Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia — jednostka Ministra Zdrowia

EZDROWIE

Biuletyn informacyjny

Grudzień 2014, WYDANIE OSIEMNASTE

Koordynacja projektów e-Zdrowie

W tym numerze:

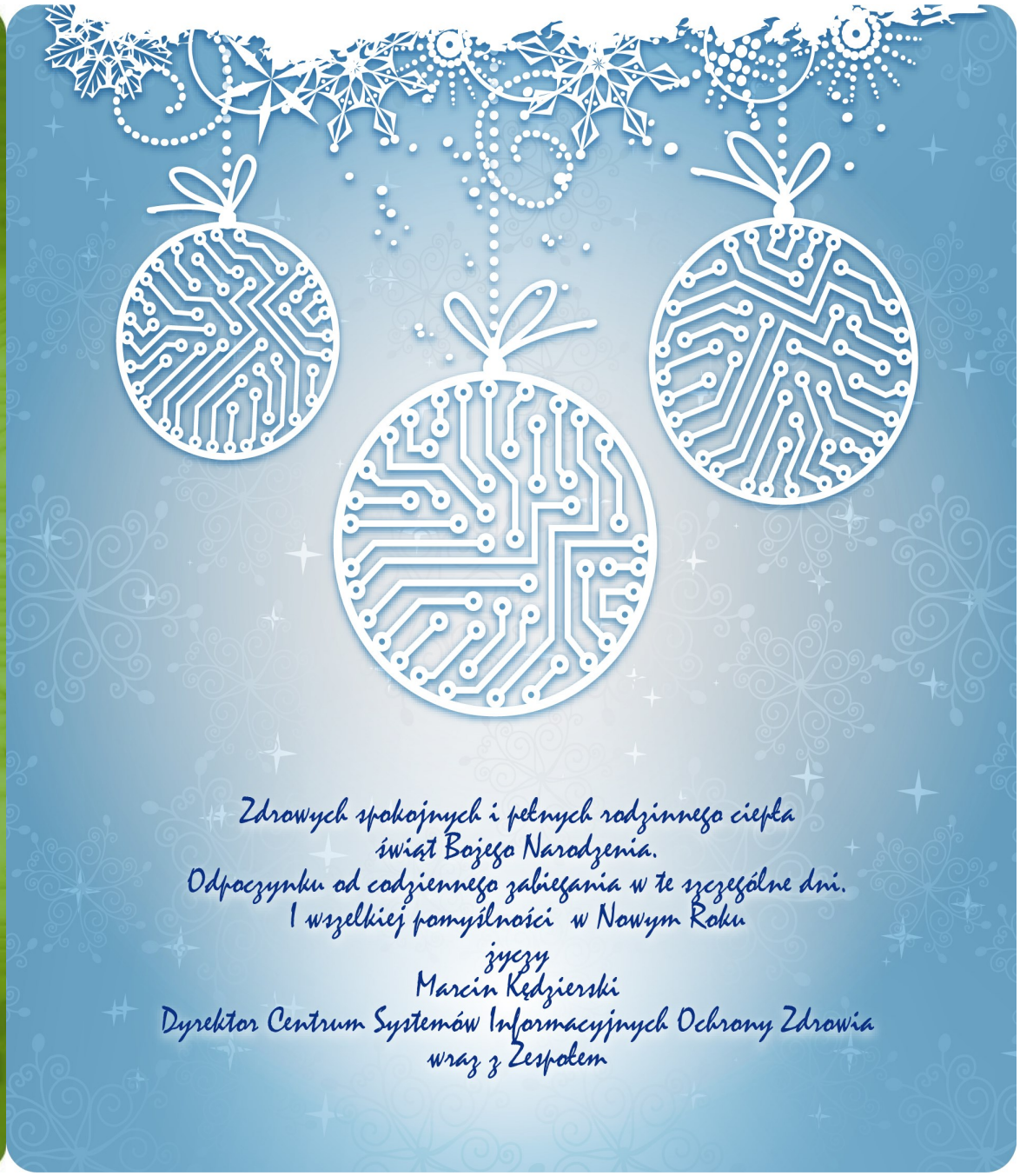
Ranking jakości danych RPWDL - część 8 2

O profilu zaufanym i ePUAPie 5

Szkolenia z zakresu ICT - punkty edukacyjne dla lekarzy 6

Współpraca międzynarodowa 7

Badanie stopnia przygotowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą do obowiązków wynikających z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia 9



INNOWACYJNA GOSPODARKA
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Ministerstwo Zdrowia

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Publikacja współfinansowana ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka „Dotacje na Innowacje" - „Inwestujemy w Waszą przyszłość".

Dokąd zmierzamy, o co walczymy… (część 8)

Dr inż. Kajetan Wojsyk

Autor jest zastępcą Dyrektora ds. Europejskich w CSIOZ

W niniejszym wydaniu Biuletynu Informacyjnego CSIOZ publikujemy kolejną tabelę zawierającą wyniki monitoringu stanu jakości danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Przypominamy, że badania takie wykonujemy co dwa miesiące – i w chwili obecnej jedynie w odniesieniu do części rejestru prowadzonej przez wojewodów. Zakładamy, że zarówno Izby Lekarskie, jak i Izby Pielęgniarek i Położnych dokonają korekt w częściach RPWDL przez Izby te prowadzonych. Kolejny raz odnotowujemy poprawę zarówno ogólną, jak i poprawę w poszczególnych częściach regionalnych. Jednak z uwagi na różną dynamikę tych zmian kolejność na „liście rankingowej" ponownie uległa zmianie, co zostało zobrazowane w poniższej tabeli.

Poprzednia wartość wskaźnika: 0,07453 Aktualna wartość wskaźnika: 0,06424

Tabela 1. LISTA RANKINGOWA JAKOŚCI DANYCH RPWDL z dnia 2014-11-11

Nazwa i kod województwa	Poprzednia pozycja na liście (2014-09-04)	Aktualna pozycja na liście (2014-11-11)	Zmiana pozycji na liście w stosunku do innych województw	Zmiana jakości danych w stosunku do stanu z dnia 2014-09-04	Zmiana jakości danych w stosunku do stanu z dnia 2013-10-10
warmińsko-mazurskie — 28	2	1	Poprawa	Poprawa	Poprawa
świętokrzyskie — 26	1	2	Pogorszenie	Poprawa	Poprawa
podlaskie — 20	3	3	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
dolnośląskie — 02	4	4	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
małopolskie — 12	5	5	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
śląskie — 24	6	6	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
lubuskie — 08	7	7	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
kujawsko-pomorskie — 04	9	8	Poprawa	Poprawa	Poprawa
mazowieckie — 14	8	9	Pogorszenie	Poprawa	Poprawa
opolskie — 16	10	10	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
podkarpackie — 18	11	11	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
pomorskie — 22	12	12	Bez zmian	Poprawa	Poprawa
lubelskie — 06	15	13	Poprawa	Poprawa	Poprawa
zachodniopomorskie — 32	13	14	Pogorszenie	Poprawa	Poprawa
wielkopolskie — 30	14	15	Pogorszenie	Poprawa	Poprawa
łódzkie — 10	16	16	Bez zmian	Poprawa	Poprawa

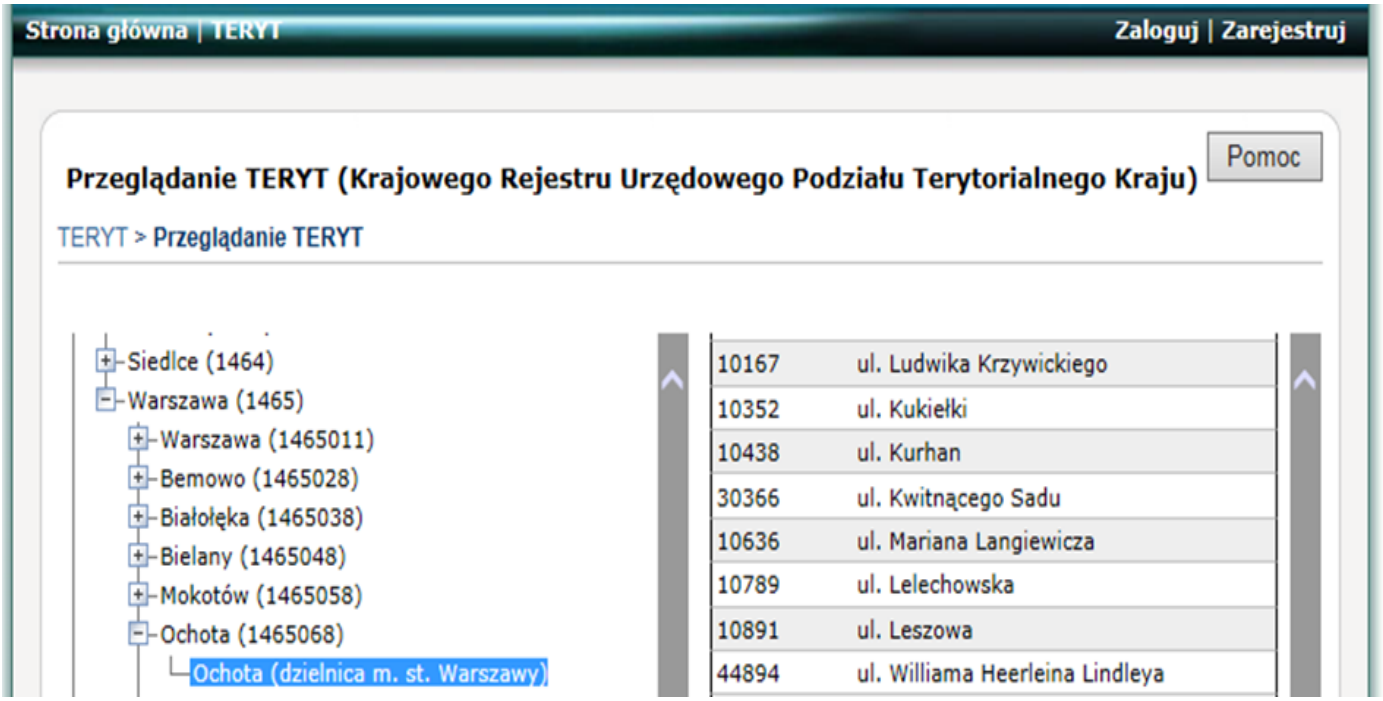
Jak widać, w ciągu dwóch miesięcy wartość wskaźnika jakości danych (mierzona liczbą automatycznie wykrytych błędów w stosunku do całkowitej liczby obiektów objętych analizą) zmniejszyła się o 0,01029. To zbyt wolne tempo zmian, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że porządkowanie rejestrów i poprawa stanu ich jakości mają kluczowe znaczenie dla funkcjonowania systemu informacji w ochronie zdrowia jako całości. Ważne jednak, że poprawa stanu jakości danych ma tendencję stałą. Jak wynika z rozmów z przedstawicielami organów rejestrowych, postrzegają oni wagę problemu, jednak dokonują zmian wpisów w RPWDL jedynie w zakresie zgodnym z wnioskami, nie biorąc pod uwagę faktu, że wnioskodawcy najczęściej zupełnie nie mają świadomości przepisów *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych* (Dz.U. poz. 526) i jego znaczenia dla budowy systemu informacji w ochronie zdrowia. Centrum zwraca jednak uwagę na fakt, że rejestry w postaci elektronicznej muszą bezpośrednio współdziałać z innymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia. Bez usunięcia błędnych wpisów mogłoby dochodzić do dalszej dystrybucji błędnych danych, czyli powielania błędów. To byłoby jednak znacznie mniej groźne od sytuacji, w których programy statystyczne i inne, osadzone w systemie zaczęłyby wykonywać różnego rodzaju operacje na takich danych. W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, że rola organów rejestrowych nie powinna sprowadzać się do bezrefleksyjnego i literalnie zgodnego przenoszenia danych z wniosków do rejestru, łącznie z błędami, ale do likwidacji z urzędu błędów przed wprowadzeniem danych z wniosku do rejestru. Podobnie rzecz ma się z wpisanymi już do rejestru błędnymi danymi, które powinny także być z urzędu poprawione. Po raz kolejny Centrum zwraca uwagę na fakt, że każdy adres powinien się dać dokładnie zapisać w postaci jednoznacznego kodu określającego ten punkt adresowy.

Przykład: mieszczącą się przy ul. Williama Heerleina Lindleya 4 Klinikę Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii, stanowiącą jednostkę organizacyjną Przedsiębiorstwa Szpital (REGON: 00028893000025), będącego przedsiębiorstwem podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (REGON: 000288930), można jednoznacznie opisać co do adresu i nazwy za pomocą ciągu znaków:1465068;0918643;44894;4;;00028893000025;03.

Kontynuacja artykułu ze strony 3

W skład tego ciągu znaków wchodzą kolejno 7-cyfrowy kod terytorialny Ochoty (dzielnicy m. st. Warszawy), 7-cyfrowy identyfikator miejscowości, 5-cyfowy kod nazwy ulicy, numer budynku, puste miejsce (numer lokalu), 14-znakowy numer REGON Przedsiębiorstwa Szpital oraz 2-cyfrowy kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Wydaje się to skomplikowane, ale tylko pozornie. Kodów pamiętać ani znać nie trzeba, gdyż są one przeznaczone jedynie dla systemów informatycznych, mających dokonywać operacji (takich jak wyszukiwanie, przeliczanie itp.) na danych. Ludzie powinni jedynie posługiwać się słownikami zaimplementowanymi w systemie RPWDL – a kody pojawią się we właściwych miejscach automatycznie.

Na stronie internetowej www.stat.gov.pl widoczne są kody terytorialne, kody miejscowości , itd



Warto w tym miejscu zaznaczyć, że tylko część danych wprowadzanych do rejestrów ma swoje kody – i te dane muszą być wprowadzane ze szczególną starannością i zdwojoną uwagą. Należy jednak zwrócić także uwagę na inne dane, takie jak dane kontaktowe (numery telefonów, adresy poczty elektronicznej i adresy stron www, które częstokroć zawierają tzw. czeskie błędy i literówki (braki liter lub litery będące wynikiem wciśnięcia sąsiedniego klawisza)). Do tematu jakości danych w rejestrach będziemy powracali w kolejnych wydaniach Biuletynu informacyjnego.■

Kontakt: e-mail: biuro@csioz.gov.pl; Skrytka odbiorcza na ePUAP: /csiozgovpl/skrytka

ePUAP – elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej

Dr inż. Kajetan Wojsyk

Autor jest zastępcą Dyrektora ds. Europejskich w CSIOZ

W szesnastym wydaniu Biuletynu Informacyjnego wspomnieliśmy o możliwości wykorzystywania w praktyce profilu zaufanego ePUAP. Zależało nam na tym by wyraźnie wskazać, że istnieje pewny i bezkosztowy dla podmiotów realizujących zadania publiczne oraz przedsiębiorców, sposób przesyłania dokumentów. Wskazanie to wynika z kilku przyczyn. Po pierwsze, tworzenie się społeczeństwa informacyjnego (o którym mowa w uchwale Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 lipca 2000 r. w sprawie budowania podstaw społeczeństwa informacyjnego w Polsce (M.P.2000.22.448)) wymaga tworzenia warunków odpowiednich dla jego funkcjonowania, a więc m/in. budowy systemów teleinformatycznych służących do sprawnego i dokumentowanego komunikowania się. Po drugie, wysiłkiem podatnika zostały wytworzone i udostępnione systemy, które nie są powszechnie wykorzystywane zgodnie z celami ich wytworzenia, co już samo w sobie jest ewidentną stratą społeczną, wynikającą wyłącznie z braku kompetencji cyfrowych kierowników podmiotów. Po trzecie, chodzi o powszechne stosowanie środków komunikacji elektronicznej w sposób właściwy dla miejsca ich wykorzystywania (sektor finansów publicznych, lecz nie tylko). Należy pamiętać, że stworzone zostały podstawy prawne wykorzystywania dokumentów elektronicznych, podpisu elektronicznego i systemy, w których w prosty sposób owe dokumenty i podpis elektroniczny można stosować. Więcej, zostały stworzone podstawy prawne świadczenia usług drogą elektroniczną i różnego rodzaju udogodnienia dla użytkowników, takie jak np. wzory dokumentów elektronicznych, zamieszczane w centralnym repozytorium wzorów dokumentów elektronicznych. Po czwarte w końcu (i o tym była mowa w poprzednich wydaniach Biuletynu) – podmioty realizujące zadania publiczne nie powinny wydawać grosza publicznego na działania, których jedynym efektem jest opóźnienie przesłania dokumentu, pogorszenie jego wiarygodności, znaczące pogorszenie możliwości dalszego przetwarzania zawartych w nim treści i generowanie zbędnych kosztów. Centrum wielokrotnie (niemal w każdym piśmie wysyłanym do innych podmiotów) prosiło o przesyłanie – zgodnie z art. 39^1 Kodeksu postępowania administracyjnego wszelkich dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej – i skutki tych próśb są znikome. Do chwili obecnej ledwie kilka podmiotów potrafiło się do aktualnego stanu prawnego i wymaganego poziomu rozwoju cywilizacyjnego dostosować. A przecież bez zmiany mentalnej, zmiany sposobu myślenia, przestawienia się z pojmowania jako dokumentu nośnika papierowego zamiast niezależnej od nośnika treści, której integralność i oryginalność zapewnia się podpisem elektronicznym, nie uda się przeskoczyć bariery cywilizacyjnej między społeczeństwem postindustrialnym a informacyjnym. Aktualnie potrafimy posługiwać się środkami komunikacji elektronicznej w celach rozrywkowych, w zarządzaniu własnymi środkami na elektronicznym koncie bankowym; natomiast w pracy – gdy trzeba posłużyć się elektronicznym dokumentem, a nie tylko e-mailem – jakoś nie.

Kontynuacja artykułu na stronie 6

Kontynuacja artykułu ze strony 5

Centrum podjęło więc próbę dalszego oddziaływania, między innymi poprzez propagowanie posługiwania się platformą ePUAP – a co za tym idzie, potwierdzania profili zaufanych. Wszystkim odwiedzającym Centrum oferuje się zatem potwierdzenie profilu założonego na ePUAP, by mogli oni wykorzystywać profil zaufany w praktyce. Korzystanie z możliwości przesłania oryginalnych dokumentów polega w istocie na współużytkowaniu tego samego systemu ePUAP przez nadawcę pisma i jego odbiorcę; dokument nie opuszcza bezpiecznego środowiska. Co ważne, podpisanie dokumentu danymi potwierdzonymi profilem zaufanym jest równoważne w skutkach prawnych podpisaniu własnoręcznemu. Do tematu wykorzystywania ePUAP w praktyce będziemy jeszcze powracali■

Szkolenia z zakresu ICT

Miło nam poinformować, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wpisała Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt realizowany przez CSIOZ dostał akredytację na okres od 01.09.2014 r. do 30.06.2015 r. na realizację szkoleń w formie kursów medycznych w ramach projektu „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT". Dzięki temu uczestnictwo w jednym z dwudniowych szkoleń pozwoli na uzyskanie 14 punktów edukacyjnych. Szczegółowe informacje dotyczące projektu znajdą Państwo na stronie: www.kompetencjecyfrowe.csioz.gov.pl

Pod koniec października odbyło się ostatnie szkolenie z zaplanowanych na ten rok Szkolenia współfinansowane są przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Ich celem jest podniesienie poziomu wiedzy kadry medycznej oraz zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia w zakresie dostępności, możliwości, i korzyści płynących z wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT). Do tej pory przeszkolono łącznie ponad 780 lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz osób należących do kadry zarządzającej. W dyskusjach miedzy sobą i z prowadzącymi zajęcia uczestnicy szkoleń wymieniali się również własnymi doświadczeniami w wykorzystaniu technologii informacyjno – komunikacyjnych. Oprócz tematów związanych z samym szkoleniem, uczestnicy z zainteresowaniem zadawali pytania dotyczące Projektu P1.

Następne szkolenia zaplanowano na 2015 r. i będą się odbywały w następujących lokalizacjach oraz terminach:

Szczecin	• 13-14.01.2015 r.	Rzeszów	• 20-21.01.2015 r.
Olsztyn	• 15-16.01.2015 r.	Lublin	• 22-23.01.2015 r.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Autor w latach 2010-2012 był prezydentem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (organizacji zrzeszającej izby lekarskie z państw członkowskich UE i EOG intensywnie współpracującej z Komisją Europejską i Parlamentem Europejskim). Nadal aktywnie uczestniczy jego w pracach, jest w nim przewodniczącym Grupy Roboczej ds. e-zdrowia.

Informatyzacja po europejsku

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) to organizacja działająca w Unii Europejskiej od ponad 50 lat . Zrzesza ona najbardziej reprezentatywne narodowe organizacje lekarskie z krajów Unii oraz EOG (polskim członkiem CPME jest od wielu lat Naczelna Izba Lekarska). Zadaniem CPME jest reprezentowanie opinii lekarzy w relacji z instytucjami Unii dla dobra pacjentów i samego środowiska lekarskiego.

Od dawna przedmiotem zainteresowania CPME jest także e-zdrowie i jego implikacje dla jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. E-zdrowie staje się szybko narzędziem i częścią codziennej praktyki we wzrastającej liczbie placówek ochrony zdrowia. Zarówno pacjenci, jak i lekarze (oraz w coraz większym stopniu także inni pracownicy służby zdrowia) doświadczają innowacji zmieniających oblicze medycyny. CPME nie ma wątpliwości, że rozsądnie wprowadzane rozwiązania w zakresie e-zdrowia przynoszą wiele potencjalnych korzyści zarówno dla pacjentów jak i samych lekarzy:

- *Technologie e-zdrowia mogą ułatwić dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych (a zwł. tych, które mogą być dzięki nim wykonywane na odległość), a także poprzez lepszą organizację skrócić czas oczekiwania chorych na opiekę medyczną.*
- *Informatyzacja ułatwia pracę lekarzy i innych pracowników placówek ochrony zdrowia.*
- *E-zdrowie jest szansą na jeszcze większą mobilność lekarzy i innych profesjonalistów medycznych.*
- *Właściwie wdrażane technologie informatyczne (np. poprzez ograniczenie powielania badań oraz zapewnienie lepszej koordynacji działań) stanowią szansę zwiększenia wydajności funkcjonowania placówek służby zdrowia.*

Zachęcając do torowania drogi innowacjom, CPME zwraca jednocześnie uwagę na warunki konieczne do akceptowania nowych rozwiązań. Jak każda zmiana, tak i e-zdrowie, niesie ze sobą potrzebę refleksji nad zagrożeniami, które mogą nieść ze sobą nowe technologie oraz wyzwaniami dla organizatorów ochrony zdrowia: Informatyzacja musi być zorientowana na pacjenta: jego potrzeby, bezpieczeństwo i jakość opieki nad nim.

Kontynuacja artykułu na stronie 8

Kontynuacja artykułu ze strony 7

Jest oczywiste, że w nowych warunkach pojawiają się także nowi *interesariusze: przemysł urządzeń informatycznych, dostawcy oprogramowania, projektanci systemów informatycznych i rzesza specjalistów informatyków. Głównym celem nowych rozwiązań nie mogą jednak być ani oszczędności, ani interesy gospodarcze czy promocja technologii – musi nim być poprawa dostępu i jakości opieki zdrowotnej.*

Informatyczna modernizacja ochrony zdrowia potrzebuje ekspertyzy przemysłu. Nie można jednak zapominać, że istotny wkład w planowanie i wdrażanie nowych rozwiązań muszą zapewnić przedstawiciele użytkowników końcowych – lekarzy, innych pracowników medycznych i oczywiście pacjentów (szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów w starszym wieku i przewlekle chorych). Przykładem takich działań jest udział CPME w europejskim projekcie „Chain of Trust", zapewniającym współpracę różnych „stron" procesów informatycznych w ochronie zdrowia.

- ***Nowe technologie mają ułatwiać profesjonalne i etyczne wykonywanie zawodu lekarza. Dlatego takie rozwiązania jak elektroniczna Karta Profesjonalisty Medycznego, elektroniczna dokumentacja medyczna, zestaw danych ratunkowych, e-recepta itp., a także prawne i organizacyjne rozwiązania umożliwiające sprawowanie opieki telemedycznej (w tym w zakresie obecności technologii w systemie publicznym, ich finansowania, odpowiedzialności) muszą od samego początku uwzględniać głos środowiska lekarskiego.***

- ***Niezwykle istotne jest, aby kształcenie w zakresie wykorzystania nowych technologii było elementem edukacji we wszystkich zawodach medycznych; technologie e-zdrowia powinny być także obecne w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i farmaceutów.***

- ***Dla prawidłowego rozwoju e-zdrowia niesłychanie ważne jest zapewnianie od samego początku semantycznej i technicznej interoperacyjności wprowadzanych rozwiązań, systemów, aplikacji i usług. Musi to dotyczyć zarówno relacji lokalnych, krajowych jak i szczebla europejskiego, a nawet rozwiązań biznesowych. Nie można pozostawiać tej kwestii regulacji wolnego rynku – konieczna jest tu interwencja rządów oraz Komisji Europejskiej.***

- ***Informatyzacja danych medycznych nie może oznaczać mniejszej ochrony tajemnicy, do której są zobowiązani lekarze. Dlatego, obok odpowiednich technologii mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania danych, należy zapewnić proste i bezpieczne systemy identyfikacji, uwierzytelniania i autoryzacji. W zakresie tym musi panować jasność przepisów, jakiej w wielu krajach (w tym także w Polsce) brakuje. Ma to kolosalne znaczenie dla przyszłych relacji pacjent-lekarz, których fundamentem musi być zaufanie.***

Doświadczenie uczy, że ta lista oczekiwań nie zawsze znajduje praktyczne odzwierciedlenie we wprowadzanych systemach. Ogromne środki wydane (i wydawane) na informatyzację w systemie brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia, sceptycznie przyjmowana informatyzacja austriackiej ochrony zdrowia, „siłowe" rozwiązania greckie nie napawają nadzieją. Są jednak i dobre przykłady: elastycznie wprowadzana informatyzacja w krajach skandynawskich

(szczególnie skutecznie w Danii), oparte na niekończących się konsultacjach decydentów z wszystkimi interesariuszami, wzajemnym szacunku i zaufaniu oraz zachowywania długich okresów przejściowych i dostosowawczych, przynoszą pozytywne efekty – znacząca większość placówek jest w pełni zinformatyzowana, elektroniczna dokumentacja medyczna jest płynnie dostępna dla tych, którzy powinni ją widzieć, prawie wszystkie recepty są wystawiane w postaci elektronicznej. Którą drogą pójdzie Polska?■

Więcej informacji na temat CPME na jego stronie internetowej: http://www.cpme.eu/

BADANIE STOPNIA PRZYGOTOWANIA PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DO OBOWIĄZKÓW WYNIKAJĄCYCH Z USTAWY O SYSTEMIE INFORMACJI W OCHRONIE ZDROWIA

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, jako jednostka prowadząca kluczowy projekt centralny „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)" oraz planująca w perspektywie finansowej 2014-2020 wdrożenie projektu, mającego na celu koordynację inicjatyw regionalnych w zakresie projektów teleinformatycznych w ochronie zdrowia przeprowadziła ankietę wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce.

Zgodnie z nowelą ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183) od 01 sierpnia 2017 dokumentacja medyczna indywidualna zewnętrzna może być prowadzona jedynie w postaci elektronicznej. Konieczne więc jest przygotowanie się placówek ochrony zdrowia do pełnej wymiany danych z Systemem Informacji Medycznej (SIM), o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wyniki badania posłużą do oszacowania potrzeb jednostek ochrony zdrowia Ankieta, złożoną z 46 pytań, przygotowano w Systemie Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia. Łącznie wpłynęło 3939 wypełnionych, pozytywnie zweryfikowanych przez system ankiet.

Kontynuacja artykułu na stronie 10

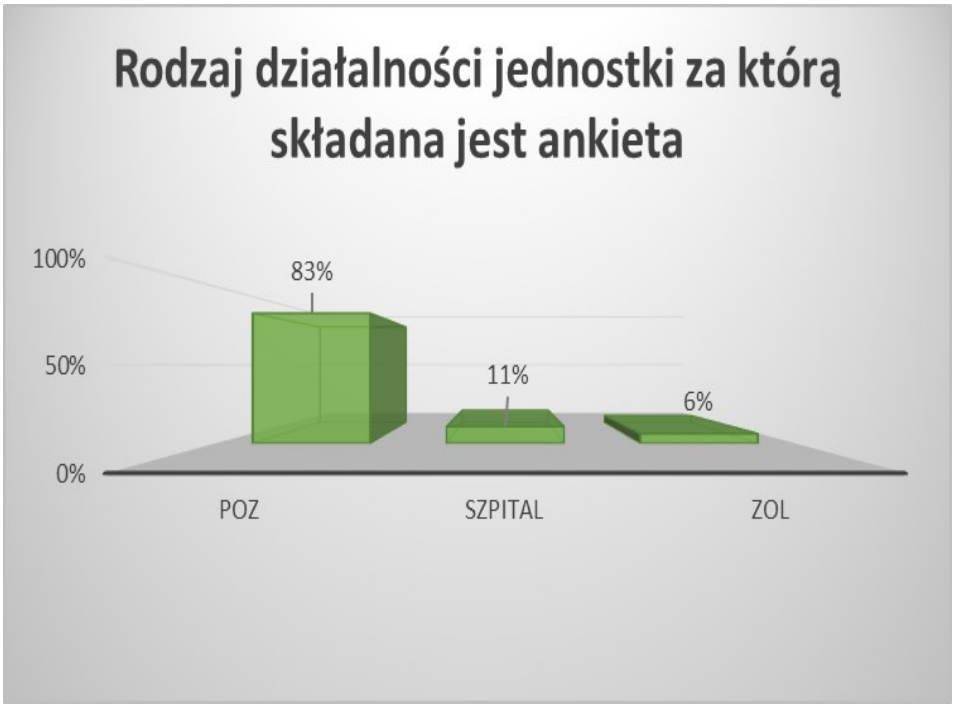
Kontynuacja artykułu ze strony 9

Spośród ankietowanych podmiotów wykonujących działalność leczniczą 83% jako rodzaj działalności wskazało ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (POZ), 11% - stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne (Szpital), a 6% zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL).

Szpitale, które wzięły udział w badaniu, ze względu na wielkość można podzielić na:

małe" (poniżej 200 łóżek) – w 53%, średnie" (201 – 400 łóżek)– w 31%, duże" (powyżej 400 łóżek) – 16%. Najwyższa liczba łóżek w szpitalu wynosi 1174 łóżek.

Wśród POZ-ów – 98% nie posiada łóżek.



Dane dotyczące strategii IT

Ankietowane podmioty lecznicze udzieliły odpowiedzi na pytanie dotyczące przygotowania strategii informatyzacji placówki w perspektywie najbliższych lat. Jedynie 38% POZ-ów posiada strategię informatyzacji, w przypadku pozostałych podmiotów sprawa wygląda nieco lepiej - szpitale (54%) ZOL-e (42%).

Większość badanych szpitali wyodrębniło w swojej strukturze organizacyjnej komórkę do spraw IT – 68%, natomiast przeważająca część POZ-ów oraz ZOL-i nie ma takiej komórki – odpowiednio 89% oraz 71%. Dodatkowo wśród podmiotów leczniczych, które wyodrębniły komórkę organizacyjną ds. IT, 25% POZ-ów, 15% szpitali oraz 30% ZOL-i korzysta z outsourcingu usług IT lub współdzielenia Data Center, aplikacji i serwerów z innymi placówkami. Analizując podobną zależność wśród podmiotów leczniczych, które nie mają wyodrębnionej komórki ds. IT, stwierdzono że 18% POZ-ów, 35% szpitali oraz 18% ZOL-i korzysta z outsourcingu. Tylko w 34% ankietowanych POZ-ów oraz 42% ZOL-i przeprowadzone zostały szkolenia z zakresu wykorzystania IT w podmiotach leczniczych. Stosunek ten jest korzystniejszy, kiedy rozpatrujemy odpowiedzi szpitali, ponieważ aż w 66% podmiotów szkolenia miały.

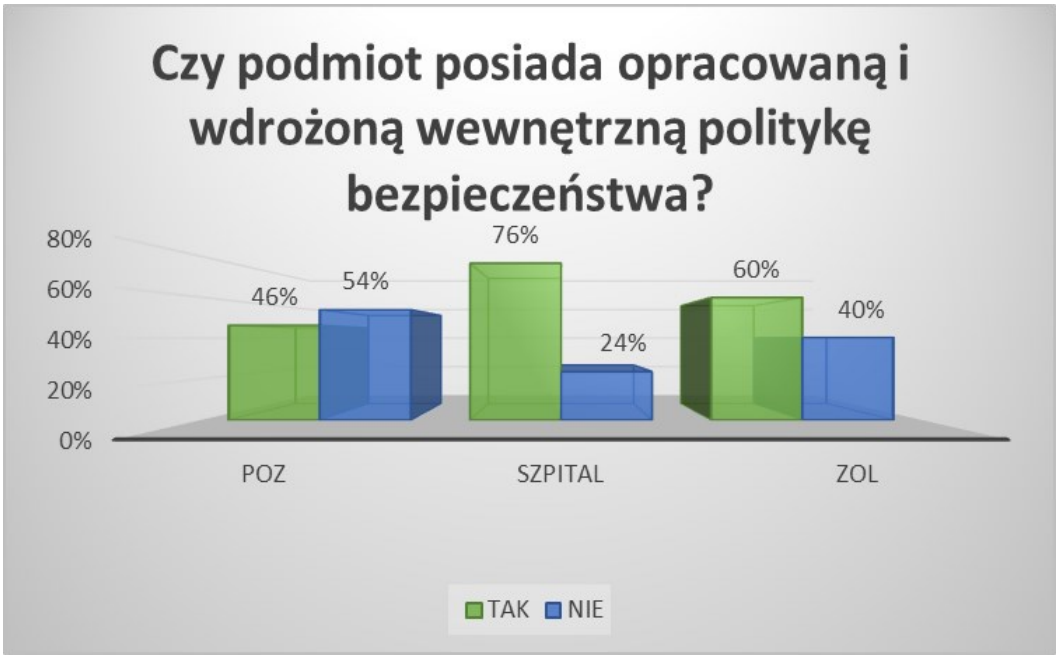
Przeważająca część ankietowanych szpitali (97%) oraz ZOL-i (81%) posiada stronę www i na bieżąco ją aktualizuje, gorzej kwestia ta przedstawia się w przypadku POZ-ów, gdzie jedynie 46% podmiotów deklaruje posiadanie strony internetowej.

Jeżeli chodzi o politykę bezpieczeństwa sprawa wygląda nie najgorzej w przypadku szpitali - 76% oraz ZOL-i 60% może pochwalić się posiadaniem opracowanej oraz wdrożonej wewnętrznej polityki bezpieczeństwa, niestety w przypadku POZ-ów proporcja ta jest odwrócona, większość (54%) nie prowadzi takiej polityki w swoich placówkach.

Pomimo, iż nie wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą wdrożyły strategię bezpieczeństwa, to w ostatnim roku nie zidentyfikowano jakichkolwiek incydentów związanych z nieuprawnionym dostępem do jednostkowych danych medycznych, o których mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jednocześnie w ostatnim roku praktycznie nie wystąpiły istotne awarie systemów informatycznych, w skutek których nastąpiła utrata jednostkowych danych medycznych, o których mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Do utraty danych doszło w 1% ankietowanych POZ-ów oraz 2% szpitali. Jeśli doszło do utraty danych to nastąpiło to na skutek: uszkodzenia dysku twardego, uszkodzenia bazy danych, awarii sprzętowej serwera na którym działała baza danych. Zdecydowana większość ankietowanych podmiotów leczniczych – 98% POZ-ów, 98% szpitali i 99% ZOL-i - nie wykorzystuje w swojej działalności systemów wspomagania decyzji medycznych.

Na podstawie udzielonych odpowiedzi można stwierdzić, że pod względem planowania działań IT najbardziej zaawansowane są szpitale.

We wszystkich badanych podmiotach wykonujących działalność leczniczą przeważająca część pracowników medycznych posiada dostęp do komputera: POZ – 93%, szpitale – 97%, ZOL-e – 91%. Jednocześnie większość tych pracowników posiada również dostęp do Internetu: POZ – 92%, szpitale – 98%, ZOL-e – 88%. Warto również wspomnieć, że 27% POZ-ów postanowiło umożliwić pracownikom medycznym korzystanie z Internetu w stopniu ograniczonym. Na to rozwiązanie zdecydowało się również 32% szpitali oraz 20% ZOL-i.



Kontynuacja artykułu na stronie 12

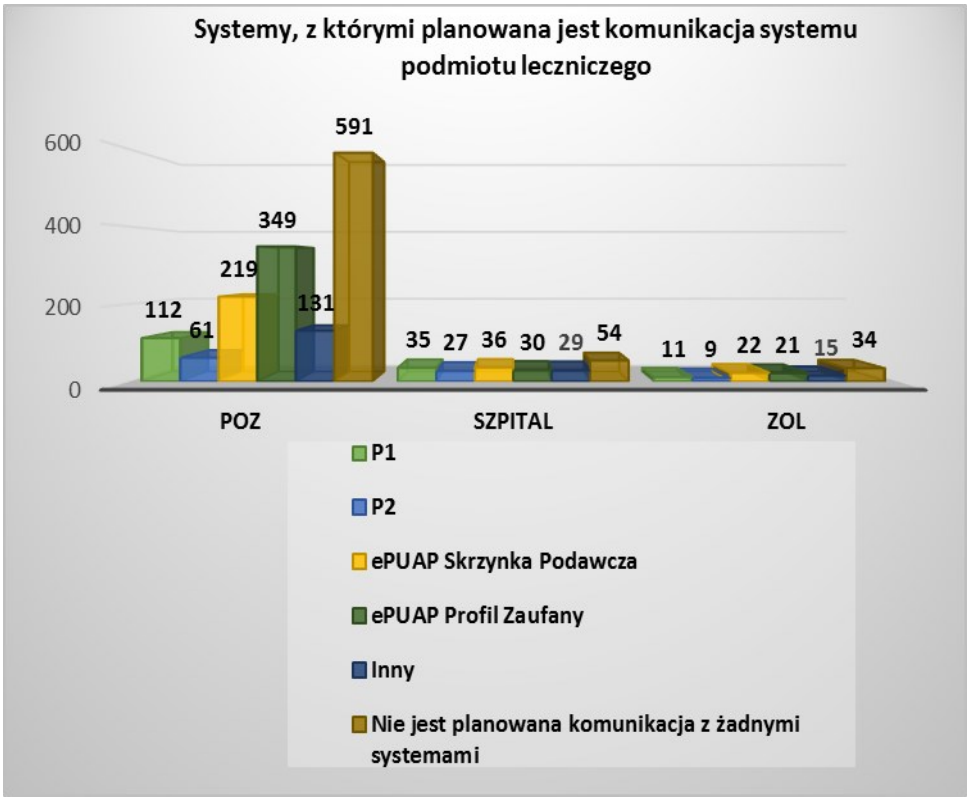
Publikacja współfinansowana ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka „Dotacje na Innowacje" - „Inwestujemy w Waszą przyszłość".

Kontynuacja artykułu ze strony 11

Współpraca z innymi systemami w zakresie ochrony zdrowia

Zarówno 36% ankietowanych POZ-ów oraz szpitali wskazało, że ich systemy teleinformatyczne komunikują się z innymi systemami w zakresie ochrony zdrowia, w przypadku ZOL-i jest to 35% podmiotów. Ankietowani, którzy posiadają systemy teleinformatyczne komunikujące się z innymi systemami, zostali poproszeni o wskazanie konkretnych systemów z którymi się komunikują. Około 2/3 podmiotów zaznaczyło, że komunikuje się z jakimś systemem bez podania jego nazwy, w związku z powyższym poniższa analiza odzwierciedla odpowiedzi 1/3 respondentów. 16 systemów POZ-ów komunikuje się z P2, 263 z ePUAP skrzynką podawczą a 737 z ePUAP profilem zaufanym.

Wśród szpitali: 6 systemów komunikuje się z P2, 30 z ePUAP skrzynką podawczą a 49 z ePUAP profilem zaufanym. Proporcje te w ZOL-ach wyglądają następująco: 3 systemy komunikują się z P2, 22 z ePUAP skrzynką podawczą a 48 z ePUAP profilem zaufanym. Ankietowani mogli wskazać dowolną liczbę systemów.



W kolejnym pytaniu ankietowani wskazali systemy, z którymi planowana jest komunikacja systemu podmiotu leczniczego. W przypadku POZ-ów: 112 podmiotów wskazało na P1, 61 na P2, 219 na ePUAP skrzynkę podawczą, 349 na ePUAP profil zaufany, 131 na inny system, natomiast 591 wskazało odpowiedź – nie jest planowana komunikacja z żadnymi systemami. Jeżeli chodzi o szpitale : 35 podmiotów wskazało na P1, 27 na P2, 36 na ePUAP skrzynkę podawczą, 30 na ePUAP profil zaufany, 29 na inny system, natomiast 54 wskazało odpowiedź – nie jest planowana komunikacja z żadnymi systemami. Wśród ZOL-i: 11 podmiotów wskazało na P1, 9 na P2, 22 na ePUAP skrzynkę podawczą, 21 na ePUAP profil zaufany, 15 na inny system, natomiast 34 wskazało odpowiedź – nie jest planowana komunikacja z żadnymi systemami. Ankietowani mogli wskazać dowolną liczbę systemów. 98% ankietowanych szpitali dostosowało się do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie udostępnienia usługi elektronicznego potwierdzania uprawnień do dostępu do świadczeń zdrowotnych (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców e-WUŚ), w przypadku POZ-ów odsetek ten wynosi 88%, a ZOL-i 84%.

Niezależnie od rodzaju podmiotu wykonującego działalność leczniczą około 1/4 ankietowanych potwierdziła, że uruchomiła oraz wykorzystuje Elektroniczną Skrzynkę Podawczą z systemu ePUAP.

W 82% POZ-ów oraz 67% ZOL-i systemy informatyczne nie wykorzystują w sposób powszechny bezpiecznego podpisu elektronicznego potwierdzonego kwalifikowanym certyfikatem, o którym mowa w ustawie z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym. W przypadku szpitali 42% podmiotów wykorzystuje ten rodzaj certyfikacji. Wśród pomiotów, które wykorzystują w sposób powszechny bezpieczny podpis elektroniczny potwierdzony kwalifikowanym certyfikatem, zdecydowana większość POZ-ów – 98% oraz ZOL-i – 92% wyposażyła poniżej 10 pracowników w ww. podpis. W przypadku szpitali w 61% podmiotów podpis posiada poniżej 10 pracowników, w 29% pomiędzy 11 a 100 pracownikami, a 10% szpitali wyposażyło w podpis powyżej 101 pracowników.

Jedno z pytań pozwalało ankietowanym określić poziom integracji stosowanych rozwiązań informatyki medycznej. W przypadku POZ-ów: 35% udzieliło odpowiedzi - tak, ale wykorzystywany jest jeden główny system informatyczny, 6% - tak, ale integracja dotyczy tylko części komórek organizacyjnych, 6% - nie, ale komunikacja pomiędzy rozwiązaniami (laboratorium, radiologia, rejestracja) przebiega sprawnie, 11% - nie, stosowanych jest kilka niezależnych rozwiązań informatycznych, 43% - nie, brak rozwiązań informatycznych. Wśród szpitali odpowiedzi kształtowały się następująco: 44% udzieliło odpowiedzi - tak, ale wykorzystywany jest jeden główny system informatyczny, 16% - tak, ale integracja dotyczy tylko części komórek organizacyjnych, 11% - nie, ale komunikacja pomiędzy rozwiązaniami (laboratorium, radiologia, rejestracja) przebiega sprawnie, 19% - nie, stosowanych jest kilka niezależnych rozwiązań informatycznych, 11% - nie, brak rozwiązań informatycznych. Poziom integracji w ZOL-ach ma następującą postać: 31% udzieliło odpowiedzi - tak, ale wykorzystywany jest jeden główny system informatyczny, 8% - tak, ale integracja dotyczy tylko części komórek organizacyjnych, 3% - nie, ale komunikacja pomiędzy rozwiązaniami (laboratorium, radiologia, rejestracja) przebiega sprawnie, 14% - nie, stosowanych jest kilka niezależnych rozwiązań informatycznych, 43% - nie, brak rozwiązań informatycznych .

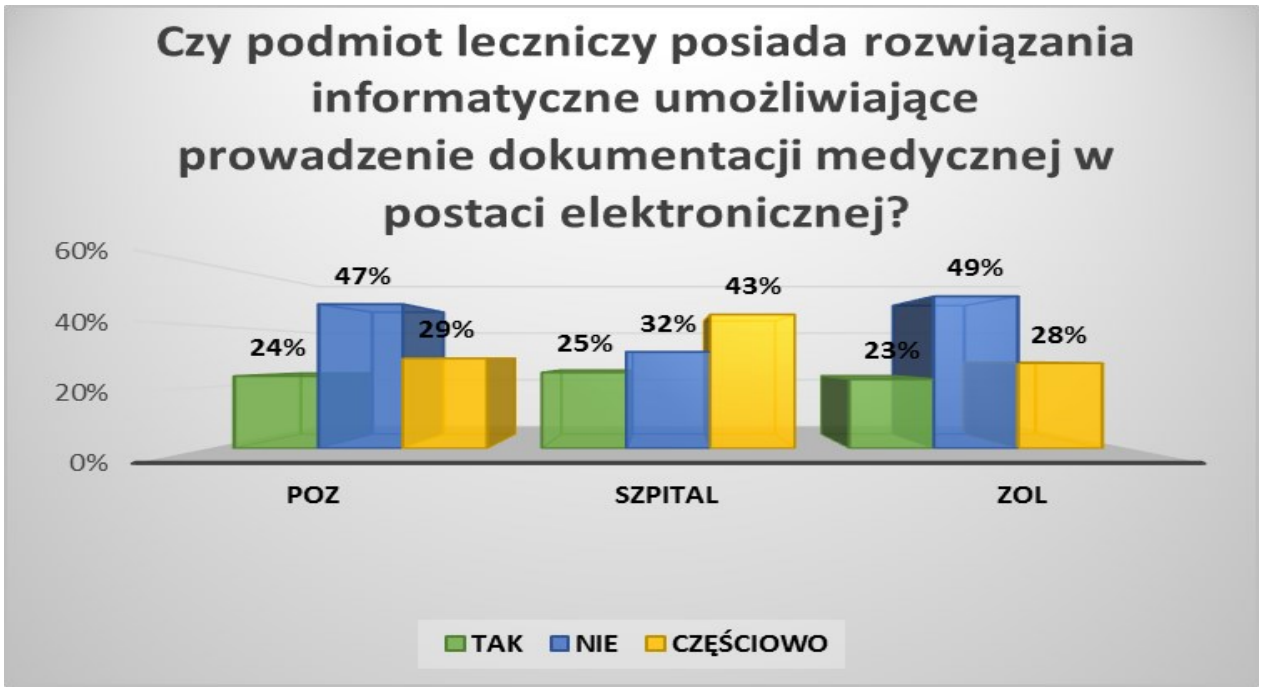
Kontynuacja artykułu na stronie 14

Kontynuacja artykułu ze strony 13

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Jedną z najbardziej interesujących kwestii z perspektywy przygotowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą do obowiązków wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia jest posiadanie przez podmioty rozwiązania informatycznego umożliwiającego prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Jeżeli chodzi o możliwość prowadzenia EDM to kwestia wygląda podobnie w przypadku wszystkich ankietowanych jednostek, odpowiednio 24% POZ-ów, 25% szpitali oraz 23% ZOL-i jest obecnie przygotowane do tego obowiązku. 47% POZ-ów, 32% szpitali oraz 49% ZOL-i nie posiada takich rozwiązań, natomiast 29% POZ-ów, 43% szpitali oraz 28% ZOL-i zaimplementowało rozwiązania częściowe. Z powyższej analizy wynika, że statystyki w tym obszarze niezależnie od rodzajów podmiotów wykonujących działalność leczniczą są zbliżone, około 25 % podmiotów wprowadziła EDM, połowa nie wprowadziła, a 25 % ma rozwiązania częściowe.

Dane dotyczące rodzaju dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej przedstawia tabela na sąsiedniej stronie. Ankietowani mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi. Najwięcej podmiotów wdrożyło elektroniczną historię choroby (POZ-y – 1024 podmioty, szpitale – 229, ZOL-e – 80), historię zdrowia i choroby (POZ-y – 718 podmiotów, szpitale – 133, ZOL-e – 34), skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację (POZ-y – 709 podmiotów, szpitale – 139, ZOL-e – 29), skierowanie do szpitala lub innego podmiotu (POZ-y – 648 podmiotów, szpitale – 118, ZOL-e – 31) oraz zaświadczenie, orzeczenie, opinię lekarską (POZ-y – 536 podmiotów, szpitale – 92, ZOL-e – 26). W postaci elektronicznej najrzadziej występuje karta przebiegu ciąży (POZ-y – 44 podmioty, szpitale – 10, ZOL-e – 2).



Rodzaj dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej / Rodzaj podmiotu leczniczego	POZ	Szpital	ZOL
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - historia zdrowia i choroby	718	133	34
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - historia choroby	1024	229	80
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna – karta noworodka	79	64	6
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej	145	93	31
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną	105	39	4
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - karta wizyty patronażowej	137	3	2
Dokumentacja indywidualna wewnętrzna - karta wywiadu środowiskowo–rodzinnego	121	19	5
Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - skierowanie do szpitala lub innego podmiotu	648	118	31
Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację	709	139	29
Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska	536	92	26
Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - karta przebiegu ciąży	44	10	2
Dokumentacja indywidualna zewnętrzna - karta informacyjna z leczenia szpitalnego	89	212	49

Przeważająca część podmiotów leczniczych nie stosuje międzynarodowych lub krajowych standardów elektronicznej dokumentacji medycznej. (89% POZ-ów, 75% szpitali oraz 87% ZOL-i. Podmioty stosujące standardy elektronicznej dokumentacji medycznej, poproszone o uszczegółowienie swoich odpowiedzi, jako stosowane standardy wymieniły: HL7 (40% POZ-ów, 58% szpitali oraz 57% ZOL-i), DICOM (6% POZ-ów, 17% szpitali oraz 17% ZOL-i), ICD 9, ICD 10 (3% POZ-ów, 5% szpitali oraz 13% ZOL-i), a także ogólnikowo wskazały na stosowanie standardów krajowych (51% POZ-ów, 20% szpitali oraz 13% ZOL-i). Jedynie 6% POZ-ów, 14% szpitali oraz 13% ZOL-i wykorzystuje możliwość przekazywania elektronicznej dokumentacji medycznej do innego podmiotu poprzez teletransmisję. Stosunkowo niewielki odsetek ankietowanych wykorzystuje sieć publiczną Internet lub inne kanały komunikacyjne do umawiania wizyt lekarskich lub badań, jest to: 21% w przypadku POZ-ów, 39% szpitali, 16% ZOL-i. Z analizy wynika, że statystyki w obszarze wdrożenia rozwiązań informatycznych umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezależnie od rodzajów podmiotów wykonujących działalność leczniczą są zbliżone. Najwięcej podmiotów wdrożyło elektroniczną historię choroby, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, skierowanie do szpitala lub innego podmiotu oraz zaświadczenie, orzeczenie, opinię lekarską. W postaci elektronicznej najrzadziej występuje karta przebiegu ciąży.

Kontynuacja artykułu na stronie 16

Kontynuacja artykułu ze strony 15

Rozwiązania telemedyczne

Przeważająca większość podmiotów leczniczych odpowiedziała negatywnie na pytanie dotyczące wykorzystywania rozwiązań telemedycznych w zakresie swojej działalności, było to odpowiednio 96% POZ-ów, 75% szpitali oraz 90% ZOL-i.11,7% POZ-ów, 42,5% szpitali oraz 9,7% ZOL-i posiada ucyfrowioną diagnostykę obrazową, natomiast 6,2% POZ-ów, 27,6% szpitali i 6,9% ZOL-i rozwiązania częściowe. Jednocześnie 82% POZ-ów, 30% szpitali oraz 83% ZOL-i nie ucyfrowiło tego procesu. Podmioty, które określiły, że posiadają pełną lub częściowo ucyfrowioną diagnostykę obrazową poproszono o wskazanie zakresu ucyfrowienia. Ankietowani mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi. Respondenci najczęściej wyposażyli swoje jednostki w cyfrowy aparat RTG (POZ-y – 405 podmiotów, szpitale – 225, ZOL-e – 5), cyfrowy tomograf komputerowy (POZ-y – 96 podmiotów, szpitale – 184, ZOL-e – 24) oraz cyfrowy ultrasonograf kardiologiczny (POZ-y – 83 podmioty, szpitale – 68, ZOL-e – 9).

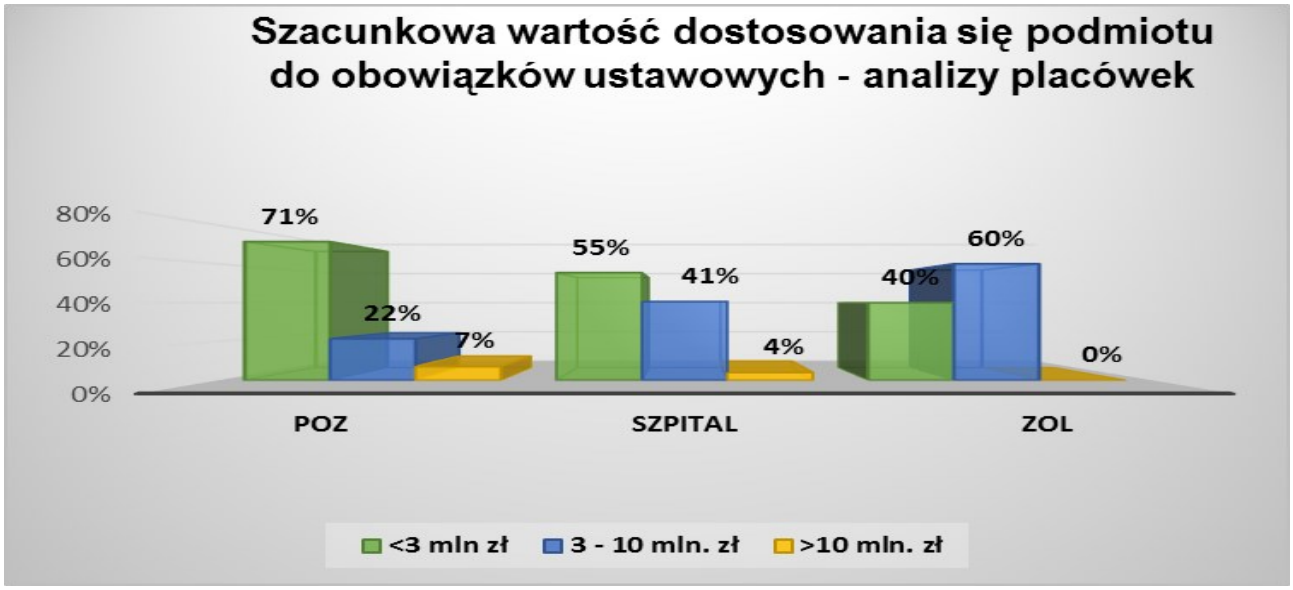
Zakres, w jakim podmiot leczniczy posiada ucyfrowioną diagnostykę obrazową	POZ	Szpitale	ZOL
Cyfrowy angiograf	22	69	5
Cyfrowy aparat RTG	405	225	33
Cyfrowy aparat do rezonansu magnetycznego	39	66	10
Cyfrowy aparat mammograficzny	32	39	5
Cyfrowy ultrasonograf kardiologiczny	83	68	9
Cyfrowy tomograf komputerowy	96	184	24
Cyfrowy ultrasonograf	3	3	0
Cyfrowy aparat do endoskopii	1	6	0
Cyfrowy aparat do scyntygrafii	0	3	0
Cyfrowy PET	0	1	0
Cyfrowy EEG	2	2	0

92% ankietowanych POZ-ów oraz 89% ZOL-i nie posiada oprogramowania oraz sprzętu komputerowego umożliwiającego przesyłanie danych obrazowych innym świadczeniodawcom w formacie DICOM. W przypadku szpitali wyniki wypadają korzystniej, jako że prawie połowa badanych – 48% - wymienia dane obrazowe w formacie DICOM.

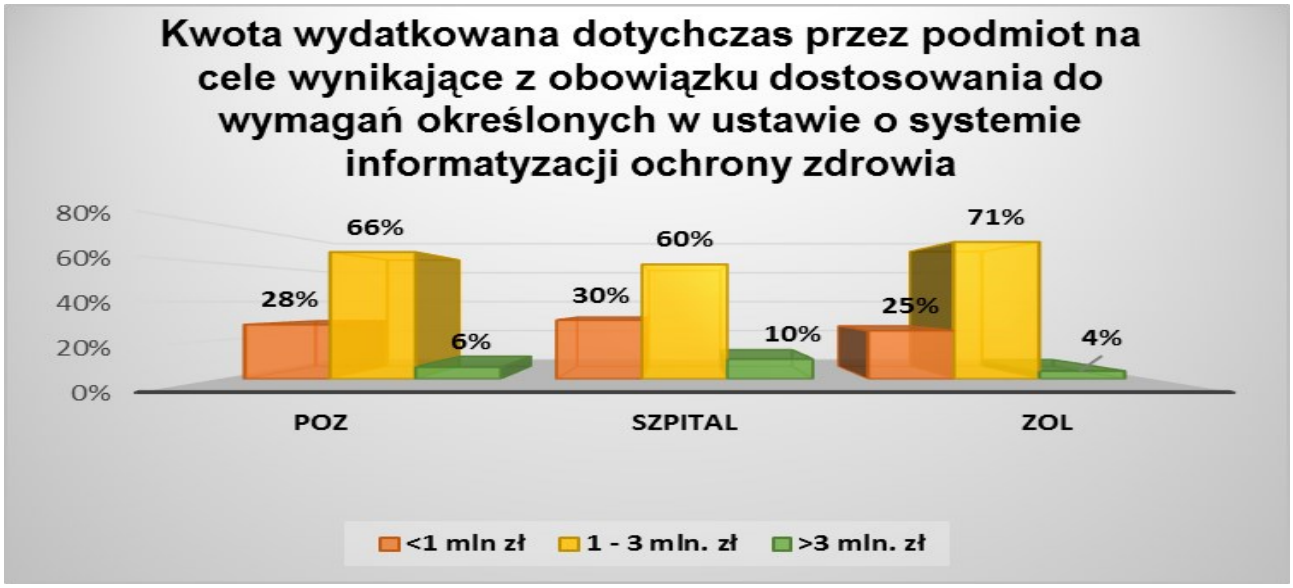
Przeważający odsetek biorących udział w badaniu nie umożliwia konsultacji telemedycznych, np.: za pośrednictwem telekonferencji. W przypadku POZ-ów jest to 99%, szpitali 92% a ZOL-i 98%. Największą różnorodność oferowanych konsultacji prowadzą szpitale - 5 oferuje telekonsultacje radiologiczne, 3 konsultacje kardiologiczne. Również 5 POZ-ów oferuje telekonsultacje radiologiczne.

76% POZ-ów, 72% szpitali oraz 71% ZOL-i nie prowadzi w swoim podmiocie przedmiotowych rejestrów medycznych. Wśród jednostek, które prowadza ww. rejestry, jedynie 13% POZ-ów, 16% szpitali i 17% ZOL-i dokonało, zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgłoszenia prowadzenia rejestru medycznego do CSIOZ.

23% POZ-ów, 46% szpitali oraz 30% ZOL-i przeprowadziło analizę finansową związaną z koniecznością dostosowania się do obowiązków właściwych w drodze ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i zaplanowało odpowiednie środki finansowe na ten cel. Podmioty, który przeprowadziły ww. analizę zostały poproszone o oszacowanie kosztów dostosowania systemów do obowiązków ustawowych. Dane prezentujemy w tabeli.



W oddzielnej tabeli prezentujemy dane na temat wydatków już poniesionych przez placówki.



6% POZ-ów, 47% szpitali oraz 19% ZOL-i ubiegało się o uzyskanie środków finansowych z programów unijnych lub dotacji, na sfinansowanie dostosowania się do obowiązków wynikających z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wśród tych jednostek 68% POZ-om, 68% szpitalom i 83% ZOL-om została udzielona wnioskowana dotacja.■

Kontakt: Biuro Zarządzania Projektami, e-mail: p1_info@csioz.gov.pl

POSTĘPY W PROJEKCIE CENTRALNYM

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)

W dniach 14 oraz 21 października, odbyło się 25 oraz 26 Posiedzenie Komitetu Sterującego Projektu P1.

Prowadzono uzgodnienia dotyczące komunikacji kolejnych obszarów systemów NFZ z Platformą P1.

Odebrano następne podsystemy wchodzące w skład Platformy P1 oraz przeprowadzono retesty wcześniej dostarczonych podsystemów.

23 października, podczas X Forum Rynku Zdrowia, Dyrektor CSIOZ, Pan Marcin Kędzierski dokonał publicznej premiery aplikacji Internetowego Konta Pacjenta, będącego jednym z kluczowych podsystemów Projektu P1.

14 listopada, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia udostępniło do konsultacji nową wersję reguł biznesowych oraz walidacyjnych dla e-recept,

e-skierowań i e-zleceń oraz kolejnych typów elektronicznych dokumentów medycznych:

- karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- konsultacji lekarskiej / karty porady ambulatoryjnej,
- sprawozdania z badania laboratoryjnego;
- opisu wyniku badania diagnostycznego.

Dodatkowo zaprezentowano wizualizację, tj. graficzną reprezentację elektronicznego dokumentu medycznego zgodnego z tymi regułami. Zaktualizowano także tzw. Drzewo OID, tj. rejestr węzłów OID prowadzony przez CSIOZ. Dokument oraz więcej informacji w przedmiotowej sprawie uzyskać można pod adresem: http://csioz.gov.pl/indexDetail.php?id=295.

Więcej informacji o Projekcie P1: www.P1.csioz.gov.pl

Kontakt: Biuro Zarządzania Projektami,

Adres:
Centrum Systemów Informacyjnych
Ochrony Zdrowia
ul. Stanisława Dubois 5A,
00-184 Warszawa

tel. +48(22) 597-09-27, fax +48(22) 597-09-47
e-mail: biuro@csioz.gov.pl, www.csioz.gov.pl
Skrytka odbiorcza na ePUAP:
/csiozgovpl/skrytka

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia powstało w dniu 1 sierpnia 2000 r. na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2000 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 25). W roku 2012 na Dyrektora Centrum został powołany Marcin Kędzierski.
Centrum jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, której przedmiotem działalności jest m. in. realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia, harmonizację z Unią Europejską w ramach funduszy strukturalnych i programów e-Zdrowia oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz socjologicznych, statystycznych i ekonomicznych.

Centrum działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 9, poz. 56).

Biuletyn informacyjny to cykliczna publikacja kierowana do wszystkich osób związanych z obszarem e-Zdrowia.
Publikacje Biuletynu dostępne są na stronie www.csioz.gov.pl w sekcji Współpraca z Regionami.
Wszelkie pomysły i pytania prosimy kierować na adres: koordynator@csioz.gov.pl