

Centralna e-Rejestracja: nie idziemy we właściwym kierunku

*Robert Mołdach, Instytut Zdrowia i Demokracji
Monika Raulinajtys-Grzybek, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*

Projekt centralnej e-rejestracji (CeR), rozwijany przez Centrum e-Zdrowia w Polsce, budzi wiele nadziei, ale w ocenie autorów równie dużo wątpliwości. Na pierwszy rzut oka koncepcja wydaje się być odpowiedzią na jeden z kluczowych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia – ułatwienie pacjentom dostępu do opieki medycznej poprzez scentralizowany system rezerwacji wizyt.

Jednak patrząc głębiej, pytanie brzmi: czy taka forma rozwiązania faktycznie odpowiada na najpilniejsze potrzeby pacjenta i świadczeniodawcy?

Leczenie jest procesem, w którym konsultacje i badania specjalistyczne następują w pewnym porządku. Ten porządek ma wpływ na efekt kliniczny, koszt, doświadczenie pacjenta i personelu. Tworząc nawet najdoskonalsze narzędzie informatyczne, które koncentruje się na pojedynczych działaniach, ryzykujemy utratę z pola widzenia ich nadrzędnego celu. Jest nim sprawnie i efektywnie, w określonym porządku, przeprowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny. Czy oznacza to, że rzeczywiście dzięki CeR rozwiązujemy problem, czy jedynie wprowadzamy narzędzie, które pogłębi obecne niedoskonałości?

KLUCZOWE WNIOSKI:

Obecne podejście do CeR, skupiające się wyłącznie na rezerwacji pojedynczych wizyt, nie odpowiada na potrzeby związane z planowaniem i organizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Konieczne jest zbudowanie bardziej kompleksowego fundamentu i zmiana perspektywy ze zdarzenia medycznego na proces diagnostyczno-terapeutyczny. Zmodyfikowane podejście powinno obejmować następujące kluczowe kroki:

Opracowanie schematów diagnostyczno-terapeutycznych

Rozwój narzędzia i jego integracja z istniejącymi systemami zarządzania

Pilotażowe wdrożenie w wybranych obszarach terapeutycznych

Iteracyjny rozwój i legitymizacja

Perspektywa pacjenta: z czym naprawdę się zмага?

Pacjent zмага się z wieloma wyzwaniami na różnych etapach leczenia. Z jego perspektywy system ochrony zdrowia to labirynt. Kluczowe pytanie, które zadaje, nie brzmi: "Jak mam się zapisać do lekarza?" To akurat ludzie potrafią, stając rano w kolejce po numerki czy dzwoniąc po wielokroć do poradni. I choć archaizm tego procesu ich irytuje, nurtuje ich coś zupełnie innego. Dylematy pacjenta najlepiej opisują pytania: "Co mi jest? Czy będę zdrowy? Kiedy rozpocznie się leczenie? Jak najszybciej mogę zrobić wszystkie potrzebne badania? Gdzie mogę je zrobić blisko domu i możliwie w jednym miejscu i czasie?"

Pacjent z przewlekłym schorzeniem, który często wymaga konsultacji, szeregu badań diagnostycznych i kolejnych wizyt kontrolnych, nie potrzebuje jedynie jednorazowej rezerwacji wizyty. On potrzebuje skoordynowanego procesu leczenia, który oszczędzi mu czasu, wysiłku i frustracji. Resort zdrowia widzi tę potrzebę, choćby wdrażając rozwiązania opieki skoordynowanej na poziomie POZ czy też dążąc do koordynacji leczenia onkologicznego. Niestety, obecne założenia CeR wydają się pomijać tę perspektywę, skupiając się na technicznym ułatwieniu rezerwacji pojedynczych wizyt, zamiast na kompleksowym wsparciu całego procesu terapeutycznego.

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia nie powinna polegać na prostym przeniesieniu procesów analogowych do świata cyfrowego.

Choć takie podejście otwiera pole do usprawnień, takich jak szybki dostęp do elektronicznych danych medycznych czy możliwość rezerwacji online, to nie odpowiada na najpoważniejsze potrzeby pacjentów i świadczeniodawców. Brakuje tu transformacji procesów, która pozwoliłaby w pełni wykorzystać potencjał technologii do integracji i optymalizacji całego cyklu diagnostyczno-terapeutycznego. Przeniesienie pewnych czynności czy danych medycznych do świata cyfrowego to krok naprzód, ale pełne wykorzystanie potencjału technologii wymaga fundamentalnej zmiany sposobu działania systemu. CeR musi stać się narzędziem transformacji procesów, nie tylko ich cyfrowym odzwierciedleniem.

Dla przykładu, pacjent kardiologiczny po pierwszej konsultacji specjalistycznej prawdopodobnie będzie potrzebował takich badań jak echo serca, Holter EKG, ciśnieniowy, USG tętnic szyjnych czy próba wysiłkowa. Co z tego, że nawet całkiem sprawnie zapisze się na konsultację do kardiologa, kiedy następnie będzie musiał samodzielnie ułożyć harmonogram wizyt, zmagając się z narzędziem, które tego w ogóle nie bierze pod uwagę? Rozwijany model wymaga od niego niezależnej rezerwacji w placówkach oferujących wymagane przez specjalistę badania i samodzielnego zaplanowania całego procesu. To nie tylko wydłuża proces diagnostyczny, ale również zwiększa stres i ryzyko rezygnacji z dalszego leczenia.

Dla pacjentów konieczność częstego dojeżdżania na konsultacje i badania jest problemem, z którym nie każdy ma możliwość się zmierzyć. Nawet mieszkając w mieście, wielokrotne wizyty w różnych poradniach bywają uciążliwe i czasochłonne, a dla osób mieszkających na terenach nieurbanizowanych mogą stanowić wręcz barierę nie do pokonania. Wykluczenie komunikacyjne, ograniczona mobilność i konieczność korzystania z pomocy bliskich, którzy muszą w tym celu brać urlopy lub organizować zastępstwa, dodatkowo komplikują sytuację. CeR powinna oferować narzędzie umożliwiające optymalizację całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, minimalizując potrzebę zbędnych podróży i organizując konsultacje oraz badania w możliwie niewielkiej liczbie lokalizacji, w optymalnym czasie. To jednak wymaga diametralnie innego podejścia do problemu, w którym nie zdarzenie medyczne takie jak konsultacja, a ich łańcuch odzwierciedlający proces diagnostyczno-terapeutyczny, jest obiektem zarządzanym z wykorzystaniem systemu informatycznego.

Perspektywa systemu: jak optymalizować wydatki na zdrowie?

Reforma systemu opieki zdrowotnej realizowana pod hasłem odwracania piramidy świadczeń koncentruje się na przesunięciu opieki zdrowotnej w kierunku sektorów generujących niższy poziom wydatków – czyli między innymi z opieki szpitalnej w kierunku jednodniowej czy ambulatoryjnej. Jednym z kilku obszarów, które wymagają szczególnej uwagi są hospitalizacje związane wyłącznie z wykonaniem badań diagnostycznych. Ich nadpodaż w systemie wynika w dużej mierze z tego, że pacjenta łatwiej jest położyć na oddziale i w jednym miejscu i czasie wykonać mu badania. Gdyby podobna logistyka, jaką dziś „ręcznie” prowadzi personel medyczny, była realizowana automatycznie w trybie ambulatoryjnym z wykorzystaniem zasobów informatycznych, oznaczałoby to uwolnienie potencjału tak potrzebnych dziś kadr medycznych. Wtórny rezultat podejścia procesowego do rezerwacji wizyt i badań byłoby ujawnienie i uwolnienie nieoptymalnie wykorzystywanego potencjału szpitalnego.

Profilaktyka i promocja zdrowia stanowią jeden z priorytetów polskiej prezydencji, której start już z początkiem nowego roku. Utrudniony i opóźniony dostęp do konsultacji i badań diagnostycznych stanowi zaprzeczenie efektywnej profilaktyki wtórnej. Późniejsza diagnoza to wyższy koszt leczenia i często również gorsze rokowania. Coraz głośniej w przestrzeni publicznej mówi się, że skuteczna profilaktyka to konieczna droga dla poprawy stanu zdrowia Polaków – wydaje się, że zasoby informatyczne mogą świetnie wspierać proces zapewnienia powszechnego dostępu do koniecznych badań profilaktycznych – nie tylko na poziomie profilaktyki wtórnej, ale i pierwotnej. Doświadczenia z programu Profilaktyka 40+ pokazały, że ułatwiony sposób zapisu na badania profilaktyczne był czynnikiem skłaniającym szereg osób do skorzystania z programu, a jego najczęściej wymienianą słabością była właśnie „punktowość”, czyli brak zarządzania procesem kontynuacji diagnozy w przypadku osób, u których badania wykazały nieprawidłowości.

CeR w obecnym kształcie może pomóc pacjentowi zapisać się na pojedyncze badanie profilaktyczne. Ale już nie będzie wystarczająco pomocna, gdy badanie to będzie częścią procesu, który rozpoczyna się od konsultacji lekarskiej, diagnostyki i – o czym tak często pacjent zapomina – powrotu do lekarza po wyjaśnienie wyni-

ków, otrzymanie zaleceń czy skierowania na diagnostykę pogłębioną. Porządek tego procesu przekłada się na cele systemowe – efektywność wykorzystania środków publicznych i potencjału systemu ochrony zdrowia mierzoną ich wartością publiczną dla pacjenta i populacji.

Największy potencjał podniesienia skuteczności klinicznej leczenia, efektywności finansowej i doświadczenia pacjenta oraz personelu leży w doskonaleniu organizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w sposób oszczędzający czas i wysiłek pacjenta, a jednocześnie przy tym optymalizujący wykorzystanie zasobów. Doskonalenie to musi uwzględniać porządek wynikający z dobrej praktyki klinicznej i wrażliwość na ograniczenia, jakim podlega pacjent. Na tak postawiony cel CeR nie przynosi rozwiązania, by nie powiedzieć, że pomija doskonałą szansę na zmierzenie się z tym podstawowym wyzwaniem systemowym w najlepszym miejscu i czasie.

Perspektywa świadczeniodawcy: jak zarządzać zasobami?

Z perspektywy świadczeniodawcy wyzwania są równie istotne co wyzwania pacjenta i systemu, choć inne. Każda placówka medyczna musi zarządzać swoimi zasobami: personelem, sprzętem, infrastrukturą. System wspierający zarządzanie pojedynczymi zdarzeniami utrwała podejście silosowe i pozwala jedynie na wdrożenie strategii „maksymalnie wypełnionego grafiku” każdej komórki organizacyjnej oddzielnie. Jednak placówka medyczna to system naczyń połączonych, w których popyt na jedne usługi zależy od realizacji innych, wynikających z potrzeb pacjentów. Ta zasada obowiązuje zarówno w sytuacji, kiedy całość procesu realizowana jest w jednej placówce medycznej, jak i kiedy za poszczególne elementy procesu odpowiadają różni świadczeniodawcy. W ochronie zdrowia kluczowe jest zapewnienie pacjentowi jak najlepszego procesu leczenia przy efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów.

Każda konsultacja, badanie specjalistyczne czy operacja odbywa się na podstawie zlecenia i są oparte na określonych schematach diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompetencji specjalistów. Świadczeniodawca zarządzający zasobami powinien wiedzieć, jaki procent pacjentów w poradni ortopedycznej potrzebuje badań USG, RTG, RM czy TK. Powinien zaplanować te zasoby w taki sposób, by pacjent wychodzący z gabinetu miał termin badania w jak najkrótszym czasie, najlepiej tego samego dnia. Następnie pacjent z wynikiem badania powinien móc wrócić do lekarza, który zleci dalsze postępowanie, na przykład rehabilitację, a zasoby do jej realizacji również powinny być dostępne we właściwym czasie i miejscu. To oczywiście powinno odbywać na gruncie rachunku statystycznego.

Brzmi jak fikcja? Nie! To świat nowocześnie zarządzanych placówek medycznych.

Podobne rozwiązania są już stosowane na świecie nie tylko w placówkach medycznych, ale również w innych działach gospodarki, gdzie dostarczanie towarów i usług odbywa w modelu just-in-time z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb klientów. Błędy w organizacji tego procesu skutkują niewykorzystanymi slotami, stratami finansowymi, pogorszeniem jakości opieki i wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenia. W przyszłości, gdy premiowane będą efekty zdrowotne pacjentów, optymalizacja procesów stanie się jeszcze ważniejsza. CeR powinna zatem wspierać organizację pracy i zarządzanie zasobami, umożliwiając świadczeniodawcom zapewnienie najwyższej jakości opieki, a nie być jedynie platformą rezerwacyjną.

Wyzwanie technologiczne

Uwzględnienie schematów diagnostyczno-terapeutycznych mogłoby diametralnie zmienić sposób funkcjonowania CeR, ale schematy te powinny zostać najpierw w sposób usystematyzowany opisane. To proces, który zajmie pewien czas środowisku klinicznemu w skali globalnej, choć na poziomie wybranych zakresów klinicznych czy też poszczególnych placówek medycznych wiele ma to zagadnienie dobrze przepracowane. Warto także przypomnieć, że w ramach rozwoju map potrzeb zdrowotnych Ministerstwo Zdrowia przygotowało pogłębione analizy ścieżek pacjenta w systemie, tworząc de facto już wiele lat temu podstawy do podejścia procesowego dla systemu centralnej e-rejestracji. Źródłem wiedzy mogą też być nieprzebrane zasoby NFZ, gdzie można odnaleźć, z jakich świadczeń korzystał każdy pacjent. Możemy to przeanalizować nie tylko pod kątem globalnej statystyki, ale przede wszystkim pod kątem zagadnienia następstwa – jakie inne świadczenie poprzedzało analizowane świadczenie, a jakie po nim następowało. Wychodząc natomiast poza system świadczeń gwarantowanych, informacja o zdarzeniach będących świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi przez

pacjenta lub prywatnego płatnika instytucjonalnego powinna spływać do krajowej bazy systemu informacji medycznej. I choć w wielu przypadkach nie jest to jeszcze rejestr kompletny, to docelowo powinien stanowić podstawowe źródło wiedzy o naturze dominujących procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

Powinniśmy ten potencjał informacyjny na poziomie państwa wykorzystać. Zbudowane na jego podstawie narzędzia będą pozwalać przewidywać kolejne kroki leczenia i przypisywać im określone prawdopodobieństwa. Dzięki ich znajomości, możliwa będzie zarówno sprawna koordynacja procesu leczenia z perspektywy pacjenta, jak i optymalne wykorzystanie zasobów z perspektywy świadczeniodawcy. Dla pacjenta oznaczałoby to możliwość całościowego planowania leczenia w jednym systemie, co ograniczyłoby potrzebę wielokrotnego kontaktowania się z różnymi placówkami i usprawniło żmudną logistykę leczenia. Dla świadczeniodawcy byłaby to natomiast szansa na efektywniejsze wykorzystanie personelu i infrastruktury, minimalizujące straty i maksymalizujące jakość świadczonych usług.

Przykład? Pacjent wymagający konsultacji kardiologicznej i serii badań diagnostycznych mógłby mieć wszystko zaplanowane w sposób skomasowany, np. w jednym dniu lub w krótkim okresie, z uwzględnieniem dostępności zasobów. CeR mogłaby pełnić funkcję koordynatora między różnymi podmiotami, umożliwiając pacjentowi płynne przejście przez cały proces diagnostyki i leczenia.

Co dalej?

Obecne podejście do CeR, skupiające się wyłącznie na rezerwacji pojedynczych wizyt, jest niewystarczające. Może usprawnić jednorazowy kontakt z podmiotem leczniczym, czego zalety poznaliśmy w trakcie pandemii umawiając się na szczepienia. Nie odpowiada jednak na potrzeby związane z planowaniem i organizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego, na który składa się szereg konsultacji i badań.

Aby stworzyć system, który podejmuje tak zdefiniowane potrzeby pacjentów i świadczeniodawców, konieczne jest zbudowanie bardziej kompleksowego fundamentu i zmiana perspektywy ze zdarzenia medycznego na proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Zmodyfikowane podejście powinno obejmować następujące kluczowe kroki:

- **Opracowanie schematów diagnostyczno-terapeutycznych:** Powinny one stać się podstawą planowania w określonym porządku sekwencji wizyt i badań pod kątem określonych terapii w sposób spójny i zautomatyzowany. W pierwszym podejściu mogą opierać się na statystyce medycznej zwalidowanej rekomendacjami klinicznymi. Docelowo powinny bazować na wariantowych schematach postępowania, gdzie każdemu wariantowi jest przypisane określone prawdopodobieństwo pozwalające optymalnie zarezerwować konieczne zasoby oraz zoptymalizować wizyty, podróże i czas pacjenta.
- **Rozwój narzędzia i jego integracja z istniejącymi systemami zarządzania:** CeR powinna współpracować z systemami medycznymi i innymi platformami używanymi przez placówki medyczne w taki sposób, by było możliwe ex-ante rezerwowanie z określonym prawdopodobieństwem ich zasobów pod możliwe przyszłe skierowania. Docelowa pełna integracja ma szansę stworzyć warunki do pełnej synchronizacji procesów oraz do całościowego planowania zasobów między różnymi jednostkami systemu ochrony zdrowia.
- **Pilotażowe wdrożenie w wybranych obszarach terapeutycznych:** Testowanie systemu pod kątem procesowym w wybranych obszarach ambulatoryjnej opieki ortopedycznej, kardiologicznej czy urologicznej, pozwoli zidentyfikować potencjalne problemy, zweryfikować założenia projektowe, zbadać opinie pacjentów i świadczeniodawców oraz dostosować rozwiązania przed jego poszerzeniem i dalszym rozwojem.

- **Iteracyjny rozwój i legitymizacja:** Rozwiązanie działające skutecznie w ograniczonym obszarze będzie budzić zaufanie tworząc warunki do legitymizacji dalej idących kroków. Ten proces powinien następować w sposób wieloetapowy, gdzie po każdym etapie utwierdzamy się w przekonaniu, że idziemy w dobrym kierunku, co pozwala legitymizować pod kątem finansowym i politycznym kolejne kroki i angażować dla nich coraz większe wsparcie.

Podsumowanie

Centralna e-rejestracja ma potencjał, by stać się jednym z najważniejszych narzędzi w polskim systemie ochrony zdrowia tak dla pacjenta, jak i dla świadczeniodawcy. Jednak w obecnej formie jest to projekt niewystarczająco przemyślany, który skupia się na zbyt wąskim zakresie problemów dostrzeganych w krótkookresowej perspektywie złożonej obietnicy politycznej. Jego publiczna obrona pod hasłem: "Trzeba od czegoś zacząć" pomija dalekosiężny cel jakości i efektywności opieki zdrowotnej w perspektywach pacjenta, świadczeniodawcy i systemu. Bez tego dalekosiężnego spojrzenia trudno będzie udowodnić, że pierwszy krok został postawiony we właściwym kierunku.

Kierunek wyznaczają pacjenci potrzebujący narzędzia, które zapewni im kompleksowe wsparcie w całym procesie leczenia. Kształtują go także świadczeniodawcy, którym ułatwi zarządzanie zasobami i podniesie jakość opieki. Warto jeszcze na tej liście umieścić regulatora rynku i płatnika, którzy chcą optymalnie wykorzystać środki publiczne oraz wspierać maksymalnie zdrowie społeczeństwa. Aby osiągnąć te ambitne cele, konieczne jest poszerzenie perspektywy i dostrzeżenie prócz prostego modelu rezerwacji wizyt, kompleksowego systemu zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutycznym i zdrowiem populacji.



Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH, kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej. Kieruje pracami Think Tanku #SGH dla ochrony zdrowia. Dyrektorka programu SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia z ramienia SGH. Współpracuje z podmiotami leczniczymi jako członkini rad społecznych i konsultantka dyrekcji w zakresie kontrolingu i zarządzania.



Dr inż. Robert Mołdach, partner w Instytucie Zdrowia i Demokracji, członek Rady Programowej Think Tanku #SGH dla ochrony zdrowia oraz wykładowca programu SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia. Inspirator strategicznych rozwiązań wspierających zrównoważony rozwój systemów ochrony zdrowia. Członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ekspert Komisji Europejskiej ds. europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych w ochronie zdrowia.