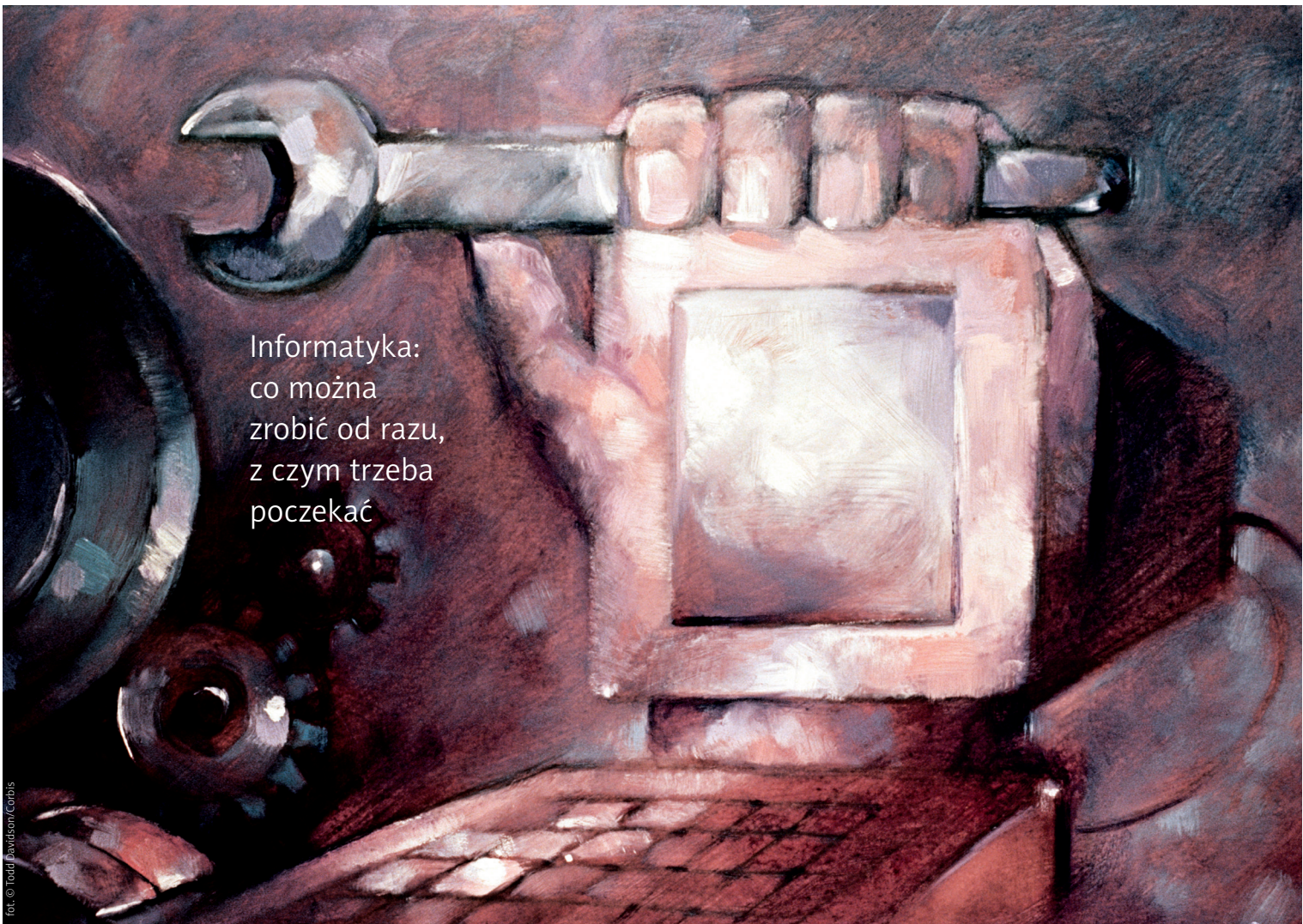


Projekt kolejkowy: kierunek – tak, ale co z informatycznym instrumentarium

Pół kroku to jeszcze nie krok

Wiktor Górecki



Informatyka:
co można
zrobić od razu,
z czym trzeba
poczekać

Organizacja ochrony zdrowia jest bez wątpienia dziedziną skomplikowaną i wrażliwą społecznie, angażuje kwestie odległe od medycyny i wymaga dodatkowych kompetencji: od informatyki, organizacji i zarządzania oraz ekonomii po najróżnorodniejsze technologie służące diagnostyce, medycynie zabiegowej, protetyce i rehabilitacji. Trzeba jeszcze pamiętać

o czynniku politycznym. To sprawia – choć mogłoby w mniejszym stopniu, że przekształcenia czy – jak lubimy mówić – „reformy” stanowią zadanie wymykające się z rąk polityków. Efekty zamierzeń są połowiczne i zaskakujące, projekty przerywane w pół drogi, założenia i cele pogubione. Diagnozy socjologiczne zgodnie sygnalizują niebezpiecznie niski i obniżający się poziom

wzajemnego zaufania wśród głównych aktorów i interesariuszy. To sprzyja forsowaniu z zaskoczenia rozwiązań przygotowywanych w ukryciu, w wąskim, zaufanym gronie. Eksperci, których nie zaproszono, cedzą dobre rady chyba tylko po to, żeby nie dać o sobie zapomnieć. Interesariusze, coraz mniej agresywni, coraz bardziej pokornie czekają na szczegóły i konsekwencje.

Czas i pieniądze

Przy wielkiej skali i złożoności system charakteryzuje, co zrozumiałe, duży stopień bezwładności. Konsekwencje zarówno dobrych rozwiązań, jak i błędów czy zaniechań każą na siebie długo czekać, nakładając się na siebie i mieszając. W tych okolicznościach szczególnej aktualności nabiera pytanie, czy można coś zrobić natychmiast, uzyskując przy minimalnym nakładzie funduszy szybko odczuwalny i kontrolowany efekt. Tym bardziej że doświadczamy, niestety, również czegoś odwrotnego: błyskawicznych wielokierunkowych złych konsekwencji błędów, np. wymogu kontrolowania uprawnień pacjentów przez lekarzy zapisanego w ustawie receptowej na przełomie lat 2011 i 2012. Czy w toku nieporozumień i wzajemnego blokowania się oraz zamieszania spowodowanego trudną do ogarnięcia złożonością sytuacji można wskazać proste rezerwy lub oczywiste blokady, których uruchomienie lub zlikwidowanie byłoby do przyjęcia dla wszystkich, a zarazem poprawiłoby w sposób odczuwalny sytuację, otwierając jednocześnie perspektywy na przyszłość, a przede wszystkim dając czas na uzgodnienie priorytetów i strategii?

Pożary medialne

Na domiar złego ochrona zdrowia niezmiennie pozostaje w centrum krytycznej uwagi mediów. To poniekąd zrozumiałe. Zainteresowanie skupiają one jednak zwykle na pojedynczych bulwersujących zdarzeniach: nieprzestrzeganiu procedur, ich braku bądź przeciwnie – bezdusznym trzymaniu się, błędach lekarskich, zakażeniach szpitalnych czy problemach z dostępnością (długie terminy, kolejki). Szczególnie eksploatowane są tragedie: spóźniona karetka, spóźniona interwencja, śmierć noworodka. Politycy u władzy nie znają dnia ani godziny. W każdej chwili któryś z dyżurnych medialnych problemów może się rozpaść do czerwoności. Politycy opozycji ulegają z dnia na dzień pobudzeniu, równie silnemu, co krótkotrwałemu i powierzchownemu. Gwałtownym reakcjom krytycznym towarzyszą radykalne rekomendacje ze słowem kluczowym „dymisja” (w wypadku osób) i „likwidacja” (w wypadku instytucji). Wśród wymienianych problemów brak pieniędzy zajmuje, jeśli nie pierwsze, to jedno z pierwszych miejsc, choć skądinąd wiadomo, że jest to nie tyle problem, ile bardziej propozycja rozwiązania, i to nie zawsze najlepsza.

Media nie dają wytchnienia. Zarzuca się im jałową gonitwę za skandalem. I tu rodzi się również potrzeba

„Eksperci, których nie zaproszono do debaty o ochronie zdrowia, cedzą dobre rady chyba tylko po to, żeby nie dać o sobie zapomnieć”

znalezienia czegoś, co można zrobić natychmiast bez wielkich nakładów, co z jednej strony byłoby medialne, czyli skupiające uwagę, a z drugiej rzeczywiście rozwiązało w sposób namacalny bolesny problem.

Krótkowzroczne strategie

Dane i rzetelny obraz sytuacji okazują się zbędne ze względu na to, że do tej pory prowadzono prawie wyłącznie krótkowzroczne akcje, powierzchownie reagując na bieżące problemy, a równocześnie eksploatując wrażliwe zasoby, przede wszystkim zaufanie społeczne, trwale je redukując dla efektów nietrwałych i okazjonalnych. Takie praktyki, fatalistycznie powtarzane, ograniczają w instytucjach ochrony zdrowia zdolność do zarządzania zmianą – zdolność modernizacyjną. Stają się czynnikiem społecznej demobilizacji.

„Szczególnie eksploatowane są tragedie: spóźniona karetka, spóźniona interwencja, śmierć noworodka”

Trudno reformować i modernizować ochronę zdrowia w środowisku tak wzajemnie nieufnym i mimo gromkich pokrzykiwań i protestów – jednak bezradnym. Bezradność interesariuszy nie jest usprawiedliwieniem, ale współwiną. Praktycznie żadna z dotychczasowych strategii w ochronie zdrowia nie była prawidłowo uzgodniona. Nawet wielka reforma z lat 90., tak później sponiewierana, była swego rodzaju ciałem obcym. Inaczej nie dałoby się jej tak łatwo rozmontować. A informatyzacja – tu odległość między prowadzonymi projektami a potrzebami ochrony zdrowia jest zatrważająca. Okazało się to przy okazji wprowadzania ustawy receptowej na przełomie lat 2011 i 2012 i obecnie przy okazji rządowej inicjatywy kolejkowej pozbawionej praktycznie instrumentarium informatycznego.

Czy poprawa zdolności modernizacyjnej nie jest możliwa? Czy wymaga miliardowych inwestycji? Osiągnięcie radykalnej poprawy wymaga zapewne czasu, ale od czegoś należy zacząć. Zadajemy sobie pytanie, czy i w tym wypadku można już coś zrobić, niekoniecznie kosztownego, ale związanego z rzeczywistymi problemami i wyraźnie odczuwalnego.

Złe praktyki

Obserwujemy inicjatywy – dwa lata temu dotyczyło to recept i refundacji leków, potem informatyzacji. Obecna dotyczy kolejek i dostępności świadczeń. Idzie za nią pakiet, którego hasłem jest jakość i efektywność świadczeń. Utrwaloną i złą praktyką jest obarczanie się, wbrew zasadzie subsydiarności, przez ministra i premiera ciężarem autorstwa i odpowiedzialności aż do poziomu niebezpiecznie szczegółowego. Nie ma powodu, żeby to środowisko ochrony zdrowia z jego instytucjami nie brało na siebie w znacznie większym stopniu ciężaru odpowiedzialności za reformowanie i modernizację systemu. W innym wypadku decyzje o wyborze forsowanych rozwiązań przyjmowane są nieformalnie i bardzo mało przejrzysto. Gra interesów przebiega pod dywanem, nie ułatwiając, przeciwnie – utrudniając, aktorom regulacyjnym, do których należą przede wszystkim minister i premier, ale również sejmowa Komisja Zdrowia, odgrywanie ich ról. W efekcie minister, formalnie pełniąc funkcję autora strategicznego, ponosi odpowiedzialność za wszystkie rozwiązania szczegółowe. Te zaś okazują się szybko wyrazem partykularnych interesów i punktów widzenia forsowanych – powtórzmy to – w warstwie nieformalnej. Ukryta pod warstwą formalną nieformalna gra zamiast dostarczyć ministrowi i premierowi oczekiwanego *know-how*, wciąga ich w pułapkę. Wpędza ich bowiem w rolę zakładników rozwiązań będących wyrazem partykularnych – jeśli nie interesów, to co najmniej punktów widzenia. Tak było wcześniej na przykład z informatyzacją ochrony zdrowia.

W wypadku zarządzania czasem oczekiwania (kolejki i listy oczekujących) część głównych aktorów najwyraźniej dowiaduje się o kształcie projektu i jego ważnych szczegółach dopiero po jego ogłoszeniu. Widać wyraźnie, że nie brali udziału w jego tworzeniu. Szkoda.

Inicjatywa kolejkowa

Ogłoszone propozycje kolejkowe zostały przyjęte bardzo spokojnie w przeciwieństwie do tego, co obserwowaliśmy dotychczas. To zrozumiałe. Trudno bowiem kwestionować cele, które wskazał minister: poprawa dostępności i jakości świadczeń, onkologia jako punkt wyjścia. Elementy propozycji nie są nowe: lekarz pierwszego kontaktu, procedura, ciągłość leczenia, plan leczenia i ocena efektu.

Krytyka dotyczy raczej obaw, czy to może się udać, czy sposób podejścia jest właściwy, czy propozycje, roz-



„Konsekwencje zarówno dobrych rozwiązań, jak i błędów czy zaniechań każą na siebie długo czekać, nakładając się i mieszając”

wiązując jedne problemy, nie stworzą nowych. Trudna sytuacja międzynarodowa ze zrozumiałych względów tonuje krytykę i wzmacnia autorytet rządu, co może – choć niestety nie musi – przyczynić się do zmiany formuły debaty społecznej w Polsce w kierunku „deliberacyjnym”, odwołującym się do trzech haseł: interesariusz, partycypacja, konsensus.

Co ciekawe, w krytyce zaskakuje brak refleksji, że hasła odwołujące się do instytucji lekarza domowego czy lekarza pierwszego kontaktu, procedury i ciągłości leczenia przyświecały już dyskusjom z lat 90. i rozwiązaniom systemowym przyjętym wówczas i w pewnym stopniu zaawansowanym. Jak doszło, i to na oczach wszystkich, do erozji instytucji lekarza rodzinnego, jak doszło do erozji projektu zarządzania ciągłością



foto: iStockphoto.com

leczenia, który otwierała pamiętna książeczka ubezpieczenia zdrowotnego, której naturalnym rozwinięciem powinno być wdrożenie elektronicznego systemu „nawigacji zdrowotnej” – EHR?

Bez instrumentarium informatycznego

Niestety, nie słyszę pytania, jak NFZ ma kontrolować przebieg i efektywność leczenia bez elektronicznego systemu zindywidualizowanej nawigacji zdrowotnej dla lekarza i pacjenta, wdrażanego w Australii, Słowenii, Danii, Szwecji, Hiszpanii, Portugalii i we Włoszech. Powtórzmy – chodzi o wspomniany system EHR zgodny z normą PN13606 służący konfigurowaniu, a potem przestrzeganiu procedur medycznych.

Rozwiązanie zapowiadane przez CSIOZ z Internetowym Kontem Pacjenta (IKP) na czele – tak; ma dawać dostęp do elektronicznej dokumentacji pacjenta. Ma też dawać wgląd do zaleceń farmakologicznych, wskazówek i procedur klinicznych. Ale scalanie tych elementów będzie ręczne. Podobnie jak integracja serwisu receptowego, dostępowego (kolejki i terminy) i klinicznego (procedury i konsylia) z e-dokumentacją i IKP.

Ręczne to nie znaczy na papierze, wszystko na komputerze i na serwerze, ale oparte na zapisach w Wordzie z zerową w praktyce możliwością elektronicznego przetwarzania tych zapisów. Dotyczy to również współpracy klinicystów w trybie konsylium. To nic innego jak rodzaj systemowego wykluczenia cyfrowego zamiast interoperacyjności semantycznej.

Propozycja kolejkowa rozwiewa złudzenia zarówno co do IKP, jak i szyny usług. Ani słowem bowiem o tych rozwiązaniach informatycznych nie wspomniano. Nie są brane pod uwagę w liczącej się przyszłości. Tymczasem karta pacjenta onkologicznego powinna mieć związek z IKP, a serwis teleinformatyczny obsługujący kolejki i listy oczekujących zarówno ze wspomnianym IKP, jak i szyną usług. Podobne oczekiwania można mieć wobec serwisów obsługujących ocenę potrzeb zdrowotnych (dział IVA projektu ustawy kolejkowej). O braku złudzeń lub może swoistym małym realizmie w sprawie przydatności nieuzgodnionego wcześniej z interesariuszami wielkiego projektu informatycznego świadczy zdecydowanie anachroniczne potraktowanie zagadnienia aktualizacji rejestrów, jakby miały być nadal papierowe i obsługiwane przez gońców.

Szara strefa konsultacyjna

Projekt poddano procedurze konsultacyjnej. Tak, ale ta procedura została wcześniej radykalnie zakwestionowana przez MAC jako wyjątkowo nieefektywna. Stwierdzenia MAC w tej kwestii należy cytować tyle razy, ile się da: *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 działalnością 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.*

Propozycja kolejkowa to zdecydowane novum. Jeśli nie wejdzie do *futurum activi*, utonie w *perfectum passivi*.

Inicjatywa kolejkowa słusznie odwołuje się do problemów fundamentalnych dla ochrony zdrowia, dość oczywistych i godnych wsparcia: zapewnienia ciągłości leczenia, ogólnej poprawy jakości leczenia przy zmniejszeniu skali i częstotliwości odchyień in minus – zmniejszeniu ryzyka błędu lub ogólnie sytuacji niepożądanego. Co bardzo ważne – danie pacjentowi poczucia



fot. iStockphoto.com

„Dane i rzetelny obraz sytuacji okazują się zbędne wobec prowadzenia – dotychczas prawie wyłącznie – krótkowzrocznych akcji, powierzchownie reagujących na bieżące problemy”

bezpieczeństwa i zaufania do systemu, czyli poczucia, że jego kontakt z lekarzami nie będzie przypadkowy, że nie będzie on musiał martwić się, czy ktoś o nim nie zapomniał, że powiedzą mu nagle: „O! Szkoda, trzeba było przyjść albo zadzwonić. Szkoda, że pan o tym nie wiedział. Dlaczego pan tu siedzi z boku? Gdzie pan się podział? Gdzie są pana wyniki badań? Trochę już za późno... trzeba się było upominać itp., itd.”

Inicjatywa kolejkowa stanowi zdecydowane novum na tle inicjatyw obserwowanych od dłuższego czasu. Jej punktem wyjścia nie jest aspekt administracyjny polityki zdrowotnej, jak recepty, dokumentacja medyczna, refundacja, strategię finansowania lub kwestie statusu świadczeniodawców. Bez wątpienia rozwiązania te w końcu dotykały pacjenta. Jego dobro przypina-no jednak jak kwiatek do kożucha. Rozpoczynanie od zagadnienia dostępności i jakości, czyli kolejek, czasu

oczekiwania, ciągłości opieki, procedur, odwraca tym razem sprawę z głowy na nogi, wiążąc strategię ściśle polityczne z jednoznacznie społecznymi.

Co można zrobić już

Z powodu narastającej presji krytyki mediów, trudności z oceną sytuacji spowodowanych niedostatkami danych i presją oczekiwań środowisk medycznych postanowiono najwyraźniej poszukać tego, o czym pisać: czegoś, od czego można zacząć i co można zrobić już, dając przestrzeń w postaci cierpliwości społecznej dla działań wymagających czasu i większych nakładów. Słusznie zatem wybrano kwestie dotyczące pacjenta, dostępności świadczeń oraz ich jakości, procedur i lekarzy pierwszego kontaktu. W ślad za tym mają pójść rozwiązania organizacyjne i finansowe.

Okazało się jednak, że z hasła „co można zrobić już, a co potem” po stronie „już” może pozostać tylko ogłoszenie projektu. Wszystko inne będzie „potem”. Pierwsze efekty praktyczne będą dopiero na początku przyszłego roku. Choć niezupełnie, już bowiem pojawiła się lista bardzo konkretnych wątpliwości co do tego, co i czy w ogóle cokolwiek z oczekiwań będzie „potem”, wątpliwości i obaw o konsekwencje nieoczekiwane.

Równocześnie, jak to zwykle bywa, mamy wysyp propozycji alternatywnych lub tylko korygujących, szczegółowych, ale i generalnych – systemowych, perspektywicznych i pilnych – „na już”, zwykle dotyczących pieniędzy. W takiej sytuacji praktykowany dotychczas mechanizm konsultacyjny szybko się gubi. Mieszając dobre pomysły ze złymi, prowadzi do rozwiązań, które nie satysfakcjonują nikogo. I przede wszystkim ten mechanizm należy zmienić. To jest wy-próbowane i pod ręką. Może być przeprowadzone od razu i równolegle.

Co ciekawe, obserwujemy również działania wyprzedzające – wychodzenie przed szereg. Kilka szpitali ogłosiło, że uruchamiają projekt kolejkowy w ramach swoich kompetencji i tego, co już możliwe – przyjmują wszystkich pacjentów onkologicznych, deklarują trzymanie się proponowanych w projekcie kolejkowym terminów, wprowadzają swoją prowizoryczną kartę pacjenta onkologicznego, uruchamiają partnerstwo z lekarzem pierwszego kontaktu oraz obligatoryjne konsylium. Narodowy Fundusz Zdrowia daje ostrożne i sprzeczne sygnały. Wśród nich również te o liberalizacji limitów i uznawaniu nadwykonań w onkologii u części chętnych świadczeniodawców – na próbę. Być może placówki te wcześniej to stosowały. Mało prawdopodobne, żeby zaczynały od zera. Ile ich jest? Nie wiemy. Może to tylko deklaracje, dobre życzenia lub – jak kto chce – groźby. W uzasadnieniu propozycji ustawowych mamy bardziej niż skromne odwołanie do analizy sytuacji i diagnozy stanu obecnego. Odwołanie do danych prawie żadne. Nie wiemy, z jakiej sytuacji startujemy. Czy da się wobec tego dobrze mierzyć efekty?

Lekarze rodzinni notują z kolei niepokojący wzrost liczby pacjentów, którzy „uważają, że mogą mieć problemy onkologiczne i domagają się założenia im tzw. zielonej karty”. Pojawiają się obawy, że proponowana karta onkologiczna będzie stygmatyzować.

Wysyp propozycji

Wysyp propozycji, gorliwi świadczeniodawcy i niecierpliwi lub przestraszeni pacjenci – zainicjowany został proces, który może się wymknąć spod kontroli, grożąc przekształceniem inicjatywy kolejkowej w lawinę bieżących problemów. Tradycyjne konsultacje w tym wypadku się nie sprawdzają. Dobra wiedza o adresacie uwag nie wystarczy bez „podciągnięcia” maruderów – partycypacji i teleinformatyki.

Kolejkowa inicjatywa rządowa akcentująca pacjenta została przyjęta relatywnie dobrze. Świadczenia ograniczonego zaufania są wyraźnie stonowane. Wątpliwości dotyczą nie tyle generalnych celów, ile szans realizacji z powodu ograniczonych funduszy. Inicjatywa jest wyraźnie wyrazem chęci oderwania się od uciążliwych spraw bieżących przez rozwiązanie problemu dostępności i jakości w krótkim terminie i ograniczonej dziedzinie. Do momentu ogłoszenia szczegóły pozostawały i miały pozostawać emocjonującą zagadką nawet dla głównych interesariuszy. Zapowiedź sugerowała zarysowanie dalszej perspektywy, ale równocześnie zidentyfikowanie zakresu problemów, które można rozwiązać możliwie szybko, prawie natychmiast, z wyraźnym efektem w postaci odczuwalnej ulgi dla pacjentów i przy niewielkich nakładach.

W rezultacie będziemy mieli wszystko naraz i nic od razu – pierwsze zmiany prawie za rok. A przedtem niemethodyczne, archaiczne konsultacje, które w tym czasie zamiast poprawić, mogą wszystko zepsuć. Kluczowy problem techniczny – dane, ich przetwarzanie i wymiana – został zignorowany. Tę kwestię trzeba rozwiązać absolutnie priorytetowo. Inaczej powtórzy się kryzys wywołany brakiem instrumentarium teleinformatycznego, gdy uruchamiano projekt receptowy na przełomie lat 2011 i 2012. I tym razem, mimo bażonkich sum wydawanych na informatyzację, instrumentarium takie nie istnieje. Bez nowej, systemowej strategii i zmienionych metod konsultacji długo nie będzie istnieć.

Korzystne novum

Jeżeli jednak inicjatywa kolejkowa stanowi korzystne novum i spotkała się ze stosunkowo łagodną krytyką, a w dużym zakresie z akceptacją, może lepiej nie marnować szansy. Może lepiej równoległe z konsultacjami już rozpoczętymi w sposób budzący od dawna wątpliwości uruchomić profesjonalną procedurę konsultacyjną, która w znacznie krótszym czasie pozwoli uratować dobrze ukierunkowane przedsięwzięcie – urealnić projekt kolejkowy, określić, w jaki sposób etapować poprawę dostęp-



fot. Images.com/Corbis

„ W wypadku zarządzania czasem oczekiwania (kolejki, listy oczekujących) część głównych aktorów najwyraźniej dowiaduje się o kształcie projektu i jego ważnych szczegółach dopiero po jego ogłoszeniu ”

ności i jakości świadczeń, synchronizując z tym budowę instrumentarium teleinformatycznego. Właśnie od tego trzeba i można zacząć w celu uruchomienia ukrytych rezerw, zwolnienia blokad. Po pierwszym wyraźnym efekcie – stopniowe osiągnięcie kolejnych.

Dotychczasowe metody konsultacyjne w ochronie zdrowia nigdy nie okazywały się satysfakcjonujące. W zamian były zgnile kompromisy, ignorowanie interesariuszy, frustracja polityków, w końcu niejasne autorstwo i niejasna odpowiedzialność za wynik. Zamiast poprawy wzajemnego zaufania, doświadczenia sukcesu we współpracy i pobudzenia inicjatywy interesariuszy mieliśmy zmniejszenie zaufania i frustrację z powodu zmarnowanego czasu. Nie ma mowy o wyraźnej hierarchizacji priorytetów i oddzieleniu tego, co można zrobić już, relatywnie małym kosztem, z odczuwalnym efektem, od tego, co można czy należałoby zrobić później.

Profesjonalna konsultacja to udział wszystkich głównych aktorów i interesariuszy, to logika konsensusu, a nie kompromisu – działają argumenty, a nie większość głosów, wynik to nie propozycja lub petycja, ale wiążące wszystkich rozwiązanie. To okazało się skuteczne nie tylko na świecie, zwłaszcza w Niemczech i USA, lecz także w Polsce. Teraz, kiedy w grę wchodzi inicjatywa dobrze ukierunkowana i pojawiająca się w sprzyjających okolicznościach, zmarnowanie szansy byłoby czymś szczególnie destrukcyjnym. ■