



fot. Dzik

Decyzje *spod dużego palca*

Ostatnio ktoś zapytał mnie o proces podejmowania decyzji w ochronie zdrowia i o zauważalny ostatnio *festiwal* pomysłów i projektów naprawy służby zdrowia w Polsce. Odpowiedź była krótka: wydaje się, że pomysły są przedstawiane na chybił trafił – *spod dużego palca*.

Nasi decydenci posługują się wyuczonymi hasłami – decentralizacja, sieć szpitali, koszyk. Większość z nich to projekty, które nie znajdują żadnego uzasadnienia w liczbach, danych oraz analizach. Znajomość takich elementów, jak zarządzanie informacją, jest w wielu przypadkach zatrważająca. Prawdopodobnie jest to wynik tego, że obecnie obieg informacyjny w ochronie zdrowia nie gwarantuje wiarygodności, kompletności danych i możliwości ich porównywania. Decyzje podejmowane w ochronie zdrowia nie są poparte częścią analityczną. Brak jest koordynacji i zbierania wiarygodnych danych w statystyce publicznej, dotyczących ochrony zdrowia. Braki danych związanych m.in. z koniecznością identyfikacji bazy kadr medycznych szczególnie dobitnie zostały obnażone w czasie ostatnich strajków. A przecież istnieje prosta zależność – jakość danych wpływa na jakość analiz, a ta z kolei na jakość opieki zdrowotnej. To tylko jeden z dowodów, że polscy *politycy zdrowotni* zatrzymali się w czasie. Zapomnieli, że w innych dziedzinach gospodarki do zarządzania z powodzeniem wykorzystuje się takie narzędzia, jak informatyczne systemy wspomagania decyzji, hurtownie danych czy *business intelligence*.

Hurtownie danych tworzy się np. w celu ułatwienia i przyspieszenia procesu przetwarzania danych oraz uzyskiwania niezbędnych informacji poprzez scalenie danych z różnych systemów informatycznych (ich gromadzenie i przetwarzanie). Sadzę, że szczególnie przydatny w zarządzaniu w ochronie zdrowia może okazać się *business intelligence*, którego działanie polega na monitorowaniu i analizowaniu kluczowych wskaźników za pośrednictwem kokpitów, kart wyników oraz aler-

tów. Czyż nie są to idealne narzędzia dla ministra zdrowia czy dyrektora szpitala?

Z kolei skomputeryzowane systemy wspomagania decyzji klinicznych definiuje się jako oprogramowanie, które udostępnia użytkownikowi wszystkie informacje niezbędne do podjęcia właściwej decyzji. Systemy o takim charakterze zawierają dane począwszy od informacji osiągalnych w klinice (rejestr chorób, laboratorium), poprzez wgląd w elektroniczne publikacje, książki, wytyczne z badań klinicznych, aż po dane o pacjencie (interakcje lekowe, wyniki badań, diagnozy, wypisy itp.). Może gdyby zaczęto stosować te rozwiązania, uniknęlibyśmy błędów związanych z interakcjami leków, a decyzje kliniczne byłyby podejmowane w oparciu o efektywność kliniczną i kosztową?

Rodzą się pytania. Jeżeli nie istnieją formy analizowania danych, to w oparciu o jakie informacje podejmuje się w polskich szpitalach decyzje dotyczące np. opłacalności inwestycji? Skoro nie ma skoordynowanego obiegu informacji, to jak są monitorowane zagrożenia, czy w ogóle istnieje system ich monitorowania? Wydarzenia sprzed roku – związane z pomyłką w cyklu produkcji jednego z leków – wykazały brak koordynacji przepływu informacji na najwyższym szczeblu. Wciąż nie dopracowaliśmy się również monitorowania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, nie zbiera się informacji o kolejkach oczekujących na zabiegi lub zawierają one niewiarygodne dane. Nie wspomnę już o stanie czy też braku rejestrów medycznych. Sadzę, że jakość decyzji w rodzimym systemie uwarunkowana jest również brakiem profesjonalnych polityków zdrowotnych. Może czas zastąpić ich technokratami? ■