebnej Funduszowi. Tylko czy nas stać na realizację takich projektów, zwłaszcza że nie rozwiązują najważniejszych problemów?

Maciej Biardzki

Pierwsze w Polsce wytyczne dotyczące terapii wysiękowej postaci AMD lekiem Lucentis® (ranibizumab)

Zespół lekarzy retinologów we współpracy z Polskim Towarzystwem Okulistycznym opracował wytyczne dotyczące terapii wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) lekiem Lucentis® (ranibizumab). Algorytm postępowania stanowi pierwsze wytyczne dotyczące terapii AMD ranibizumabem w Polsce i zbliża krajowe terapie do standardów międzynarodowych.

Wytyczne zostały przygotowane przez zespół szesnastu okulistów reprezentujących piętnaście najważniejszych ośrodków retinologicznych z całego kraju. Dokument to efekt ponad pięciu lat doświadczeń klinicznych

w stosowaniu preparatu Lucentis® przez polskich okulistów. Opracowywanie tego typu standardów postępowania jest powszechne na całym świecie, dlatego też pierwsze wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego dla ranibizumabu należy uznać za istotny zwrot w terapii wysiękowej postaci AMD.

Wytyczne dotyczące leczenia wysiękowej postaci AMD lekiem Lucentis® (ranibizumab) przedstawione są w praktycznej i skondensowanej formie przewodnika, składającego się z ośmiu części dotyczących diagnostyki, kryteriów włączenia i wyłączenia z leczenia, jego fazy wstępnej, monitorowania pacjenta, kryteriów kontynuacji terapii, jej zawieszenia oraz przerwania. Dokument zawiera więc zbiór praktycznych informacji, których lekarze nie znajdują w charakterystyce produktu leczniczego. Wytyczne są udostępnione na stronie wydawnictwa *Okulistyka* (www.okulistyka.com.pl).