

UCHWAŁA Nr 41

strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego

z dnia 22 września 2017 r.

w sprawie ciągłości operacyjnej baz danych NFZ

Na podstawie art. 29 w związku z art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz.U. z 2015 r., poz.1240), uchwała się, co następuje:

§ 1

W związku z zapowiedzią stworzenia Narodowej Służby Zdrowia oraz planowaną likwidacją NFZ, strona pracowników i strona pracodawców Rady Dialogu Społecznego podkreśla konieczność zachowania zawartości, integralności i ciągłości operacyjnej realizowanej w ramach baz danych NFZ – w tym wykorzystanie kompetencji zatrudnionych kadr, dostępnych zasobów oraz działających rozwiązań informatycznych.

Bazy danych NFZ są z punktu widzenia planowanego wprowadzenia systemu wspierania jakości podstawowym źródłem informacji. Dane zgromadzone w bazach danych NFZ umożliwiają dokonanie bieżącej i historycznej analizy zjawisk zachodzących w ochronie zdrowia. Co oznacza, że stanowią merytoryczną podstawę do:

- zidentyfikowania przyczyn zjawisk niepożądanych i uchybień strukturalnych;
- zdefiniowania celów dla reform opartych na rzeczywistych potrzebach.

Nie jest możliwe dokonanie efektywnych reform bez analiz i danych – szczególnie reform tak kompleksowych jak aktualnie zapowiadane.

Utrata możliwości sprawnego posługiwania się danymi NFZ wynikająca z: utraty części danych lub ich integralności, niepełnego przekazania kompetencji między instytucjami lub zaburzenia ciągłości operacyjnej, pozbawi system możliwości dokonania wiarygodnej diagnozy sytuacji i dynamiki zmian.

Uwzględniając kierunek planowanych zmian systemowych Podzespół zwrócił uwagę na fakt, iż w horyzoncie czasowym kilku lat nie zostanie wykształcony inny kompletny system porównywalny do bazy danych NFZ.

W przypadku rozważanego oddzielenia funkcji techniczno-administracyjnych od odpowiedzialności za procesy operacyjne, rozliczeniowe i za zawartość oraz wartość merytoryczną danych, Podzespół dostrzega poważne ryzyko degradacji jakości danych.

W konsekwencji również zagrożenie utraty kontroli nad danymi i procesami ochrony zdrowia, w tym nad ich stroną finansową.

§ 2

W związku z tym strona pracowników i strona pracodawców proponuje:

- przeprowadzenie:
 - inwentaryzacji baz i danych;
 - audytu systemów je przetwarzających w celu określenia zakresu ich przydatności i czasu wykorzystania w okresie przejściowym,
- przygotowanie planu działania, zgodnie z którym dokonywane będzie zabezpieczenie istniejących danych, ich ew. skonwertowanie i uspoźnienie do jednej zintegrowanej bazy oraz przejęcie przez kompetentny analityczny podmiot;
- zapewnienie komunikacji Rady z Zespołem powołanym przez Ministra Zdrowia zarządzeniem z dnia 19 kwietnia 2017 r. (do spraw przygotowania integracji zadań z zakresu administrowania systemami teleinformatycznymi CSIOZ oraz NFZ) – w zakresie umożliwiającym wsparcie realizacji postulatów niniejszego stanowiska;
- podjęcie kroków na rzecz zachowania ciągłości operacyjnej procesów realizowanych w ramach baz danych NFZ oraz nadanie im odpowiedniej rangi w przepisach;
- przyjęcie rozwiązań legislacyjnych, które umożliwią prawidłowe funkcjonowanie systemu NFZ w okresie przejściowym, w tym kontynuację pozyskiwania danych sprawozdawanych do NFZ w standardzie zapewniającym ciągłość wiedzy o stanie ochrony zdrowia w Polsce;
- wypracowanie i przyjęcie rozwiązań legislacyjnych, które w okresie wprowadzania i po wprowadzeniu reform w systemie ochrony zdrowia, zapewnią istnienie zespołu kompetencyjnego (składającego się ze specjalistów w dziedzinie: standardów, danych medycznych i posiadających wiedzę techniczno-analityczną) odpowiedzialnego za zarządzanie danymi systemu ochrony i służby zdrowia (dane i metadane: słowniki, wykazy, repozytoria i rejestry medyczne, standardy, implementacja standardów

4. W tak rozumianym systemie wspierania jakości w ochronie zdrowia wiodącą rolą regulatora jest stworzenie warunków do zaistnienia opisanych powyżej procesów. W tym w szczególności:

- stworzenia i prawnego umocowania standardów postępowania medycznego oraz wskaźników jakości;
- zbierania, gromadzenia i analizowania danych dotyczących zastosowanego standardu postępowania medycznego oraz ich kompletności;
- powstania warunków technicznych do realizacji tych zadań – uwzględniających ograniczanie obciążeń biurokratycznych dla uczestników systemu.

5. Wiarygodne i kompletne dane na temat epidemiologii w połączeniu z informacją o standardzie postępowania pozwalają przewidywać i planować zasoby niezbędne do zaspokojenia potrzeb medycznych (epidemiologia + standard postępowania = potrzebne zasoby). Efektywne zarządzanie budżetem – rozumiane jako adekwatność wydatków do potrzeb oraz właściwa alokacja środków – na ochronę zdrowia i strategiczne planowania zasobów nie będzie możliwe bez tych komponentów. Przyjęcie jakości w ochronie zdrowia ma więc znaczenie nie tylko z punktu widzenia zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i adekwatnej do potrzeb terapii, ale również zarządzania i planowania.

6. Realizacja postulatu kompletności danych oraz technicznej możliwości bieżącego ich zbierania ściśle wiąże się z informatyzacją służby zdrowia. IT w zdrowiu warunkuje możliwość wdrożenia systemu wspierającego jakość i bezpieczeństwo pacjenta.

Kontekst bieżący i wyzwania

1. Ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta - kluczowy dokument dający ramy prawne do przyszłego systemu wspierającego jakość i bezpieczeństwo pacjenta (w przygotowaniu; etap projektu założeń do projektu ustawy).

2. Realizacja przepisów pakietu onkologicznego zakładających: opracowanie standardów postępowania medycznego, ogłoszenie ich w trybie obwieszczenia, wypracowanie wskaźników jakościowych i ich raportowanie. Z punktu widzenia całościowego systemu wspierania jakości w zdrowiu – pełni funkcję pilotażową.

3. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali) wchodzący w życie w 2017 roku. W związku ze zmianą sposobu finansowania świadczeń (ryczałt zamiast fee for service) pojawiają się dwa aspekty:

- zgłaszane przez interesariuszy w toku konsultacji społecznych obawy o utrzymanie jakości i dostępności do leczenia – wobec ograniczonych możliwości ich monitorowania do czasu wdrożenia systemu opisanego w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta;
- wyzwanie: utrzymanie struktury i kompletności raportowania przynajmniej na dotychczasowym poziomie jako warunek niezbędny dla ciągłości danych i możliwości analizy istotnych zjawisk w systemie (np. przyczyny zadłużenia szpitali).

4. Wprowadzenie Narodowej Służby Zdrowia i likwidacja NFZ – w aspekcie zachowania ciągłości danych:

- bazy NFZ są obecnie podstawowym, najbardziej kompletnym i wiarygodnym źródłem informacji na temat ochrony zdrowia, mimo swoich ograniczeń (ograniczony dostęp; brak niektórych kategorii informacji takich jak stopień zaawansowania w onkologii) stanowiły podstawę do opracowania map potrzeb zdrowotnych i mogą być źródłem dla analiz i diagnozy stanu wyjściowego w obszarze jakości – ich zachowanie i ciągłość raportowania jest z tego punktu widzenia kluczowa;
- wyzwanie: okres przejściowy w działaniach zaplanowanych w ramach projektu e-zdrowie (działania CSIOZ oraz prace infrastrukturalnych prowadzone przez Ministerstwo Cyfryzacji) - luka w procesie przekazywania kompetencji i koordynacji zadań między NFZ i CSIOZ.

5. Informatyzacja służby zdrowia (w tym status projektu P1) jako zapewnienie technicznej możliwości wdrożenia systemu jakości i bezpieczeństwa pacjenta, wiarygodności danych, ograniczania barier administracyjnych i wymogów biurokratycznych.

6. Ustawa o informacji w ochronie zdrowia – w aspekcie ujednoczenia przepisów dotyczących tworzenia rejestrów medycznych, dostępu do danych oraz możliwości ich łączenia na potrzeby pogłębionych analiz.

Podsumowanie prac Podzespołu problemowego ds. ochrony zdrowia poświęconych

Jakości i IT

Jakość w ochronie zdrowia – koncepcja i znaczenie

1. Strona pracowników i strona pracodawców zgadzają się z koncepcją budowania systemu jakości w ochronie zdrowia, która obejmuje trzy elementy łącznie:

- powszechnie obowiązujące standardy postępowania klinicznego i wskaźniki mierzenia jakości;
- kompletność i wiarygodność danych na temat zastosowanego postępowania medycznego;
- techniczną możliwość bieżącego zbierania i analizowania kluczowych dla jakości danych.

Aby system wspierania jakości w zdrowiu funkcjonował zgodnie z intencją, elementy te muszą występować jednocześnie.

2. Opisane, powszechnie przyjęte i monitorowane standardy postępowania klinicznego oraz wynikające z nich wskaźniki powinny być integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Standardy postępowania klinicznego powinny powstać we współpracy ze środowiskiem medycznym i wynikać z medycyny opartej na dowodach. Wprowadzenie regulacji w tym obszarze nie oznacza przy tym ingerencji w sztukę lekarską ani ograniczenia prawa lekarza do wyboru – za zgodą pacjenta – standardu postępowania odmiennego niż ogólnie przyjęty. Sztywne i efektywnie egzekwowane powinny być wyłącznie reguły dotyczące kompletności danych oraz nieznanego uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej postępowania terapeutycznego lub zdarzeń potencjalnie zagrażających pacjentom.

3. Celem jest zatem:

- posiadanie wiedzy na temat realnie zastosowanego standardu postępowania w odniesieniu do potrzeb pacjentów;
- monitorowania go w oparciu o mierzalne, obiektywne, możliwe do pozyskania wskaźniki jakościowe;
- wspieranie jawności w tym obszarze, wymiany wiedzy i promowania dobrych praktyk.

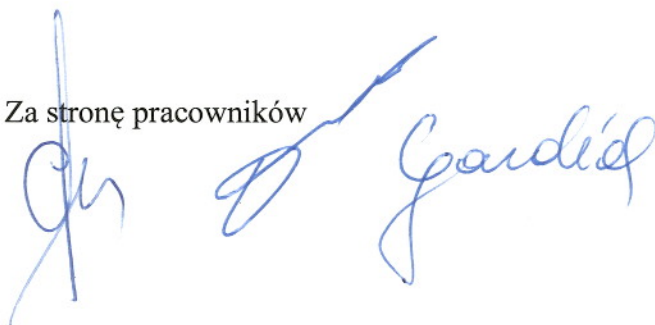
medycznych i standardów postępowań klinicznych, biznesowe procesy przetwarzania i wykorzystania danych).

Jest to szczególnie istotne w przypadku oddzielenia funkcji techniczno-administracyjnych od funkcji i odpowiedzialności za procesy operacyjne oraz rozliczeniowe.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Za stronę pracowników



Za stronę pracodawców



Załącznik do stanowiska stanowi podsumowanie posiedzeń Podzespołu poświęconych jakości i IT wyjaśniający tło dla podjęcia powyższego stanowiska.