



Z delegatury leszczyńskiej

Syreni śpiew prezesa Millera



LEK. MED.
PRZEMYSŁAW
KOZANECKI

WICEPREZES
WIELKOPOLSKIEJ
IZBY LEKARSKIEJ
PRZEWODNICZĄCY
DELEGATURY
LESZCZYŃSKIEJ

10 marca 2006 r. w sali Miejskiego Ośrodka Kultury w Lesznie odbyło się spotkanie w sprawie pilotażowego programu Informatycznego Systemu Ochrony Zdrowia (ISOZ). W spotkaniu wzięli udział zaproszeni świadczeniodawcy z Leszna – lekarze i aptekarze, jednak z uwagi na wagę problemu przybyli także świadczeniodawcy z rejonów Rawicza, Kościana i Gostynia. Zebranie otworzył prezydent Leszna, Tomasz Małepczy, witając przedstawicieli środowisk medycznych i przedstawiając gości przybyłych na spotkanie: prezesa NFZ Jerzego Millera, dyrektora Wielkopolskiego Oddziału NFZ Ryszarda Stangierskiego, zastępcę dyrektora ds. medycznych Tomasza Nowaka i prezesa firmy Kamssoft Zygmunta Kamińskiego.

Prezes NFZ krótko przedstawił uzasadnienie wyboru Wielkopolski na wypróbowanie wspaniałego, rozwojowego i przyszłościowego systemu informatycznego: *bo u was można rozmawiać gospodarnie*. To piękne pustosłowie nie przełożyło się jednak na rozwianie bardzo licznych wątpliwości lekarzy i aptekarzy, o czym niżej.

Gwoli wprowadzenia Czytelnika w istotę systemu ISOZ, należy się parę słów wyjaśnienia: jego celem (to nie *novum* – przecież dotyczy to każdego systemu informatycznego) jest przepływ informacji na linii świadczeniodawca – płatnik, w założeniu *on-line*, czyli w czasie rzeczywistym. Ma pełnić rolę podobną do tej, jaką odgrywał RUM, tyle że w sposób elektroniczny. Scalanie informacji od wszystkich podmiotów, z którymi miał styczność pacjent, wraz z określeniem usług i leków nie jest do końca określone i tutaj prezes Miller zwrócił się o pomoc do świadczeniodawców, określając system jako pomocniczy, nieutrudniający codziennej pracy poprzez bieżącą aktualizację danych, a nie, jak dotąd, comiesięczną. Poza tym system miałyby informować lekarza leczącego o wizytach u innych lekarzy (specjalistów), wykupywaniu bądź nie recept i świadczeń przez pacjenta oraz stosowaniu przez niego parafarmaceutyków i innych leków, celem uniknięcia niezamierzonych niezgodności farmaceutycznych. Trudno rzeczywiście nie popierać takiej wizji procesu leczniczego, lecz niestety – jak zawsze – diabeł tkwi w szczegółach. Świadomie pomijam tu głos prezesa firmy Kamssoft, prezentującego działanie systemu, jako żywotnie zainteresowanego rozwojem swojej firmy i wdrożeniem jej produktu na skalę ogólnopolską. A któryż to kupiec nie zachwala swojego towaru?

Pozostaliśmy więc przy wątpliwościach zgłaszanych przez lekarzy i aptekarzy. Dr Świdorski, ale i inni, wskazywał na ryzyko, że nie ma żadnej gwarancji sprawnego działania systemu, a koszty zostaną poniesione. Trzeba tu przypomnieć o systemie START firmy ComputerLand, działającym już skutecznie od 5 lat na Śląsku. Co prawda nie funkcjonuje on obecnie *on-line*, ale próbnie firma (za swoje pieniądze!) wprowadziła taki dostęp dla niezliczonych lekarzy. Poza

tym START został wypróbowany na 4 milionach osób, podczas gdy system obecnie proponowany przez prezesa Millera obejmie zaledwie 100 tys. osób, a i to pod warunkiem, że przystąpią do niego wszyscy lekarze. System START wg opinii prezesa NFZ jest przestarzały, chociaż jeszcze na początku ubiegłego roku twierdził on, że będzie wprowadzał elektroniczne karty ubezpieczeniowe wzorowane na rozwiązaniu śląskim, co więcej, w grudniu 2005 r. został poinformowany o możliwości unowocześnienia START-u (A. Gwozdowska: *Rejestr, którego nie ma*. Puls Medycyny 2005; 5 i 2006; 5). Właścicielem licencji START-u jest NFZ, co oznacza, że w jego wyłącznej gestii (niestety) leży decyzja i wola dokonania zmian modyfikujących jego działanie.

Zabierający głos dr I. May, dr J. Raulinajtys, dr B. Janicka, dr D. Obremska-Głowska, dr E. Śmiśniewicz i mgr farm. P. Błoch podnosili także kwestię komputeryzacji (czy w ogóle jest ona konieczna) i jej zakres: kolejny komputer, następne oprogramowanie znanej nam firmy (bo rzeczywiście programy Kamssoftu są najczęściej wykorzystywane w naszych gabinetach i aptekach) – zapewne z licznymi aktualizacjami, wymagającymi stałego serwisu informatycznego, czytnik karty chipowej, potwierdzającej ubezpieczenie i rejestrującej dane, czytnik odcisków palców jako elektronicznego ekwiwalentu PIN-u, szybkie i pewne stałe łącze internetowe. Jednak prezes NFZ nie widział żadnych trudności technicznych, uważając te problemy za przejściowe i łatwe do pokonania. Nie znalazł jednak najmniejszego zrozumienia wśród obecnych; ponadto twierdził, że obecnie nie istnieje konieczność rozróżniania pacjentów nieubezpieczonych i ubezpieczonych, co spotkało się ze wzburzeniem sali. Wszak obecnie wymagania NFZ są przeciwnie.

W skali kraju szacunkowe koszty wprowadzenia e-RUM-u wyniosą 150 mln euro. Koszt jednej karty to 3,3 euro, koszt systemu elektronicznej kartoteki chorego 300 mln euro, powiększony o zatrudnienie 1 500 informatyków za 75 mln euro.

I pytanie najważniejsze – kto za to zapłaci? Otóż my, lekarze i aptekarze, bo prezes Miller jest pewien, że docelowo ma to się nam opłacać. Jednakże szukającym oszczędności jest Fundusz, a beneficjentem – posiadaczem rynkowych danych statystycznych (dane te są elementem struktury oprogramowania) – firma Kamssoft. Czy nie powinno być tak, że ryzyko i koszty próbnego pilotażu powinna ponieść firma, która na sprzedaży i licencji tego systemu ma zamiar zarabiać? Co do oszczędności, to każdy z lekarzy chyba osiągnął w tej dziedzinie mistrzostwo, co pośrednio potwierdził minister Religa, stwierdzając na ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy, że *w Polsce leczy się tak wiele za tak niewiele*. Troška Funduszu jest więc mocno faryżejska – sami o to dbamy.

Dobrym przykładem jest model francuski. Przewidziano tam dofinansowanie z tytułu uruchomienia systemu informatycznego w następującym zakresie: zaliczka z kasy chorych dla apteki 190 euro, pomoc finansowa z tytułu udostępnienia możliwości aktualizacji karty zdrowia – 380 euro/rok, pomoc finansowa z tytułu abonamentu linii dedykowanej – 190 euro/rok, dofinansowanie z tytułu transmisji i danych do sys-

temu – 0,04535 euro za każdą transmisję dla apteki, 0,07 euro za transmisję dla lekarzy, 270 euro/rok za teletransmisję dla pielęgniarek, dodatkowo 100 euro/rok za gotowość systemu, pomoc finansowa dla ośrodka zdrowia za wyposażenie 1 060 euro na 1 stanowisko etatowe, finansowy dodatek strukturalny zależny od ilości etatów medycznych (np. do 4 etatów 320 euro/rok), zawodowy dodatek finansowy na każdy etat medyczny – 160 euro (powyższe dane na podstawie informacji francuskiego systemu kas chorych dostępnych na stronach internetowych opracował mgr farm. Przemysław Błoch, leszczyński aptekarz i przedstawiciel Izby Aptekarskiej, aktywny uczestnik spotkania z prezesem Millerem).

A co nam się proponuje? Nasze środowisko ma dość eksperymentów na coraz mniej żywym organizmie. Mogę powiedzieć, że nasz *dobry Antek z cudzej torby*, prezes Miller, jest wyjątkowo krótkowzrocznym optymistą. Nie usłyszeliśmy żadnych wyjaśnień merytorycznych na temat kontroli dostępu do danych i ich zabezpieczenia przed dalszym wykorzystywaniem w celach handlowych. Nie powiedziano też (pomimo zadanego pytania), jakie były merytoryczne przesłanki wyboru określonej firmy informatycznej, a co za tym idzie – narzuc-

nego produktu handlowego, jakim jest oprogramowanie (odpowiedź J. Millera z zakresu erystyki *ad personam*, odnosząca się do wieku interlokutora, była żenująca), czy są jakieś koncepcje zgodności z systemami innych państw Unii? A co z gabinetami prywatnymi, jak dane z nich miałyby się znaleźć w systemie? Czy pilotaż zaplanowany tylko do końca 2006 r. dostarczy wystarczających danych? Czy przychodnie/gabiny mogą nie wejść do systemu, czy nie wykluczy ich to jako świadczeniodawców? Pan prezes Miller uważa, że lekarz bez systemu straci pacjentów. Czy wszyscy pacjenci rzeczywiście pragną być tak całkowicie *zmonitorowani*?

Pieniądże zaoszczędzone dzięki wprowadzeniu systemu pozostaną w Wielkopolsce – oświadczył prezes Miller. Odzew z sali: *poprosimy o kasetę rejestrującą i trzymamy za słowo*, nagrodzono głośnymi brawami. Jesteśmy całkowicie za jawnością i przejrzystością informacji medycznych. Zapewnić to może wyłącznie technologia informatyczna, ale czy produkt, który nam zaproponowano (o zgodę nikt nie pytał), jest na tyle dojrzały, aby doświadczenia RUM-u i systemu START pognać na cztery wiatry? Bo kto słuchał pięknego syreniego śpiewu, ginął roztrzaskany o skały... ■

Fantasmagorie prezesa Millera i NFZ



KRZYSZTOF
ŹEGOWSKI

Prezes Miller, przedstawiając na spotkaniach w Wielkopolsce nowy system elektronicznego RUM, zwany oficjalnie ISOZ (Informatyczny System Ochrony Zdrowia), z lekkością charakterystyczną dla finansisty obracającego miliardami złotych (nie swoich), pominał koszty wprowadzenia systemu, a w zasadzie fakt, że NFZ zamierza nimi obciążyć *ochotniczo* zgłaszających się lekarzy i placówki ochrony zdrowia (szczegóły w tekście dr. Przemysława Kozaneckiego). Jednym z wątków spotkań prezesa Millera i późniejszych entuzjastycznych komunikatów WOW NFZ było utworzenie jednej, elektronicznej historii zdrowia i choroby pacjenta – o, przepraszam – świadczeniobiorcy, dostępnej online dla lekarza udzielającego świadczenia. Historii, w której byłyby zapisane wszystkie kontakty świadczeniobiorcy z placówkami ochrony zdrowia, przepisane leki i zrealizowane recepty. Historii, która nie miałaby w przyszłości wersji papierowej, ale za to każdy lekarz miałby do niej dostęp z każdego miejsca. Z pozoru wygląda to atrakcyjnie. Jest tylko jedno *ale...*

Nie, nie, nie będę tutaj zajmował się kwestią technicznych możliwości zrealizowania tak ambitnego projektu. Zajmę się drobiazgami, czyli...

Po pierwsze, kwestią zgody świadczeniobiorcy na udostępnienie danych. To nie jest formalność i może się zdarzyć, że świadczeniobiorca odmówi dostępu do nich. Co w takiej sytuacji miałyby począć lekarz, pozbawiony nie tylko informacji dotyczących innych wizyt, ale nawet danych o świadczeniach, jakich on sam wcześniej udzielał?

Jeśli nawet pacjent wyrazi zgodę na przejrzanie jego elektronicznej kartoteki, czy będzie ona bezwarunkowa, czyli lekarz będzie miał wgląd we wszystkie świadczenia, nawet te, o których świadczeniobiorca nie chciałby go informować, czy też będzie selekcyjował informacje?

A co ze świadczeniami udzielonymi przez lekarzy niepracujących dla NFZ? Przecież ich nie można zmusić, by korzystali z tego systemu. Tu pojawia się także zakamuflowane widmo jedynie słusznego systemu, zakładającego istnienie tylko jednej instytucji finansującej świadczenia. Co w takim razie z pluralizmem w ubezpieczeniach? A jeśli pluralizm, kto będzie właścicielem, a kto administratorem tej olbrzymiej bazy danych i kto będzie mógł z niej korzystać? Jaką mamy gwarancję poufności danych. I to nie teraz, ale później, gdy posłom przyjdzie do głowy pomysł *rozszczenia* tajemnicy lekarskiej i udostępnienia danych świadczeniobiorców np. policji lub innym tego typu podmiotom nie tylko bez pytania o zgodę lekarza, ale nawet samego świadczeniobiorcy.

Kolejne wątpliwości budzi sprawa świadczeniobiorców, którzy *zapomnieli* karty ubezpieczenia lub – co gorsza – dojdzie do *awarii zasilania*. Co wtedy? A co z fałszowaniem kart i uzyskaniem dostępu do cudzych danych?

Te pytania można by mnożyć w nieskończoność i zapewne należy to robić, by nie okazało się wkrótce, że uszczęśliwiono nas, lekarzy, i nas, świadczeniobiorców, systemem potworkiem, który nie dość, że będzie kosztowny, to jeszcze zawodny i łamiący podstawowe prawa obywatelskie.

Na koniec jeszcze jedna sprawa, ale przez to wcale nie najmniej ważna. Założenie, że nie będzie *papierowej* wersji historii w miejscu udzielania świadczenia jest, przynajmniej w obecnym stanie prawnym, założeniem bezprawnym. Ale to jedna strona medalu. Drugą jest to, że indywidualna dokumentacja lekarska to swoisty *dupochron* lekarza (jak to raczy mówić nasz ROZ). Jej brak może być szczególnie dotkliwy w wypadku sporów z pacjentem. Poza tym dokumentacja, zgodnie z obowiązującym prawem, *pozostaje w placówce*, w której powstała. Przekazanie jej *do systemu*, czyli *niewiadomogdzie* jest więc pomysłem całkowicie utopijnym.

Mam nadzieję, że tych kilka refleksji ostudzi nieco entuzjazm twórców systemu, a przynajmniej zmusi ich do refleksji nad niektórymi niezbyt szczęśliwymi pomysłami. ■