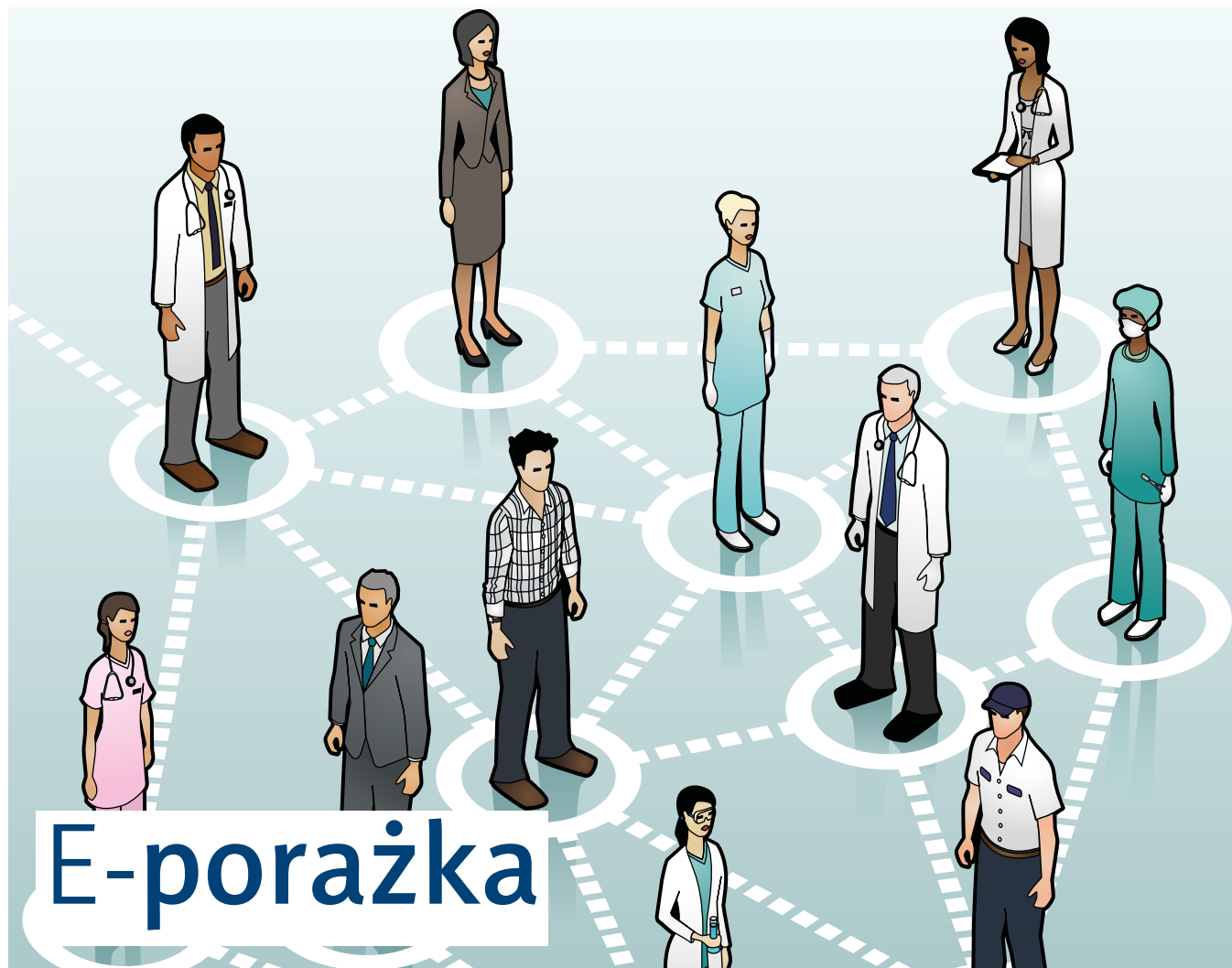


Gdybyśmy do e-zdrowia nie zabierali się z pozycji centrali, dawno... byśmy je mieli



E-porażka

„Głównym problemem z e-receptą jest to, że jej wystawienie zajmuje więcej czasu niż wypełnienie druku ręcznie” – konstatuje serwis internetowy „Menedżera Zdrowia” na podstawie sygnałów dochodzących z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Po co wobec tego e-recepta, tym bardziej że cała zawartość informacyjna naszych recept i tak ląduje w NFZ w postaci cyfrowej dzięki aptekom? Odpowiedzi na to pytanie takniemy jak kania dżdżu albo – jak brzmi prześmiewczy tekst piosenki punkowej grupy Brygada Kryzys z epoki PRL – „czekamy na sygnał, czekamy na sygnał – z centrali”, ponieważ ten sygnał nas „ocali, ocali”. Tylko przed czym? Sprawny informatyczny system bankowy w Polsce powstał dzięki bankom, a nie centralnemu biuru do spraw informatyzacji banków.

Z tego punktu widzenia e-recepta lub raczej taka e-recepta jest niepotrzebna. Czemu ona służy, gdy od początku zamiast ułatwiać – utrudnia funkcjonowanie? Jak czytamy w ostatnim komunikacie CSIOZ, udostępnia ona kolejną, ulepszoną wersję dokumentacji integracyjnej. Liczymy na poprawę.

Czekamy na P1

Powinniśmy liczyć na to, że z e-receptą sytuacja jest chwilowa, że za jakiś czas, gdy ruszy P1, otoczenie systemowe umożliwi redukcję wszystkich, wówczas już niepotrzebnych, działań ręcznych przy e-receptce. W deklaracjach CSIOZ czytamy bowiem, że P1 będzie

„ Jak się okazuje, P1 nie zatonął. Nie pocieszajmy się. Płynąc po płytkich i nieprzejrzystych wodach, osiadł raczej na mieliźnie ”

teraz budowany przyrostowo. Kolejno uruchamiane będą jego elementy, począwszy od e-recepty, e-skierowania i Internetowego Konta Pacjenta (IKP). To jest oczywiście to, o co chodzi. Systemy powinny być uruchamiane przyrostowo, nie jak to miało być wcześniej – w trybie „wielkiego wybuchu”, kiedy wszyscy długo czekają na zapowiadany efekt, a rosnące trudności

„ Po latach dostrzegamy od nowa, że rozwiązania legislacyjne dotyczące informatyzacji służyły przede wszystkim zaklepaniu konkretnych rozwiązań technologicznych ”

i problemy głęboko ukrywamy. Tylko że tryb przyrostowy zalecany jest nie tylko z przyczyn organizacyjnych pozostających po stronie wytwórcy systemu, lecz także ze względu na użytkownika, na środowisko organizacyjne i społeczne, w którym system ma funkcjonować – lekarze, pacjenci, szpitale, przychodnie. Oczekujemy, że każdy krok, każdy przyrost niesie ze sobą jednoznaczną korzyść po stronie użytkownika. Czyli projekt całości ma być tak skonstruowany, żeby te potrzeby zaspokajać również przyrostowo. Pierwsze telefony komórkowe były w stosunku do obecnych bardzo niewygodne, aż dziw, że chcieliśmy ich używać. Jednak to nie nacisk administracyjny, ale wyraźna (choć z dzisiejszej perspektywy może niewielka) korzyść po stronie użytkownika sprawiła, że weszły w użycie i dalej się rozwijały. Nad P1 ciężą okoliczności instytucjonalne i mentalne towarzyszące jego powstaniu i wciąż obecne. To znaczy, że mamy problemy nie tyle z samym P1, ile z okolicznościami instytucjonalnymi i mentalnymi, wobec których zadajemy sobie nie tylko pytanie, jak to się stało, lecz także co z tym dalej.

Jak to jest z IKP

Internetowe Konto Pacjenta, jak się dowiadujemy, służy „do wglądu”. To ważne, ale cokolwiek nieprecyzyjne.

Bo jakiego wglądu? Obecnie, gdy słowo „wgląd” nie oznacza wysunięcia szuflady, choć i to ma swój urok, ale otwarcie komputera, ten wgląd jest ważny, choć pacjent z trudem zrozumie, czym to ma się różnić od NFZ-owskiego ZIP, w którym ma osobiste konto, gdzie od dawna otrzymuje informacje o historii swojego leczenia. Dlaczego to ZIP, który już istnieje i jako tako działa, ma się przestać rozwijać, a ma się zacząć rozwijać IKP, które... nie istnieje?

Wartość kliniczna tego rozwiązania, czyli bardziej z punktu widzenia lekarza niż pacjenta, jest ograniczona. Internet jest niezwykle rewolucją w dziedzinie „wglądu”. Tego nikt nie kwestionuje. Jednak wartość kliniczną rozwiązań odnosimy nie do tego obecnie już minimum cywilizacyjnego, ale do potrzeb klinicysty, znacznie szerszych i od dawna zdecydowanie osiągalnych.

E-dokumentacja

Po latach dostrzegamy od nowa, że rozwiązania legislacyjne dotyczące informatyzacji, w szczególności elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), zamiast określić generalne zasady dotyczące zakresu i zasad wymiany informacji w ochronie zdrowia, służyły przede wszystkim „zaklepaniu” konkretnych rozwiązań technologicznych, już wcześniej przyjętych w założeniach P1. „Zaklepywanie” było elementem gry CSIOZ z głównymi interesariuszami. Interesariusze spodziewają się jednak po autorach na poziomie centralnym zdecydowanie innej formuły zarządczej. – *Czekamy na sygnał „z góry”, jakie programy nie tylko zapewnią pełną integrację cyfrową służby zdrowia i dostęp do informacji medycznej dla pacjentów, lecz także – co w obecnej dobie wydaje się bardzo istotne – będą odporne na ataki hackerów* – mówi dyrektor Szpitala Pediatrycznego w Bielsku-Białej.

Czekamy na sygnał. Z centrali! Centrala nas ocali.

P1 wiecznie żywy

Jak się okazuje, P1 nie zatonął. Nie pocieszajmy się. Płynąc po płytkich i nieprzejrzystych wodach, osiadł raczej na mieliźnie. Gdy na fali wejścia do Unii i obopólnych nadziei z tym związanych otrzymaliśmy gigantyczne wsparcie, to nie chodziło o jakieś doganianie i wtórne kopiowanie czegoś gotowego, tylko do powiększenia. Chodziło o zorganizowanie w Polsce warunków dla rozwiązań europejskich, które już były przedmiotem zaawansowanych prac, ale też zadań i pytań nierozwiązanych. Mówimy tu o ogólnoeuropejskich projektach w dziedzinie interoperacyjności, dla których środki unijne powierzone Polsce razem z innymi szeroko rozumianymi aktywami europejskim miały stanowić swego rodzaju kapitał założycielski wspólnej europejskiej ochrony zdrowia. Projekt był krajowy, ale zadanie miało charakter europejski. Czyż można inaczej traktować standardy i normy w dziedzinie interoperacyjności?

To było wyzwanie i powołanie. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia potrafiło położyć swoją widzialną rękę na pieniądzach – tych, które bezpośrednio wzięło, i pośrednio na wszystkich innych przeznaczonych na e-zdrowie w Polsce. Nie potrafiło jednak stworzyć warunków do współpracy instytucji i organizacji. Nie potrafiło nadać wyzwaniu właściwej mu formy organizacyjnej, otwartej dla wszystkich interesariuszy, również europejskich. Sukces naszego e-zdrowia miał być sukcesem europejskim, a jest elementem europejskiego niepowodzenia. Pamiętajmy, że był to moment, gdy w Anglii załamał się projekt e-zdrowia. Zatrzymano przedsięwzięcie wielokrotnie bardziej kosztowne w przekonaniu, że lepiej stracić wydane już gigantyczne środki niż otrzymać produkt o wątpliwej użyteczności, ponosząc w przyszłości straty znacznie większe. Francja przeżyła trochę wcześniej podobne, choć mniej kosztowne doświadczenie. Dania, o której mówiono jako o wzorze, w istocie była przykładem nie tylko rozwiązań technicznych godnych naśladowania, których skądinąd nie naśladowano w Polsce, lecz także ważnych rozwiązań organizacyjnych, które jednak dla CSIOZ i dla Ministerstwa Zdrowia w każdej kolejnej koalicji rządowej zakrawały na skandal. Otóż Duńczycy nie tylko podzielili swój projekt na etapy, ale też na każdym etapie, zależnie od struktury problemów i zadań, zmieniali instytucję pełniącą funkcję lidera projektu.

A u nas – CSIOZ raz wziętego liderstwa nigdy nie odda. Unię zaraz po zaklepaniu pieniędzy traktowano jak wroga, który czyha, żeby je zabrać, a partnerów krajowych jak potencjalnych donosicieli. Ministra i naszą reprezentację w Brukseli jak zakładników, którym nie pozostaje nic innego, tylko kryć niepowodzenia.

Zły sen

Przeciąganie P1 z jego odpryskami przypomina czekanie nie wiadomo na co. Na coś, co sprawi, że wszystko, co było dotąd, stanie się nieważne, że przyjdzie Wielki Wirus i cała zabawa w informatyzację, interoperacyjność czy Europę przejdzie do sfery mitycznej przeszłości, jakiegoś snu. Jeśli jednak przez chwilę przyjmujemy hipotezę przeciwną: że nie tylko zagranica, lecz także Polska istnieją w realu, że Europa może przetrwać, to musimy nastawić się na prawdziwą współpracę. Robić swoje, uruchomić otwartą refleksję nad sytuacją, zaprosić partnerów zagranicznych. Zastanowić się, kto mógłby być moderatorem tej refleksji, sięgnąć po wsparcie przygotowanych osób i organizacji.

Interoperacyjność i e-zdrowie nie sprowadzają się do kwestii technicznych. Potknęliśmy się bowiem bardziej o bariery instytucjonalne i kulturowe. Nie można ich zignorować ani odpędzić zaklęciami, ale można się zastanowić, jak im podołać. Niestety nie udało się wykorzystywać sprzyjających okoliczności, a teraz jest i może być trudniej.

„W Anglii także załamał się projekt e-zdrowia. Zatrzymano przedsięwzięcie wielokrotnie bardziej kosztowne niż w Polsce, bo lepiej stracić wydane już gigantyczne środki niż otrzymać produkt o wątpliwej użyteczności”

Inni aktorzy

Asseco, Comarch lub Kamsoft byłyby w stanie – razem czy osobno – uruchomić rozwiązania e-zdrowia ze spełnieniem wszystkich europejskich wymogów już dawno i bez CSIOZ. Zadanie to przy odpowiednich regulacjach mogłoby zaangażować również innych, mniejszych czy większych uczestników rynku informatycznego, takich jak stowarzyszeni w organizacji STORM, czy kolejnych niefortunnych integratorów P1, których nie wymieniam. Rola instytucji typu CSIOZ czy PKN byłaby przede wszystkim regulacyjna. Takie było pierwotne założenie konstytuujące CSIOZ. Jednak fobie antyliberalne zawsze były silne: niewidzialną rękę rynku zastąpiono – swojsko – niewidzialną szufladą biurokracji.

Jakiej interwencji państwa i w jakim zakresie możemy czy powinniśmy oczekiwać? To pytanie przerebaliśmy w latach 90. w ramach refleksji nad hasłem pomocniczości czy inaczej subsydiarności. Refleksja ta zdążyła wyparować już w połowie pierwszych lat naszego wieku u narodzin P1. Nie chodzi o przesądzenie z góry, co ma robić Ministerstwo Zdrowia, co CSIOZ ani jakie stosować metody. Chodzi o logikę refleksji. Przede wszystkim o samą refleksję zamiast pochopnych odruchów.

Obsesja jedyne go możliwego rozwiązania

Gdy mówimy o innych aktorach niż CSIOZ, to nie z zamiarem ustawiania ich ról czy złorzeczenia. Chodzi o to, że u zarania P1 mieliśmy – i obecnie także mamy – więcej możliwości do wyboru w dziedzinie strategii i układu ról w prowadzeniu e-zdrowia w Polsce, niżby to sygnalizowała centralna biurokracja ochrony zdrowia. Przy aktualnym stylu zarządzania i prowadzenia polityki, przy kurczowym trzymaniu się absolutnie zdyskredytowanych i oficjalnie podważonych procedur konsultacyjnych – głównych interesariuszy dopuszcza się raczej do intryg niż partycypacji. Rozstrzygnięcia strategiczne stają się dziedziną absolutnie niekonsensualną. Są dziedziną kompromisów, tyle że zgniłych.



„Asseco, Comarch lub Kamssoft byłyby w stanie uruchomić e-zdrowie ze spełnieniem wszystkich europejskich wymogów już dawno i bez CSIOZ”

Kompromisów, które do niczego nie prowadzą i nikogo nie satysfakcjonują. Ginią z oczu inne rozwiązania niż te z góry przyjęte. Szukanie i znajdowanie dróg wyjścia zastępuje przekonanie o braku wyjścia.

Czy Asseco lub Kamssoft, ważni partnerzy CSIOZ, byli zainteresowani obrotem spraw? Zdecydowanie nie. Czy cały sektor informatyczny nie stracił na przedłużającym się wyłączeniu ochrony zdrowia z udziału w rynku informacyjnym w wielkiej skali, którego przecież można było oczekiwać? Cała historia e-zdrowia była wszystkim znana, a główni aktorzy stali jak zahipnotyzowani. Projekt centralny od początku źle rokował. Lista ryzyk była przytłaczająca. Ale studium wykonalności zajmowało się wszystkim poza niewykonalnością przedsięwzięcia. Do najbardziej zainteresowanych należy tu dodać firmy doradcze o charakterze globalnym, Ernst & Young i Deloitte, zaangażowane w różnych momentach w projekt P1. Firmy te z powodzeniem doradzają w podobnych projektach na całym świecie, na przykład w Australii, ale z efektem odwrotnym niż

w Polsce. Czy były zainteresowane niepowodzeniem? Dysfunkcyjne okoliczności zarządcze na poziomie centralnym w ochronie zdrowia pozostały niezmienione. To one są głównym problemem.

E-zdrowie przerasta centrum

E-zdrowie jest zadaniem, które przerosło i przerasta nie tylko CSIOZ, lecz także szerzej cały układ instytucjonalny ochrony zdrowia na poziomie centralnym. Jeżeli jednak nadziei na zmianę tego stanu rzeczy upatrujemy w centralizacji, ręcznym sterowaniu, przejmowaniu przez MZ instytucji, to jest to pomyłka. Układ instytucjonalny w ochronie zdrowia na poziomie centralnym zdecydowanie nie sprzyja rozwiązywaniu problemów. Raczej stanowi czynnik blokujący. Liczne tego dowody dostarczyła historia reformy ubezpieczeniowej w ochronie zdrowia, a szczególnie informatyzacja. Próby racjonalizacji procesów pod hasłem leczenia skoordynowanego czy pakietu onkologicznego odbywają się jakby wbrew naturze tych instytucji, borykając się nie tyle z problemami ochrony zdrowia, ile z własnymi obciążeniami instytucjonalnymi. Rozwiązania pierwotnie stworzone jako czynnik modernizacyjny i innowacyjny podlegały ogólnobiurokratycznej degradacji, stając się obciążeniem. Narzędzia zarządcze typu PRINCE 2 (zastosowany w P1), mechanizm konsultacji (też w P1), komitety sterujące (w P1), audyty (w P1) zamieniają się w rodzaj kpiny z tego, czym miały być pierwotnie. Nawet przejrzystość stała się nieprzejrzysta.

To jest impas, z którego wyjścia są znane. „Duża by już mogli mieć. Ino oni nie chcom chcieć”.

Wiktor Górecki