

Porażki i sukcesy informatyzacji ochrony zdrowia w Niemczech



Jak po grudzie

Fot. iStockphoto

W Niemczech federalny gabinet zatwierdził ustawę, w myśl której tak zwany system elektronicznej karty zdrowia ma zacząć działać od 1 czerwca 2018 r. Informatyzacja ochrony zdrowia w RFN wcale nie jest pasmem sukcesów, to przeplatanka wzlotów i upadków. Możemy na swój użytek wyciągać wnioski i z jednych, i z drugich.

Karta, zwana gdzie indziej kartą chipową czy *smart-card*, która pozwala zapamiętać i modyfikować dane pacjenta, a także w coraz szerszym stopniu przetwarzać te dane, ma w Niemczech długą i kontrowersyjną historię – od 2002 r., kiedy to została po raz pierwszy zaproponowana. Niemiecki minister zdrowia powiedział teraz, po trzynastu latach: „Najwyższy czas, żeby skoncentrować naszą uwagę na pacjencie i korzyściach dla niego płynących z karty elektronicznej”.

Prace nad wdrożeniem systemu karty elektronicznej rozpoczęto w 2004 r. z terminem zakończenia w 2006 r. Nie udało się tego osiągnąć. Co więcej, w 2009 r. prace ponownie zatrzymano za sprawą oporu lekarzy.

Podobieństwa i różnice

Dostrzegamy podobieństwa. Opór środowiska lekarzy i niknący – wbrew deklaracjom i pięknym złudzeniom – interes pacjenta. Kryją się za tym zapewne

„W Polsce zrezygnowano z systemu punktacji. Posługiwano się skądinąd oczywistym, ale w tym wypadku stanowiącym tylko pretekst argumentem, że Polska to nie Niemcy”

kłopoty z partycypacją interesariuszy. Jest to tym ciekawsze, że w Europie właśnie Niemcy są traktowane jako najsilniejszy i najbardziej zaawansowany rzecznik procedur partycypacyjnych. W przeciwieństwie do Polski w Niemczech wysiłki polityczne są koncentrowane na rozwiązaniach funkcjonujących w rozproszeniu, u podstaw systemu, z myślą, jak się wydaje, o wdrożeniu prowadzonym w trybie z dołu do góry. U nas elektronicznej karcie pozwala się od przeszło dziesięciu lat usychać, choć fakt, że mimo to funkcjonuje tak długo, potwierdza jej przydatność, nawet jeśli w tej sytuacji nie jest to rozwiązanie tak rozwijane, jak miało to być pierwotnie.

Podobnie jak w Polsce, w Niemczech niewiele się mówi o standardach interoperacyjności i obsłudze leczenia w rozumieniu normy EN 13606 odnoszącej się do hasła „system EHR” czy „open EHR”. Podkreśla się jednak, że niemiecka elektroniczna karta pacjenta ma funkcjonować w środowisku otwartym, w którym problem interoperacyjności będzie rozwiązany.

Z cudzych doświadczeń

Czy doświadczenia innych krajów mogą nam pomóc? Na przykład niemieckie? Można mieć poważne wątpliwości. Wystarczy przypomnieć sobie reformę z lat 90. Przeróbka pierwotnego projektu kas chorych, tak zwanego prezydenckiego, który stanowił konsekwentną, logiczną propozycję, odwołującą się do modelu niemieckiego, była serią grzechów pierworodnych, których konsekwencje wciąż są naszą zmorą. Na przykład przedstawiciele organów założycielskich wprowadzono do rad kas, co skutkowało konfliktem interesów przy kontraktowaniu świadczeń. Zrezygnowano z funkcjonującego w Niemczech systemu punktacji, który można było spokojnie dostosować do warunków polskich. Posługiwano się skądinąd oczywistym, ale w tym wypadku stanowiącym tylko pretekst, argumentem, że Polska to nie Niemcy. To spowodowało gigantyczne problemy ze znalezieniem rozsądnego mechanizmu płacenia za świadczenia i było jedną z przyczyn stworzenia niezwykle kłopotliwego mechanizmu kontraktowania, który z pewnością nie był importem z Niemiec.

Zrezygnowano z partnerstwa kas chorych z organizacjami grupującymi szpitale czy praktyki lekarskie na rzecz uciążliwych i pełnych różnego rodzaju pułapek negocjacji z poszczególnymi zakładami. A to wynikało z mylnego, ale dość powszechnego przekonania, że dobry partner to słaby partner. To co nazywamy instytucjonalizacją, w wypadku Krajowego Związku Kas Chorych prowadzono wbrew logice tworzonego systemu, ku zgrozie bardziej świadomych uczestników, obserwatorów i życzliwych doradców niemieckich. Otóż zamiast powołania KZKCh przez kasy, powołano go – z obawy przed niepokornością tychże – odgórnie. Związek kas można było dzięki temu łatwo odgórnie rozwiązać, co w formie efektywnego „gestu Kozakiewiczza” uczyniono, demontując całą konstrukcję organizacyjną systemu. Pożytek z wzoru niemieckiego okazał się niewielki.

Spostrzeżenie, że Polska to nie Dania, pozwoliło zamknąć oczy na tamtejsze doświadczenia w dziedzinie informatyzacji, choć wciąż o nich mówiono. Nie skorzystano też z ostrzeżeń płynących z Francji, choć docierały do nas. Doświadczenie niemieckie w dziedzinie informatyzacji nie jest, jak w Danii, pasmem sukcesów. W przeciwieństwie do organizacji niemieckiego systemu kas chorych może być raczej przykładem radzenia sobie z niepowodzeniami. Niech zatem przyczyną zainteresowania doświadczeniami niemieckimi w dziedzinie informatyzacji pozostanie przynajmniej na razie czysta ciekawość, zanim zdobędziemy się na podsumowanie naszych doświadczeń.

Deklaracje dobrze znane

Co leży u podstaw koncepcji elektronicznej karty zdrowia w Niemczech? Deklaracja Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia Federalnego Ministerstwa Zdrowia odnosi zagadnienie e-zdrowie do wyzwań stojących przed systemami ochrony zdrowia w większości krajów rozwiniętych. Jest to wzrastająca liczba osób starzejących się i chronicznie chorych oczekujących odpowiedniej do ich stanu opieki zdrowotnej. A także fakt, że zakres informacji medycznych dotyczących pacjenta jest większy niż obszar zainteresowania poszczególnych specjalistów i zakładów ochrony zdrowia. I wreszcie jest to potrzeba zapewnienia opieki zdrowotnej mieszkańcom rejonów wiejskich i słabo rozwiniętych.

Począwszy od października 2011 r., fundusze ubezpieczenia zdrowotnego ponownie wdrażają w Niemczech e-karty zdrowotne, borykając się z podobnymi jak wcześniej problemami. Zobowiązano się, że do końca 2012 r. karty te otrzyma 70 proc. ubezpieczonych. Do końca 2013 r. mieli je posiadać wszyscy.

Cele i plany od nowa

Pod koniec 2013 r. spodziewano się rezultatów prac wspomnianej grupy roboczej do spraw e-zdrowia. Jest

to studium nad sposobem zapewnienia interoperacyjności w całej przestrzeni informacyjnej ochrony zdrowia w Niemczech. Szczęśliwie federalny charakter państwa sprawił, że nikt nie wpadł na pomysł, żeby tak jak w Polsce skazać partnerów regionalnych na arbitralne rozwiązania ministerialne. Cele e-karty określone są dość banalnie: poprawa jakości leczenia dzięki poprawie wartości informacyjnej danych medycznych, lepsza ochrona danych, zwiększenie zaangażowania pacjenta i w końcu – poprawa efektywności oraz ograniczenie biurokracji.

Projekt ustawy o zastosowaniu bezpiecznej komunikacji elektronicznej w ochronie zdrowia federalny minister zdrowia ogłosił 13 stycznia 2015 r. Dokument ten, zaakceptowany przez rząd federalny pod koniec 2014 r., został równocześnie zaprezentowany opinii publicznej. Celem jest – powtórzmy – poprawa jakości leczenia dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii komunikacyjnych. Ma to ułatwić budowa podstaw dla sieci elektronicznej łączącej serwisy informatyczne obsługujące ubezpieczycieli zdrowotnych oraz stworzenie podstaw do interoperacyjności w środowisku niezwykle licznych i zróżnicowanych systemów informatycznych funkcjonujących w niemieckiej ochronie zdrowia.

Wciąż w powijkach

Zdaniem autorów raportu, na który się powołuję, sporządzonego w styczniu 2015 r. przez renomowaną niemiecką firmę doradczą NOERR, dyskusja interesariuszy na temat informatyzacji w ochronie zdrowia w Niemczech jest prowadzona w sposób kontrowersyjny, co świadczy o tym, że zagadnienie nadal jest w powijkach.

W założeniach komentowanej ustawy ogólnoniemiecki system ma być przede wszystkim otwarty. To znaczy, że nie ma się zamykać na rozwiązaniu opartym na elektronicznej karcie zdrowia, ale dopuszczać inne rozwiązania w dziedzinie wymiany i wykorzystania danych. Ma też zachęcać lekarzy i szpitale do współpracy we wdrażaniu najróżnorodniejszych innowacji technologicznych pomocnych w leczeniu. Jak z tych zachęt i z deklarowanej otwartości skorzystać bez zmiany kontrowersyjnego i nieefektywnego sposobu dyskusji nad problemem informatyzacji?

Kij i marchewka

Planuje się zastosowanie systemu zachęt – swoistej marchewki. Od 1 stycznia 2018 r. lekarze oraz szpitale będą na przykład wynagradzani za tworzenie i wprowadzanie danych typu *emergency data*. Wcześniej, w latach 2016–2017, lekarze będą otrzymywać ryczałt 0,55 euro za każdą transmisję danych związaną z leczeniem, co ma być przedłużone w 2018 r. i w kolejnych latach. Co więcej, zapowiedziano sankcje finansowe za powstrzymanie się przed korzystaniem z karty elektronicznej. Lekarz, który nie będzie obsługiwał karty, otrzyma

” W Niemczech prace nad wprowadzeniem kart elektronicznych rozpoczęto w 2004 r. z terminem zakończenia w 2006 r. Nie udało się tego osiągnąć. Co więcej, w 2009 r. wstrzymano je z powodu oporu lekarzy ”

zmniejszone wynagrodzenie za leczenie. Oprócz marchewki pojawi się zatem kij.

W sposób systemowy, przy wykorzystaniu narzędzi elektronicznych, korygowana czy też moderowana będzie ordynacja leków u pacjentów zażywających więcej niż cztery leki jednocześnie.

Telemedyczna rewolucja technologiczna

Elektroniczna karta pacjenta, wprowadzana z trudem po nieudanych wcześniejszych próbach, traktowana jest jako pierwszy krok. Z dokumentu wynika, że sprawa wdrożenia standardów prowadzących do pełnej interoperacyjności systemów funkcjonujących w niemieckiej ochronie zdrowia jest obecnie w fazie konsultacji i uzgodnień. Najwyraźniej bodźcem mobilizującym głównych aktorów do kolejnego wysiłku był gwałtowny rozwój technologii telemedycznych, za którym nie nadąża infrastruktura i standardy komunikacyjne. Mamy więc do czynienia raczej z zainteresowaniem i potrzebami lekarzy oraz szpitali niż z potrzebami i problemami pacjentów. Tym ostatnim, nie bagatelizując korzyści płynących z dobrodziejstw telemedycyny, przede wszystkim powinna służyć elektroniczna karta zdrowia. Ta jednak wprowadzana była dotychczas w Niemczech z opóźnieniem za sprawą obstrukcji środowisk lekarskich.

Rewolucja telemedyczna, na której u nas skoncentrowała się uwaga uczestników Forum Ekonomicznego w Krynicy, mobilizuje od jakiegoś czasu w Niemczech do poważnego myślenia o interoperacyjności i wyjścia z powijkaków.

Jak widać, w Niemczech idzie jak po grudzie. Ale działają z wolna i ostrożnie, dbając, żeby efekty pojawiały się narastająco od dołu. A u nas? Wieści z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia przychodzą coraz rzadziej lub nie przychodzą. Ale – cytując Witkacego – mniejsza o to. Nadchodzą uchodźcy. Ich problemy zdrowotne mogą zaskoczyć nie tylko w Niemczech.

Wiktor Górecki