

Rewolucja informatyczna czy chwyt marketingowy



Fot. iStockphoto Zx

Rada Ministrów przyjęła nowelizację ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Projekt jest reklamowany przez media jako rewolucja. Czy nie na wyrost?

Deklaracje Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia realizującego projekt Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) oraz komentarze mediów do najważniejszych elementów rozwiązania zaliczają Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

Cztery razy e-

Jak można przeczytać, IKP to bezpłatna aplikacja internetowa, dzięki której każdy pacjent otrzyma dostęp do swojej historii leczenia, elektronicznej dokumentacji medycznej oraz informacji o zrealizowanych usługach medycznych od momentu założenia konta. Na koncie znajdują się informacje o wystawionych e-receptach, e-skierowaniach, e-zleceniach i e-zwolnieniach oraz odbytych przez pacjenta wizytach i zabiegach. Za pomocą IKP będzie można również złożyć deklarację wyboru lekarza i pielęgniarki POZ. Dostęp do wyników badań i innych dokumentów będzie miał też lekarz. Przy czym to pacjent zdecyduje, które z nich i jakiemu lekarzowi udostępni. Elektroniczne udostępnianie dokumentacji medycznej, np. wyników badań diagnostycznych, ma uwolnić pacjentów od konieczności osobistego zgłaszania się po kopie wyników badań. Dokumenty będą przesyłane bezpośrednio między placówkami medycznymi – za zgodą pacjenta. Korzystanie z IKP przez pacjenta będzie dobrowolne. Aplikacja zacznie działać już w tym roku.

e-Rewolucja? Mówimy to chyba z przekąsem

W komentarzach nie omawia się relacji między proponowanym rozwiązaniem a funkcjonującym od kilku lat i udostępnianym przez NFZ Zintegrowanym Informatorem Pacjenta (ZIP), gdzie pacjent może między innymi sprawdzić swój status w systemie e-WUŚ oraz otrzymać informacje na temat historii i finansowania swojego leczenia. Szkoda. To nie jest oczywiście dokumentacja medyczna, ale narzędzie porównywalne w pewnym stopniu, choć zdecydowanie ograniczonym, z IKP.

Pozostałe propozycje – e-recepta, e-zlecenie i e-skierowanie – przypominają rozwiązania znane z wielu innych dziedzin życia, np. bankowości, i w tym sensie nie będą zaskoczeniem, a raczej redukcją zapóźnień budzących coraz częściej zniecierpliwienie. W wypadku rejestracji przez internet różne tego rodzaju rozwiązania często już spotykamy w szpitalach i przychodniach w całej Polsce w ramach projektów prowadzonych równoległe, zwykle za pieniądze unijne. Trudno zatem mówić o e-rewolucji inaczej niż z przekąsem.

Rzecz ciekawa – w komentarzach lekarz wymieniający jest w drugiej kolejności: „również lekarz ma dostęp do IKP”. Zauważmy, że część – i to niemała – pacjentów oraz lekarzy leczy się lub pracuje w placówkach prywatnych i nierzadko ma do czynienia z e-rozwiązaniami bardzo zaawansowanymi, nie mówiąc już o osobach mających za sobą kontakt z ochroną zdrowia

„Elektroniczne udostępnianie dokumentacji medycznej, np. wyników badań diagnostycznych, ma uwolnić pacjentów od konieczności osobistego zgłaszania się po kopie wyników badań”

w Europie Zachodniej. Tym ostatnim zapowiedź informatyzacji nie kojarzy się chyba również z rewolucją. Raczej z normalnością. Ale warto pamiętać, że czasem nie jest to najprzyjemniejsza normalność, gdy ktoś np. leczył się w Anglii. Wiemy skądinąd, że nasze projekty korzystają raczej z rozwiązań angielskich niż duńskich.

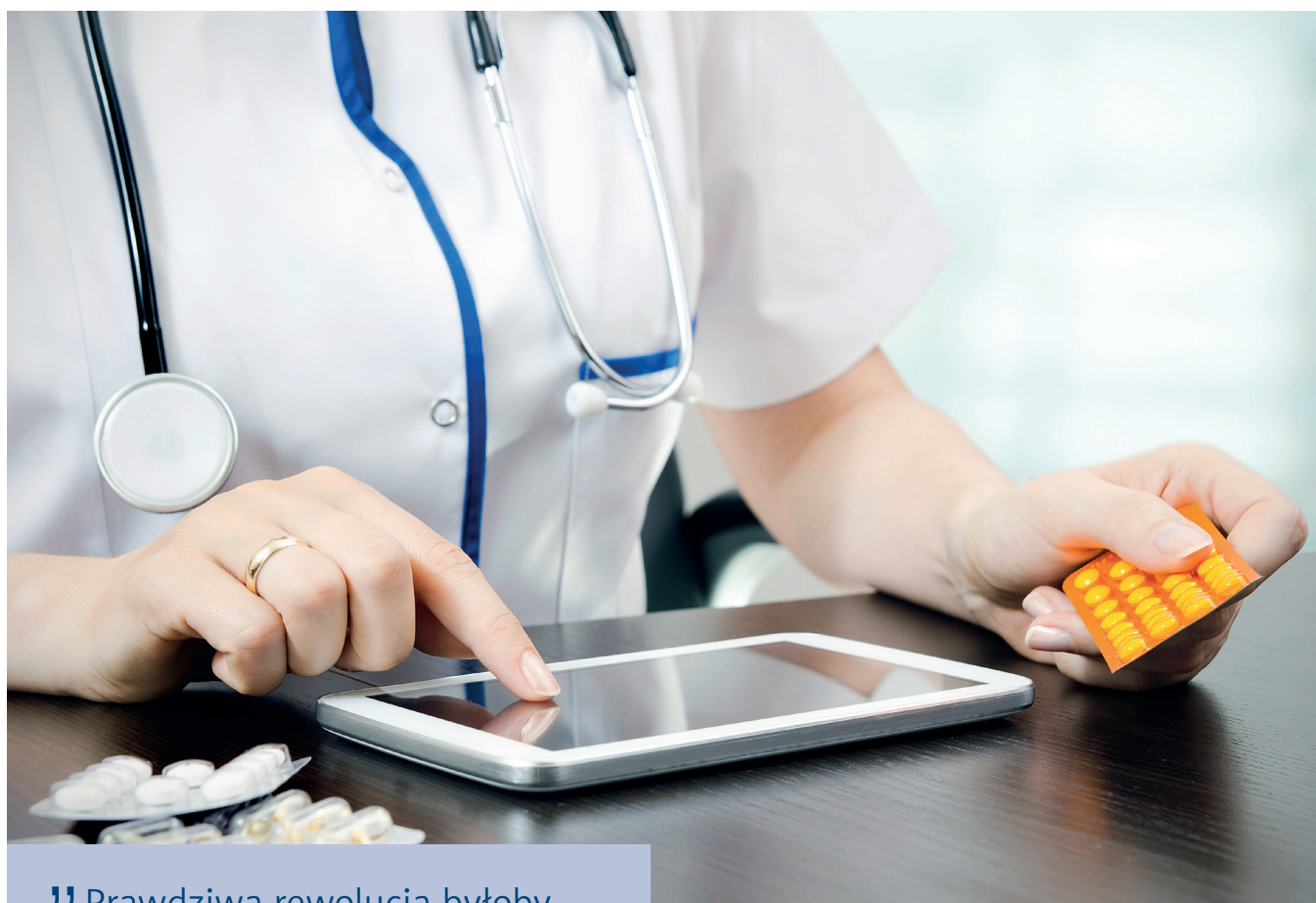
e-Rewolucja czy e-restauracja?

Jeśli mówimy o rewolucji, to zapewne o spóźnionej i trochę prześnionej. Gdy dziesięć lat temu możliwość uzyskania wielkich funduszy unijnych na informatyzację rozpalila wyobraźnię, podniecenie inicjatorów projektu P1 wzbudzała jego wielkość – „największy w Europie”, jego możliwości centralizacyjne – „wszystkie dane w jednym miejscu”, jego sprawność „śledcza” – „koniec z nadużyciami”, „pacjent nie stanie w dwóch kolejkach”. Fascynowała ponadto informatyzacja od góry – uszczęśliwianie. Bez wątplenia na siłę.

W sektorze tak zróżnicowanym organizacyjnie, rozproszonym terytorialnie i bardzo złożonym funkcjonalnie jak ochrona zdrowia, zdecydowanie mało rewolucyjne centrum bardzo sceptycznie podchodziło (i podchodzi) do politycznych narzędzi sterowania. Z lubością myślało (i myśli) o narzędziach administracyjnych – ręcznym sterowaniu. Tak też odruchowo traktowano szansę informatyzacyjną. Rzecz to nienowa. Podniecała zatem bardziej e-restauracja niż e-rewolucja. A przecież w tak szczególnym sektorze aż prosiła się rozwiązana szczególnie mu bliskie, idące od dołu, dla których informatyzacja jest szansą, gdyż w przestrzeni teleinformatycznej rewolucją wręcz cywilizacyjną są narzędzia i rozwiązania dla procesów idących właśnie od dołu. Erupcję takich rozwiązań obserwujemy choćby w internecie. Zatem rewolucją byłoby budowanie systemu od dołu, opartego na standardach budowanych często również od dołu. Rola regulatorów, czyli aktorów z poziomu centralnego, polegałaby na modelowaniu tego procesu, a nie na blokowaniu przez ręczne sterowanie i przechwytywanie kompetencji wbrew zapomnianej, jak widać, zasadzie pomocniczości.

Blokada inicjatywy

Blokada inicjatywy to jedno, a blokada wiedzy to drugie. Gdy obserwujemy u nas rozmowę o EHR,



„Prawdziwą rewolucją byłoby budowanie systemu od dołu, opartego na standardach budowanych często również od dołu”

widzimy, że dyskutantom chodzi po prostu o rekord. Gdzie tu rewolucja? Jeśli już rewolucja, to trzeba by mówić o systemie lub systemach EHR (*EHR systems*). Od strony informatycznej rewolucją jest tu Open EHR.

Obserwując rozmowę o dokumentacji medycznej dostępnej w odpowiedniej konfiguracji z każdego miejsca, można zauważyć, że dyskutantom chodzi o gigantyczny zbiornik wszystkich danych, które następnie mogą służyć na każdego w odpowiedniej dawce. Jeśli chodzi o wyobraźnię, z pewnością nie jest to rewolucja. Od strony technicznej byłibyśmy bliżej rewolucji, gdyby efekt dostępu do danych dało się osiągnąć w układzie rozproszonym, tworzonym oddolnie na podstawie jednolitych standardów.

Interoperacyjność semantyczna

Legitymizacją projektu P1 miało być uwzględnienie w nim wcześniejszego raportu diagnostycznego, w którym mowa o problemie interoperacyjności jako

kwestii kluczowej w systemie ochrony zdrowia. Od strony technicznej chodzi o standardy interoperacyjności, których ukoronowaniem jest norma EN-PN 13 606. O normie tej też się tam oczywiście wspomina. W jakimś (?) jednak momencie, w jakimś (?) gronie ustalono granice „możliwego” czy też „właściwego” dla Polski poziomu tej interoperacyjności i odpowiednio do tego przykrojono zakres wykorzystania wspomnianej normy. Było to ustalenie tak skromne, że z interoperacyjności i normy prawie nic nie zostało.

Od strony merytorycznej chodzi przecież o przetwarzanie nie tylko etykiet komunikatów, ale całej ich zawartości – treści. To jest interoperacyjność semantyczna – rewolucja w informatyce. W naszym wypadku może to dać obsługę leczenia i procedur medycznych z dokumentacją jako produktem ważnym, ale pochodnym – rewolucja w ochronie zdrowia zamiast, jak mamy otrzymać, e-dokumentacji jako zadania podstawowego z mniejszym lub większym (raczej mniejszym) ukłonem w kierunku leczenia w postaci linków do literatury. To nic innego jak reprodukcja systemu papierowego. Żadna rewolucja.

Piąte e-: e-anarchia

Dyskusję mniej lub bardziej (raczej mniej) otwartą o tym, co możliwe, a co niemożliwe, niezależnie od wymogu realizmu – bezsprzecznie chodzi tu o rzeczy

bardzo trudne – można odnieść do układu instytucjonalnego, który ma lub chce się podjąć zadania. To, co dla raczej anachronicznego układu instytucjonalnego w ochronie zdrowia na poziomie ogólnokrajowym wydaje się rewolucją przekraczającą możliwości, w innym układzie mogłoby się okazać mało ambitnym zestawem półśrodków. Bez zmiany zarządczej na poziomie ogólnokrajowym, obejmującej wszystkich aktorów, trudno rozmawiać o zmianie w dziedzinie szeroko rozumianej komunikacji, wliczając w to techniczne, a więc i elektroniczne mechanizmy informacyjne. Zamiast dość głośnego podnoszenia hasła rewolucji przydałaby się rozmowa o zarządzaniu zmianą. Ale z tym mamy kłopot. Układ instytucjonalny na poziomie ogólnokrajowym, obserwujemy to szczególnie w dziedzinie informatyzacji, nie jest czynnikiem zmiany. Odwrotnie, jest czynnikiem blokującym. Przykład informatyzacji jest o tyle znaczący, że poziom informatyzacji nie bez racji traktujemy jako jeden ze wskaźników modernizacji i innowacyjności.

Otóż już dziesięć lat temu przy zleceniu studium wykonalności dla P1 okazało się, że kluczowe dla modernizacji i innowacyjności w ochronie zdrowia zagadnienie informatyzacji zanurzone jest w skonfliktowanym układzie instytucjonalnym, gdzie konflikt CSIOZ z NFZ był pierwszoplanowy. Konsekwencją konfliktów był brak zaufania utrudniający wymianę wiedzy i współpracę. W efekcie okazało się, że główni aktorzy w ochronie zdrowia nic nie wiedzą o założeniach, a potem zawartości studium wykonalności, gdy tymczasem CSIOZ głośiło, że wszyscy nie tylko są poinformowani o treści projektu, ale wiedzą, że nie da się już w nim niczego zmienić. Byłoby naiwnością sądzić, że zawdzięczaliśmy ten stan rzeczy demonicznym właściwościom charakteru ówczesnych liderów CSIOZ. Niezależnie od przyczyn i okoliczności towarzyszących podstawową konsekwencją tego stanu rzeczy było ograniczenie ambicji projektu do możliwości samego CSIOZ, które nie tylko nie chciało, lecz także nie mogło kooperować. Główną ambicją tej instytucji stało się bardzo szybko utrzymanie kontroli nad projektem, który dotyczył praktycznie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. W efekcie każda inicjatywa była traktowana jako akt wrogi. Zamiast stymulować dynamikę pozostałych uczestników systemu – tłumiono ją. Ponieważ zdolność blokująca CSIOZ była również ograniczona, arena informatyzacji ochrony zdrowia stała się widownią nieskoordynowanych, często dublujących się projektów lokalnych i regionalnych, które z powodu braku jednolitych standardów zaczęły się rozchodzić każdy w swoją stronę. Zamiast rewolucji czai się anarchia.

Innowacyjność na poziomie centralnym

To te okoliczności instytucjonalne sprawiły, że projekt nie tylko grzęźnie pod własnym ciężarem i jedynie dzięki nadludzkim wysiłkom nowego kierownictwa

”Pozostałe propozycje – e-recepta, e-zlecenia i e-skierowania – przypominają rozwiązania znane z wielu innych dziedzin życia, np. bankowości, i w tym sensie nie będą zaskoczeniem”

zbliży się do celu, ale dodatkowo struktura benefitów, które dostarcza, odpowiada wyobraźni biurokratycznej i etatystycznej charakteryzującej dysfunkcyjny układ instytucjonalny. Będziemy mieli e-dokumentację i e-statystykę. I jeszcze IKP na otarcie łez. Do tego niepotrzebny jest system EHR, niepotrzebne są narzędzia Open EHR i standardy interoperacyjności semantycznej.

Gdyby benefity miały być adresowane do kogoś innego, przede wszystkim do pacjenta i lekarza pierwszego kontaktu – wsparcie leczenia on-line, musiałby się zmienić układ instytucjonalny. Potrzebne są struktury zdolne do kooperacji, mobilne, budowane często *ad hoc*, z przywództwem zmieniającym się odpowiednio do fazy realizowanych projektów. Potrzebna jest innowacyjność na poziomie centralnym.

Pierwszym znakiem takiej innowacyjności byłaby na przykład refleksja nad ciszą, jaka panuje nad raportem MAC w sprawie ciuciubabki konsultacyjnej, tak opresyjnej dla uczestników systemu ochrony zdrowia. Raport ten nie po raz pierwszy cytuję: „Formalny proces konsultacji bywa zwłaszcza na poziomie centralnym mało skuteczny i zostaje przesłonięty przez konsultacje nieformalne. Przebiegają one często poza procedurami i kanałami oficjalnymi, tworząc, jak określił to jeden z obserwatorów, coś w rodzaju szarej strefy konsultacyjnej. Te organizacje, które znalazły się w uprzywilejowanej pozycji i uczestniczą w branżowych ciałach konsultacyjnych przy poszczególnych ministerstwach lub których członkowie znają osobiście urzędników zajmujących się ich »działką« czy też wyrobiły sobie »dojścia« w odpowiednich zespołach sejmowych, zniechęcone »bizantyjskim«, jak go nazywają, systemem konsultacji formalnych, rezygnują z udziału w tym procesie na rzecz bezpośredniego, nieoficjalnego przekazywania swoich opinii. Powoduje to negatywną spiralę: ważne organizacje nie biorą udziału w formalnym procesie konsultacji, bo uważają to za nieskuteczne, a na skutek tego staje się on jeszcze mniej celowy”.

Blokady znajdują się na poziomie ogólnokrajowym. Życzę sobie i innym, żeby w tym momencie porzucić sympatie rewolucyjne i pomyśleć o ewolucji. Inaczej skończą się żarty i zaczną schody.

Wiktor Górecki