

Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych jest pożądana i oczekiwana. Zależy ona jednak w coraz większym stopniu od bezpośredniego współdziałania (interoperacyjności) systemów informatycznych ochrony zdrowia. Przez poprawę jakości świadczenia usług rozumie się nie tylko subiektywne odczucia pacjentów dotyczące procesu leczenia, łatwość odszukania właściwego lekarza specjalisty, przejrzystość procesu tworzenia kolejek do świadczeń usług wysokospecjalistycznych, dostępność informacji o lekach, ich działaniu i cenie, ale także szybkość udzielania pomocy medycznej. Ta zaś – szczególnie w sytuacjach krytycznych ratowania życia – zależy od sprawności systemów informatycznych ochrony zdrowia i jakości przetwarzanych w nich danych.

Systematycznie rosnące techniczne możliwości realizacji różnego rodzaju serwisów w połączeniu z rozbudowanymi funkcjami wyszukiwawczymi mogą stworzyć zupełnie nową jakość w dostępie do informacji w sferze ochrony zdrowia. Jednak nawet najlepsze systemy będą bezużyteczne, jeżeli dane w nich przetwarzane będą nieprawdziwe lub niekompletne. Jak się okazuje, mamy do czynienia z jednym i drugim. Istnieje prastara zasada odnosząca się do przetwarzania danych w systemach informatycznych: wkładasz śmiecie – dostajesz śmiecie. Ich przetworzenie niczego nie zmieni – poza stratą czasu i pieniędzy nie da się odnotować korzyści. Innymi słowy – wprowadzanie do baz danych nieprawdziwych, źle sformatowanych, niekompletnych danych uniemożliwia ich wykorzystanie a także podważa sens doprowadzania do interoperacyjności systemów teleinformatycznych.

Aktualnie prowadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) działania związane z budową nowoczesnego systemu informacji w ochronie zdrowia (SIOZ) znalazły się w fazie, w której absolutnie niezbędny jest świadomy udział dostawców danych przetwarzanych w tym systemie, w poprawie jakości tych danych. Konkretnie, chodzi o zasoby wszelkich rejestrów oraz baz danych stanowiących fundamenty systemów, o których mowa w art. 6 ust. 1 (projekt P2) i art. 7 ust. 1 (projekt P1) ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Jednym z podstawowych zasobów jest Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (część tego rejestru stanowi dawniejszy eRZOZ). Rejestr powstał z trzech odrębnych dotąd rejestrów, zawierających dane rodzajowo innych podmiotów (czymś innym jest indywidualna czy grupowa praktyka lekarska bądź pielęgnarska, a czymś innym zakład opieki zdrowotnej – mimo iż jedno i drugie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą). Prace nad reorganizacją zasobów ujawniły słabości dawnego systemu gromadzenia danych – w szczególności brak bezpośredniego oparcia się o tak istotne rejestry jak REGON i TERYT już na etapie wprowadzania danych. Analiza stanu jakości i całego procesu gromadzenia danych rejestrowych ujawniła, że pracownicy organów rejestrowych dopuszczają do wprowadzania do systemów błędnych danych kierując się zasadą, że za jakość i prawdziwość danych odpowiada wyłącznie wnioskodawca. Innymi słowy – jeśli tylko dane przesłane przez wnioskodawcę daje się wprowadzić do systemu, to się je wprowadza, bez względu na to, czy są poprawne.

System nie wymuszał kompletności czy formalnej po-prawności wprowadzanych danych. Przesztywnienie reguł wprowadzania danych mogłoby bowiem prowadzić do znaczącego utrudnienia procesu rejestracji. Nic nie stało na przeszkodzie, by w przypadku braku pewnych danych dokonać rejestracji, a w ciągu kilku dni dokonać uzupeł-nienia braków. Niestety, kilka dni zmieniało się w lata.

Podobnie rzecz miała się z identyfikatorami NIP i REGON – kluczowymi identyfikatorami, które mogłyby znacząco usprawnić procesy rejestracji, gdyby były wpisywane zgodnie zasadami opisanymi w uznanym już za uchylone rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 października 2005 r. w sprawie minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w formie elektronicznej (Dz. U.

2005.214.1781). W konsekwencji identyfikatory NIP czy REGON wpisywane były dowolnie – z myślnikami lub spacjami – czyli były bezrefleksyjnie przepisywane z dokumentów wystawianych przez urzędy skarbowe i GUS. Podobnie rzecz miała się z kodami pocztowymi (zamiast dokładnego kodu urzędu pocztowego właściwego dla danego adresu wprowadzano ogólny kod pocztowy danej miejscowości), adresami (np. nazwy ulic wpisywane wg uznania wnioskodawcy zamiast ich nazw zgodnych z ich zapisem w rejestrze TERYT) czy nawet nazwami podmiotów, których brzmienie było inne w rejestrze REGON i eRZOZ.

Dopóki rzecz kończyła się na samym wpisie do rejestru, załatwieniu pewnej formalności, problem był niezauważalny. Kiedy jednak doszło do fazy budowy składowych Systemu Informacji w Ochronie Zdrowia (czytaj: tworzenia warunków interoperacyjności dotychczas odrębnych systemów teleinformatycznych), te pozornie drobne usterki stały się znaczące. Gorzej; wiele podmiotów podawało dane nie wnikając w ich istotę (dane referencyjne), lub nawet je pomijało w składanych wnioskach (powszechne są braki 14-cyfrowych identyfikatorów REGON przedsiębiorstw podmiotu leczniczego). Ponieważ zgodnie z art. 217 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej podmioty lecznicze mają termin określony do 30 czerwca 2012 r. na dostosowanie się do przepisów ustawy, należy się spodziewać „pospolitego ruszenia” i istotnych zakłóceń dostępności rejestrów przy końcu tego okresu. Uzyskanie z GUS 14-cyfrowego numeru REGON jest czynnością niekłopotliwą – a dla późniejszej jakości danych ma istotne znaczenie, gdyż umożliwi zapewnienie spójności danych dotyczących konkretnego podmiotu – a co ważniejsze, pozwoli systematycznie zmniejszać zakres informacyjny formularzy zgłoszeniowych. Centrum, wychodząc naprzeciw postulatam wnioskodawców a także wykorzystując w pełni możliwości, jakie daje art. 220 Kpa oraz zasady interoperacyjności zamierza w ciągu najbliższego półrocza przeprowadzić czyszczenie rejestru – zaktualizować dane, uzupełnić braki – jednak z zachowaniem ról wszystkich uczestników procesów obsługiwanych przez rejestr.

Niniejszy artykuł, który opublikowany został w Biuletynie informacyjnym CSIOZ (wydanie trzecie), jest kolejnym wezwaniem podmiotów wykonujących działalność leczniczą do weryfikacji własnych danych w Rejestrze Pomiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a organów rejestrowych - do sprawdzania poprawności składanych wniosków i stosownego reagowania – usuwania błędów już na etapie wprowadzania danych do rejestrów. Budowa sprawnego systemu informacji w ochronie zdrowia jest naszą wspólną, wielką sprawą...

*Źródło: [Biuletyn informacyjny CSIOZ, wydanie trzecie](#), autor: Dr inż. Kajetan Wojsyk*