

Az Irányított Betegellátás hasznosítása az egészségügyi informatikai rendszerekben és a finanszírozás megújításában

Dr. Faragó Katalin, Járvás Tamás, Meditres Egészségház

Az Európai Unióban és hazánkban is nagy lendületet adott az egészségügyi informatika fejlődésének az a felismerés, hogy az informatika óriási jelentőséggel bír az egészségügy hatékonyságának javításában. Az Irányított Betegellátási Rendszerben (IBR) a költséghatékonyabb működtetéshez nagy adattömeg elemzése szükséges, ezért a szervezőknek megfelelő informatikai háttérrel kell rendelkezniük. A cikk bemutatja, hogy a kecskeméti szervezőnél működő Komplex Irányított Betegellátási Informatikai Rendszer (KIBIR program) fejlesztése során milyen problémák merültek fel, milyen feladatokat kell folyamatosan megoldani, és arra a következtetésre jut, hogy az itt szerzett tapasztalatokat eredményesen lehetne alkalmazni a hazai egészségügyi informatikai rendszerek (eEgészség Program) megvalósítása során.

A szerzők beszámolnak arról is, hogy a 2006. januártól érvényes új jogszabályok alkalmazása milyen helyzetet teremt az IBR-ben és azon belül hogyan befolyásolja az informatikai rendszerek lehetőségeit.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi technika óriási fejlődése, ezzel együtt a költségek jelentős emelkedése, az egészségügyre fordítandó források megtervezése, ill. összhangba hozatala a megnövekedett szükségletekkel és igénnyel a legtöbb társadalom számára a legnehezebb megoldandó kérdések közé tartozik. Különösen érzékeny terület ez hazánkban, ahol az egyik oldalon társadalmi elvárás minden költség megfelelő ellenőrzés nélküli megtérítése, amely ellentmondásokat szül az egészségügyi kiadásokra fordítható összeg mérsékelt növekedése miatt. E kérdés megoldásához elsőrendű fontosságú az ellátás során keletkező adatok tanulmányozása és alapos elemzése, amelyhez felbecsülhetetlen támogatást nyújt az informatika.

Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) 1999-ben azazal a céllal indult, hogy az igény és lehetőség jelenlegi állapotának feltérképezéséhez, a további fejlődés irányának, útjának és szakaszainak megtervezéséhez megoldásokat dolgozzon ki és alkalmazzon. Az eltelt hat év értékelése során számos kritika fogalmazódott meg, melyek minősítése nem feladata ennek a cikknek. Abban azonban az elemzők egyetértenek, hogy számos olyan hasznosítható eredmény született, amelyek mellőzése bármilyen további egészségügyvel kapcsolatos tervezés során nagy veszteséget jelentene. Az IBR-ben a szervezői munka megfelelő informatikai

támogatás nélkül elképzelhetetlen, ezért több szervezőnél komoly hardver és szoftver fejlesztés ment végbe.

Értekezésünkben a Kecskeméten és vonzáskörzetében 1999 óta működő Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) informatikai támogatását biztosító Komplex Irányított Betegellátási Informatikai Rendszer (KIBIR) alkalmazása során nyert tapasztalatok általánosítására teszünk javaslatot.

AZ INFORMATIKA JELENTŐSÉGE AZ EGÉRSZÉGÜGY HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSÁBAN

A mai kor emberét egész életében egészségügyi szolgáltatások sora kíséri végig, miközben ezen szolgáltatások köre is állandóan bővül. Ez hatalmas adatmennyiség keletkezését eredményezi, melyet az áttekinthetőség megteremtéséhez rendszerezni kell, a hibák felfedezéséhez és kijavításához elemzésre és visszajelzésre van szükség. Széleskörű egészségügyi információ átadására van igény a lakosság és az egészségügyi szolgáltatók, valamint az intézmények között, de a globalizáció az adatcserét országok között is szükségessé teszi. A kutatások és fejlesztések egyre szaporodó ismeretanyaggal járulnak hozzá a bizonyítékalapú orvoslás gyakorlásához, a minőségi betegellátás megalapozásához. A végső cél a lehető legkisebb költséggel a legnagyobb egészségnyereséget elérni. Napjaink egyik legnagyobb kihívása az orvos-szakmai, finanszírozási és az adatbiztonsági feltételek lépésről lépésre történő kidolgozása.

Az alkalmazás várható hasznát felismerve az egészségügyi informatika (eHealth) lendületes fejlődésnek indult az Európai Unió egész területén. A rendszer szakmai és gazdasági előnyeit is értékelték a norvégiai Tromsø városban 2005-ben tartott III. eHealth Miniszteri Konferencia utáni nyilatkozatok, miszerint „az eHealth javítja az egészségügyi ellátás általános színvonalát, s már önmagában az orvosi műhibák kockázatának csökkentése által életet menthet” (Markos Kyprianou). „A rendszer gazdaságos is, Dániában évente 1 millió eurót spórolnak meg az elektronikus beszámolóknak köszönhetően” (Viviane Reding) [forrás: Index.hu.].

Hasonló megállapításokat tesznek a hazai szakértők is, és a hazai eEgészség Program fellendülése is ennek a felismerésnek tudható be. A Kormány a Magyar Információs Társadalom Stratégiát (MITS) 2002. év végén hirdette meg. Ennek része az Egészségügyi Információs Társadalom Stratégia, mely középtávú feladattervében eEgészség prog-

ramokat jelölt ki a 2004-2006 közötti évekre a prioritásokat is meghatározva. A legjobb gyakorlat kialakítása a Nemzeti Fejlesztési Terv részeként három régióban megvalósuló intézményközi információs mintarendszer feladata (HEFOP 4.4).

MIKÉNT SEGÍTHETI AZ IBR AZ eEGÉSZSÉGÜGY CÉLJAINAK MEGVALÓSULÁSÁT?

Az IBR céljaiból következik, hogy ez a rendszer számos olyan elemet tartalmaz, melyet az eEgészség Program kivitelezésében igen eredményesen lehetne hasznosítani.

Melyek az IBR és az eEgészség program közös céljai?

Az egészségügyi ellátás legyen:

- kiegyenlítettebb,
- színvonalasabb,
- mérhető, ellenőrizhető – ez egyben a rendszerezettséget és átláthatóságot is jelenti,
- költséghatékony,
- és az eddiginél sokkal erőteljesebben prevenciós szemléletű.

Az IBR-nek mindezt modellként hasznosíthatóan kell kidolgozni, az eEgészség Programnak egy országos integrált rendszerben kell kiépíteni. Az eEgészség Program a központosított megoldások logikáját képviselve határozza meg a stratégiát, az IBR a lakosság és az őket közvetlenül ellátó egészségügyi szolgáltatókra támaszkodva építkezik.

Az IBR-ben az ellátásszervezőnek érdeke, hogy az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során keletkezett adatokat rendszerezze, elemezze, hibafeltárást végezzen és korrekciós módszereket dolgozzon ki, majd folyamatos visszacsatolás útján vizsgálja ezek eredményességét. Ideális esetben a szervezőnek az egészségügy minden szintjén az összes résztvevővel informatikai kapcsolatot kellene teremtenie. A bizonyítékalapú orvoslás eredményeinek mielőbbi beépítése a napi gyakorlatba és a folyamatos információ átadás az állampolgárok felé egyaránt az ellátásszervezés részét képezik, a minőségi betegellátás folyamatos fejlesztése érdekében. A közreműködő munkatársak felada-

tainak meghatározása és munkájuk nyomon követése beépíthető az egységes programba. Ha mindezt összehangolva sikerül egy megfelelő logikai rendszerben felépíteni, ezzel lehet modellezni a nemzeti egészségügy informatikai igényeit.

Megállapíthatjuk, hogy IBR informatikai szempontból akár az eEgészség Program előszobájának is tekinthető.

AZ IBR INFORMATIKA ÉPÍTŐKOCKÁI: AZ ADATFORRÁSOK

Ma hazánkban sok egymástól függetlenül fejlődő adatbázis van. Az IBR-ben ezeket első lépésként fel kellett térképezni.

• **Egészségügyi ellátók**

Háziorvosi ellátás: a legfőbb kapcsolódási pont az állampolgár és az egészségügy között. A háziorvosi rendelőt mindenkinek legalább egyszer – a TAJ kártya leadáskor – fel kell keresnie. Az első megjelenéskor történik meg az alapadatok rögzítése, ami később kiegészül a háziorvos által a páciens igénye esetén kötelezően elvégzendő szűrővizsgálatok eredményeivel és az egyéni betegút további eseményeivel. A háziorvosi rendelőben használatos szoftverek ma számos adat regisztrálására adnak lehetőséget. Ezeket az adatokat az 1. táblázat sorolja fel. Egyre elterjedtebb (az IBR-ben erre kifejezett törekvés van, Kecskeméten például megoldott), hogy a háziorvosi rendelő és a szakellátó hely között elektronikus kapcsolat útján a leletek a háziorvosi programba automatikusan (a helyükre) bekerülnek.

Háziorvosi ügyelet: jellemzően nem határozható meg az elektronikus összeköttetés más ellátó helyekkel.

A szakellátás rendszerében általában alkalmazott dokumentumokat a 2. táblázatban mutatjuk be. Általános jellemző, hogy az intézményekből az OEP-be beáramló adatok finanszírozási szemléletűek, és még így sem egységesek (teljesítmény illetve fix díj alapúak). A teljesítmény alapú jelentéseket az intézmények jól felfogott érdekük szerint úgy igyekeznek alakítani, hogy finanszírozásuk minél kedvezőbben alakuljon. Ez azt eredményezi, hogy az így

Nem egységes rekordképpel	IBR-ben egységes rekordképpel	Országosan egységes rekordképpel
Személyes adatok iskolai végzettség munkahely családi állapot családi kórelőzmény egyéni kórelőzmény szomatikus állapot életmódbeli szokások alapbetegségek allergia vizsgálati eredmények, leletek kórházi/szanatóriumi zárójelentések	szűrési adatok gondozás Napi tevékenység	TAJ változás jelentés táppénzes jelentés megbetegedési statisztika (KSH)

1.táblázat
A különböző háziorvosi szoftverekben általában regisztrálható adatok

fogászat, járó és fekvőbeteg szakellátás, művese kezelés, gondozóintézeti gondozás, CT/MR, házi szakápolás, gyógyfürdő ellátás		
Nem egységes rekordképpel	Ellátónál marad	OEP felé továbbított
kórlap	ambuláns adatlap	ambuláns teljesítmény adatok (WHO pontok)
lelet	kórházi adatlap	Fekvőbeteg teljesítmény adatok (HBCS)
zárójelentés		

2. táblázat
A különböző háziorvosi szoftverekben általában regisztrálható adatok

nyert adatok epidemiológiai, morbiditási, mortalitási tudományos elemzéshez nehezen használhatók, hiszen a „jobban fizető” betegségek, állapotok kerülnek be a rendszerbe földiagnózisként.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz: a forgalmazók bevétele szorosan összefügg a recepten szereplő adatok rögzítésével és továbbításával az OEP felé, ezért ezek pontosnak tekinthetők (az elrendelő, a termék és az igénybevevő biztosított azonosítása, a kiadás dátuma, később a BNO is rögzítendő).

Iskola egészségügyi ellátás, védőnői hálózat, anya- és csecsemővédelem: jellemzően nem határozható meg az elektronikus összeköttetés más ellátó helyekkel.

Országos Mentőszolgálat, sürgősségi betegellátás: jellemzően nem határozható meg az elektronikus összeköttetés más ellátó helyekkel.

Betegszállítás, útiköltség térítés: jellemzően nem határozható meg az elektronikus összeköttetés más ellátó helyekkel.

A foglalkozás-egészségügy és más, a privát szféra körében végzett szűrővizsgálatok és egyéb ellátások: az összes munkavállalóra kiterjedő foglalkozás egészségügyi tevékenység és az egyre jelentősebb réteget érintő privát ellátás adatai sehogy sem kerülnek be a rendszerbe! A jelenleg hiányzó nagy adattömeg jól beilleszthető lenne, ezzel csökkennének a felesleges ismétlések, és ezzel a társadalombiztosításra háruló teher is mérséklődne.

Országos Vérellátó Szolgálat: jellemzően nem határozható meg az elektronikus összeköttetés más ellátó helyekkel

• **Finanszírozó (OEP és társintézményei)**

Az IBR-en kívüli szolgáltatóktól kizárólag finanszírozási adatokat kap, melyek hiányosságait a korábbiakban kifejtettük. Az IBR-hez tartozó háziorvosi praxisok a szűrés, gondozás és napi tevékenységükről tételes beszámolót küldenek egységes rekordképpel (ld. 1. táblázat). Az IBR-es prevenció munkája szervezőnként eltérő, ezek összehasonlítása, egységes értékelése még nem megoldott. Az ellátásszervezés standardrendszerének kidolgozása jelenleg folyamatban van, erre építve lehet majd továbblépni. A 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet értelmében a havi tételes betegforgalmi jelentést 2006. szeptember 1-től valamennyi háziorvosi szolgáltató köteles elkészíteni és a MEP-ekhez beküldeni. Ez a rendelet az IBR-es praxisok jelentései alapján évek alatt összegyűlt tapasztalatot igyekszik hasznosítani.

Statisztikai intézmények (KSH): tapasztalatunk szerint a kötelező jelentések adatforrása nem kellően összehangolt.

Népegészségügy, járványügy (OTH – ÁNTSZ): az IBR szervezők általában szoros szakmai kapcsolatban állnak a helyi szolgáltatókkal, de főleg adatvédelmi okok miatt az elektronikus kommunikáció nem működik. Ez pl. a népegészségügyi prevenció programok összehangolásában és járványügyi, epidemiológiai kutatások szempontjából kifejezetten hátráltató tényező.

Az Irányított Betegellátási Rendszer szervezői körében pontjába mind a szolgáltatóktól, mind a finanszírozótól érkeznek adatok. A háziorvosi praxisokból a szervezőkön keresztül egységes rekordkép (ún. B300-as tábla) szerint kerülnek a szűréssel, gondozással és napi betegellátással kapcsolatos tételes betegforgalmi jelentések az OEP-be. Ezzel a háziorvosi tevékenység legfontosabb területei nyomon követhetők. A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 67/2005 (XII.27.) EÜM rendelettel módosított 51/1997. NM rendelet kidolgozásában (azaz a szűrővizsgálatok korszerűsítésében) forrásként szerepelhetett a szűrési jelentések feldolgozásának tapasztalata. A praxisokban folyó gondozási tevékenységről több mint hat év alatt beérkezett információ szintén alapul szolgálhat a krónikus betegségben szenvedők betegútjának optimálisabb megtervezéséhez. Mivel a prevenció munkája szervezőnként eltérő, az erről szóló beszámolók egyelőre csak korlátozottan hasonlíthatók össze. Egy szervező esetében azonban a többi adattal együtt jól kezelhetők. Minden szervező kiemelten foglalkozott a szív-érrendszeri betegségek megelőzése legmegfelelőbb módszereinek kutatásával és alkalmazásával. Ezek a programok a részletekben némileg eltérőek, de az alapokat tekintve az általánosan elfogadott elvekből indulnak ki. Amennyiben a közös feldolgozásuk megvalósulhatna, több tízezer páciens kockázat felméréséből kaphatnánk értékes segítséget az egész ország szív-érrendszeri prevenció programjához.

Mindenütt törekszünk a helyi szerződött szakorvosi szolgáltató és az alapellátás között az azonnali leletlekérdezés kiépítésére. Ezen keresztül szakmai alapokon nyugvó, az egészségi állapotot jobban tükröző, az alapellátásban folyó tevékenységgel együtt vizsgálható adattartalom kerül a háziorvosi praxisokba.

Az OEP-től a szervező részére visszajuttatott ún. „tétel-elszámolás” tartalmazza a legtöbb kassza (háziorvosi alapellátás, fogorvosi, járó- és fekvőbeteg szakellátás, művese, CT/MR, házi szakápolás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő, gondozóintézeti ellátás, betegszállítási és útiköltség térítés) finanszírozási adatait.

Az Irányított Betegellátásban lehetőség van a biztosított állampolgár teljes betegtörténetének egységes vizsgálatára az itt felsorolt szolgáltatások tekintetében mind szakmai, mind finanszírozási szempontból (az egyéni adatvédelemhez fűződő jog megsértése nélkül). Betegutak határozhatók meg, összehasonlítások és elemzések végezhetőek. Ezek alapján tervek készíthetők, melyek gyakorlatba ültetése után az eredmények analízise további javítási mechanizmusokra ad lehetőséget.

GYAKORLATI TAPASZTALATOK A KIBIR SZOFTVER HASZNÁLATA SORÁN

Jelen tanulmányunkat a kecskeméti szervező (MEDITRES Kft.) területén történt gyakorlati munka tapasztalataira alapozzuk. A MEDITRES Egészségház 1994 óta Kecskemét és környékének meghatározó egészségügyi szereplőjévé vált. Az Irányított Betegellátásban kezdetektől (1999 óta) részt veszünk, így ismereteink viszonylag hosszú időtávra nyúlnak vissza. A hatalmas adattömeg feldolgozásához nélkülözhetetlen informatikai segítséget a munkatársainkkal kifejlesztett Komplex Irányított Betegellátási Informatikai Rendszertől kapjuk, melynek rövidítése a KIBIR.

A keletkezés helyén és idejében történő egységes és pontos adatrögzítéssel, adatkezeléssel kapcsolatos tapasztalatok megerősítik annak fontosságát, hogy az adatok bevétele akkor is teljesíthető legyen, ha nagy a betegforgalom, és egy számítógépen egy asszisztenssel folyik a rendelés. Ez akkor lehetséges, ha egyszerűen rögzíthető, szakmailag célszerű adatokat kérünk, és a programok automatikus megoldásokat kínálnak. Szükséges, hogy az alkalmazók megismerjék, megértsék és elfogadják, hogy mit, miért kérünk (hangsúlyozzuk a többszöri oktatás, tájékoztatás, visszajelzés fontosságát). A saját régiókban alkalmazott, magunk által kidolgozott szív-érrendszeri kockázat felmérő és kezelő prevenció programunkat ezen kívánalmak figyelembevételével készítettük el.

A szerződött szolgáltatóval a kapcsolódási felületek számát folyamatosan bővítjük, ezeken keresztül kétirányú információáramlás jön létre. Azokon a területeken lehet ezt megvalósítani, ahol minkét fél érdeke megkívánja. A kecskeméti szervező esetében ezt a legjobban a megyei kórházzal létrejövő laboratóriumi informatikai összeköttetés példázza. Ez az egyszerű lelet átmenetesen kívül a vizsgálati protokollok betartásának nyomán követésére és közös elemzésére is alkalmas.

Ahogy azt korábban ismertettük, a háziorvosi programok számos, az egyénre jellemző egészségügyi adatot regisztrálnak, azonban jelenleg az egységes rekordkép hiánya mi-

att ezek együttesen nem vizsgálhatók. Saját szervezői munkánkban többféle megoldást dolgoztunk ki a háziorvosi szoftverek összehangolására, ezek megvalósítása azonban a magas költség miatt helyileg nem oldható meg.

A nemzeti egészségügynek szüksége lenne egy központi rendszerre, amelyik képes egységesen kezelni a beérkező adatokat, és elemzéseket végezni. Az IBR-ben a szervező nem tud feladatának megfelelni ilyen rendszer működtetése nélkül. A KIBIR egy olyan webes alapú rendszer, amelynek a segítségével egy felületen kezelhető számos funkció, mint például a finanszírozási adatok feldolgozása, a háziorvosi napi tevékenység, szűrés, gondozás és prevenció nyomon követése, a résztvevők közötti kommunikáció és a munkafolyamatok ellenőrzése. Megfelelő jogosultsággal minden résztvevő hozzáférhet a számára szükséges információhoz.

Az előző évek tapasztalatai alapján meghatároztuk a szerintünk ideális rendszer ismérveit, és ezt igyekszünk folyamatosan közelíteni.

- Logikailag jól összeállított, rugalmasan bővíthető rendszer, amely egymásra épülő elemekből áll, ezeket lépésről lépésre próbáljuk megoldani és összeilleszteni.
- Azonnali reakcióra képes – a partnerektől beérkező adatokat a lehető legrövidebb időn belül fel tudja dolgozni.
- Felhasználóbarát – azaz olyan egyszerűen kezelhető megoldásokat alkalmaz, melyek minimális informatikai ismeret esetén könnyen elsajátíthatók.
- A következőkben – a teljesség igénye nélkül – ismertetünk néhány olyan elemet, melyek megítélésünk szerint elengedhetetlen részét képezik a szervezői munkát jól támogató programnak.
- **Bármilyen párosításban, összefüggésben képes adatokat lekérdezni, például:**
 - Fejlvóta bevétel, kiadás és egyenleg az adott időszakban, praxisonként, kasszánként és összesen; tendenciák kimutatása
 - Praxisok összehasonlítása a praxisok típusa szerint
 - TOP listák (leggyakrabban használt gyógyszerek, legköltségesebb betegutak stb.)
 - Létszámok és korcsoportok alakulása
 - Szolgáltatás igénybevétel alakulása
 - Aktív betegút követés/egyéni társadalombiztosítási folyószámla vezetésre is alkalmas lehet
 - Morbiditás, mortalitás a rendelkezésre álló adatok alapján (megjegyzés: mivel a szakellátásból elsősorban az OEP-en keresztüli finanszírozási adatok állnak rendelkezésre, az ezek alapján készített morbiditási mutatók fenntartással értékelhetőek).
- **Automatizmusok, riportok, jelentések; a kritikus pontok automatikus szűrése, megjelenítése és kezelése.** Ezt nagyon fontos funkciónak tartjuk, de a mostani körülmények között a betegellátás folyamatába történő valódi, azonnali beavatkozás az IBR-ben nem valósítható meg, mivel utólagos (hónapokkal későbbi) adatelemzésről van szó.
- További akadályok: nincsenek valódi online rendszerek, hiányzanak teljes körben a támogató protokollok és

kompetenciák, nincs megfelelő törvényi szabályozás az érvényesítéshez.

Ez a helyzet csak „kvázi automatizmusokat” tesz lehetővé, melyek online elérhetők a házi orvosok részére, például:

- Gyógyszerfelhasználás: generikus készítmények alkalmazásáról kimutatás; javaslatok készítése az aktuális ártámogatás alapján; a kiváltott receptek között előforduló veszélyes gyógyszer kombinációk megjelenítése.
- A szoftver orvosi támogatással automatikusan elkészíti az OEP felé a reklamációs jelentést a betegutakról.
- Párhuzamos ellátásokról, azonos időpontban több szolgáltatás igénybe vételéről jelentés készítése.
- Betegutak a prevencióval összekapcsolva a házi orvostól a legmagasabb ellátási szintig és ezek összehasonlítása.
- A házi orvosi jelentések összegyűjtése és továbbítása az OEP felé.

A megfelelő körülmények megvalósulása esetében akár a KIBIR program is képes lenne számos jól használható valódi automatizmus beépítésére. Az egészségügyi folyamatok szabályozásában azonban – mivel gyakran előre nem kiszámítható fordulat következhet be – mindig be kell építeni a humán kontrollt is.

TOVÁBBI ELVÁRÁSOK

- Egyedi elemzések – a folyamatosan felmerülő kérdések, feladatok rövid idő alatti megválaszolása.
- Költség-hatékonysági vizsgálatokhoz analízisek készítése.
- Felhasználóbarát, informatív felület – a webes felület adta lehetőség: könnyen megtanulható, könnyen követhető.
- Az érdeklődés fenntartására törekvés: a „felhasználói élmény” fokozásának módszere.
- Házi orvosi aktivitás ellenőrzés – belépések, böngészések nyomon követése.
- A webes felületű központi rendszer további előnyöket nyújt a menedzsment munkához, mint pl. a kommunikációt támogató felület, a naprakész dokumentum tár.
- A biztonság és adatvédelem érdekében a következőket alkalmazzuk:
 - Jól kidolgozott jogosultság rendszer
 - A személyes adatokat csak a beteg házi orvosa láthatja
 - https:// használata (128 bites SSL)
 - Értesítések a belépésről
 - Teljesen zárt rendszer
 - Mindenre kiterjedő auditálás
 - Mobiltelefonos kódgenerálás

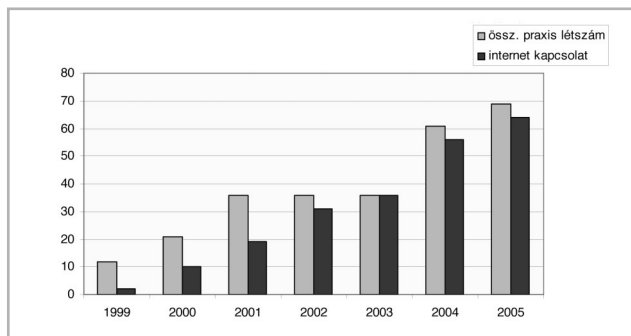
A HÁZIORVOSOK BEVONÁSÁNAK NEHÉZSÉGEI, MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

Hogyan tudtuk létrehozni és a napi rutinba beépíteni a rendszeres párbeszédet a résztvevők között? Az összehan-

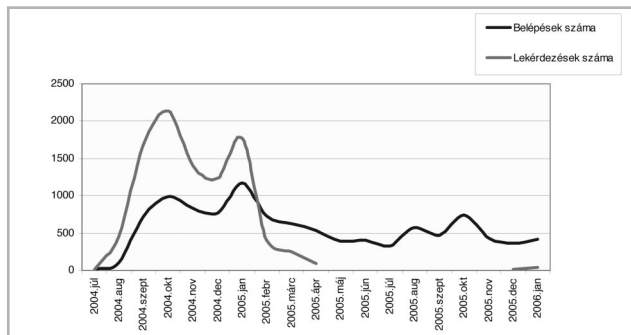
golt rendszerek hatékony működésében meghatározó szerepet játszik a felhasználók közötti folyamatos kommunikáció. Valószínűleg más területeken is, de az egészségügyben dolgozók körében különösen nagy a különbség a számítógéphez történő viszonyulásban. A szakdolgozók általában jó felhasználói gyakorlattal rendelkeznek, és néhány orvos szinte profi szinten képes kezelni, de a többség az IBR-hez történő csatlakozás előtt egyáltalán nem használta a számítógépet. A magyar házi orvosi praxisokra jellemző, hogy bár PC ellátottságuk 100%-os, internet kapcsolattal csak 27% rendelkezik és ezt a kapcsolatot adattovábbításra mindössze 9% használja (2005. áprilisi adat). Ezzel szemben területünkön szívós munkával sikerült keresztülvinni, hogy kollégáink túlnyomó többsége rendelkezik internet hozzáféréssel (1. ábra), rendszeresen olvassa a KIBIR levelezést és böngészzi az IBR adatokat. (Lásd 2. ábrát, melyen követhető, hogy 2005. április után megszűnt az adatelemzés lehetősége.)

Milyen módszert alkalmaztunk ennek elérésére?

- meggyőztük partnereinket, hogy érdekük és feltétlenül szükséges legalább az alapszintű tudás megszerzése,
- feltérképeztük a meglévő tárgyi és személyi adottságokat,
- az IBR-ből származó anyagi forrásból sikerült megteremteni a technikai kiegyenlítettséget,
- az oktatást tervszerűen és folyamatosan, személyre szólóan is végezzük,
- a célnak megfelelő, vonzó, felhasználóbarát felületeket alkalmazunk.



1. ábra
Az internet kapcsolat fejlődése az IBR-es praxisokban a kecskeméti szervező területén



2. ábra
Házi orvosi KIBIR belépések és betegút elemzések alakulása

NEHÉZSÉGEK AZ EGYSÉGES RENDSZER INDÍTÁSÁVAL

A rendszerek összehangolásának jelenleg számos hátráltató tényezője van:

- adatforrás megbízhatóságának hiánya, amit az adatrögzítés körülményei befolyásolnak,
- finanszírozási szemléletű adatképzés az intézményekben az OEP felé,
- az adatszolgáltatás időbeni csúszásai,
- a kapcsolódó felületek illesztésének, az átjárhatóságnak hiánya az adatbázisok között.

A fentiekén túl az IBR-ben korábban felmerült a jogi rendezetlenség, ami pénzügyi tervezés kivételének fékje volt. Emellett a legnagyobb akadály az adatvédelem kérdésének törvényi megoldatlansága.

Az adatvédelem problémája kulcsfontosságú, amire megoldást kell találni nem csak az IBR folytatása, hanem az eEgészség Program hathatós és valódi eredményeket felmutató megvalósítása érdekében is. Az adatvédelmi törvény ugyanis nem tette lehetővé a szervező részére a keletkező adatok egyszerű úton történő feldolgozását, ami az eEgészség Program megvalósításában is hasonlóan fennakadásokat okozhat.

Az érdekeket több oldalról meg kell vizsgálni, hiszen az állampolgárnak, mint egyénnek érdeke adatainak védelme – azaz, hogy illetéktelen ne juthassanak hozzá, azonosíthatóság a gyógyításban – betegcsere ne fordulhasson elő, gyógyító orvosa a szükséges adatokhoz informatikailag gyorsan hozzáférjen, az állampolgárnak, mint a közösség (társadalom) részének érdeke a közpénzek felhasználásának ellenőrizhetősége.

A járulékfizető állampolgárok részéről egyre határozottabban fogalmazódik meg az ellenőrizhetőség igénye, ezt a törvényi szabályozásnak is figyelembe kell venni.

GONDOK AZ ÚJ JOGSZABÁLYOK MEGJELENÉSE KAPCSÁN

Tekintsük át a jelenlegi informatikai helyzetet, amibe a jogalkotó és a finanszírozó közösen juttatta az IBR-t!

A korábbi meglévő adatainkat is elvesztettük, mivel az OEP a kapcsolati-kódra való átfordítást indoklás nélkül elutasította. Ennek kapcsán a következő adatbázisok semmisültek meg:

- 1999. júliusig visszamenő 5 éves teljes aktuális TAJ, finanszírozási, és halott-korrekciós adatbázis (közel 6 millió (!) ellátás adatai)
- 2001. novemberig visszamenő alapellátási adatbázis (közel 1 995 000 számú orvos-betegtalálkozás teljes dokumentációja)
- 2001-ig visszamenő gondozáskövetési adatbázis (mintegy 20 000 gondozott teljes több éves nyomon követése)
- 2001-ig visszamenő szűrés adatbázis (mintegy 130 000 szűrés teljes több éves nyomon követése)

- Közel 15 000 beteg kardiovaszkuláris rizikó-követési adata (a kérdőíven történő tájékozott beleegyezés csak 2004-ben került bevezetésre)
- Közel 600 gyermek-asthma szűrési adata.

A fenti adatok logikus lánccá – betegút (!) – fűzve segítették munkánkat az 1996 évi XX. Törvény szellemében. Egyetlen komoly összekapcsolási lehetőség a TAJ volt.

Az OEP a B300-as jelentést – amelyek adattartalmának elemzése pótolta az OEP jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettségének elmulasztása miatti adathiányt – az OEP 2005. május hónaptól magához vonta. Korábbi B300-as adatainkat egyelőre nem fordították kapcsolati kódra. A megkapott átfordított adatok is részlegesek.

Jelenleg – az OEP rendelkezéseinek megfelelően, de a jogszabályokkal ellentétesen – a betegút követéshez, és egyéb feldolgozáshoz csak részlegesen és rossz minőségben áll rendelkezésünkre adat.

Mivel fenti adatvisszatartások korrekt követést nem tesznek jelenleg lehetővé, így a Szervezők számára értelmezhetlenné vált az OEP és a Szervező közti kezelhető felelős kockázatmegosztás. A legutóbbi finanszírozási év az adatok ismerete nélkül telt el, és ez – az ágazati informatikai rendből következően – mintegy fél finanszírozási évnél „vakrepülést” jelent. Így érdemi szervezői munkára csak az adatmentes primer prevenció síkja van lehetőség, azonban a kidolgozott indikátorok – szintén adat hiányában – ezek követésére nem adnak lehetőséget.

A számvévesztési vizsgálat által megkívánt átszűrési adatok sem adhatók meg.

Az új Útmutatóban előírt indikátor-rendszer csak területről beszerzett adattal teljesíthető, ami a házi orvosoknak felesleges és értelmetlen többletterhelést jelent, az adatok minősége pedig kérdéses.

A TAJ-egyeztetések a MEP-ek illetve a házi orvosok közt is megnehezültek. Hiszen több ezres az eltérés az OEP és a házi orvosok TAJ-regiszterei között – ami nem csupán a bejelentkezett-finanszírozott eltéréseiből adódik –, és ezek még tovább növekednek a házi orvosok és OEP-es adatok közötti olyan eltérésekkel, amikor a mindkét helyen megtalálható TAJ-számhoz kapcsolódó nem és születési dátum adatai térnek el. Ezen egyeztetések hiányában – mivel a házi orvos számára csak nehezen reprodukálható az OEP-el-számolás – a szervezők támadható helyzetbe kerültek. Az új házi orvosok esetén pedig lehetetlen az egyeztetés adatai hiányában. Itt jegyeznék meg, hogy a kapcsolati kód bevezetéséről eddig ismert tervek valószínűsítik, hogy ha az OEP már egy kód-rendszerrel (TAJ) is ilyen hibaszázalék mellett dolgozott, egy erre épülő következő kódrendszer esetén a hibaszázalék exponenciálisan nőni fog.

Jelenlegi adatszolgáltatási rend mellett az OEP sem a bevételi, sem a kiadási oldal pénzügyi adatait nem képes alátámasztani, illetve ezekre vonatkozó korrekt adatokkal nem is rendelkezünk (pl. mivel igazolható, hogy a kapcsolati kód mögött csak és kizárólag az adott házi orvos/szervező adatai vannak, azok azonban hiánytalanul ?).

A jelenleg kézhez kapott hiánylisták néhány esetben vitathatók, a hibalisták kivétel nélkül értékelhetetlenek.

Képtelenségnek tartjuk, hogy a jelenlegi hiánylistázási minőség és a szervezőket megbénító szabályozás mellett a jogszabályban meghatározott anyagi felelősséggel tartozik a szervező a B300-as jelentés hiányosságaiért.

Az B300-as adatszolgáltatás hiányosságáról a központi visszajelzés, hiánylista megalapozatlan, nincsen leellenőrizve. Az általa generált intézkedések főlegesen, indokolat-

lanul kötnek le hasznos kapacitásokat (házi orvos, szervező, MEP).

Bár a Modell bizonyította életképességét, – gondoljunk csak a racionális gyógyszerfelírásra, a kardiovaszkularis aktivitásra (pl. OALI) vagy a Népegészségügyi Program apró módosulásaira, a 43/1999-es Korm. rendelet módosításaira, az 51/1997 NM rendelet módosításaira – a jelenlegi szabályozás nem támogatja annak túlélését, az informatikai, tudásalapú előnyök kiaknázását, az eredeti célok megvalósulását.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Faragó Katalin 1973-ban általános orvosi diplomát szerzett a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. 1979-ben belgyógyászati, majd 1995-ben üzemorvostan, 1997-ben házi-orvostan szakvizsgát tett a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. A MEDITRES Kft. szervezésében Kecskeméten és vonzaskörzetében működő Irányított Betegellátási Modellkísérlet (IBMk) modell igazgatója 1999 óta. Az IBMk menedzsmentjének irányítása során a következőkben szerzett tapasztalatot: a szervezői körbe tartozó 61 házi-

orvos által ellátott 95 000 lakos – melyben kis és nagy város, község és tanyavilág minden korosztálya képviselve van – teljes körű természetbeni egészségügyi ellátásának szervezése, a házi-orvostól a legmagasabb szintekig. Ehhez kapcsolódóan orvos-szakmai, oktatási, finanszírozási és betegirányítási feladatok megoldásában közreműködik folyamatosan. Kiemelten foglalkozik a résztvevők közötti kommunikációval, a minőségbiztosítással és fejlesztéssel, az adatvédelmi kérdésekkel és a gyógyító munka mellett az egészség megőrzését hangsúlyozó prevenció szemléletű orvoslással. Az alapoktól kezdve aktívan részt vesz az informatikai háttér (Komplex Irányított Betegellátási Informatikai Rendszer) fejlesztésében.



Járvas Tamás 1997-ben végzett gépészmérnökként a Gépipari és Automatizálási Műszaki Főiskolán, Kecskeméten. 1999-ben minőségbiztosítási szakmérnöki képesítést, majd 2002-ben közgazdász szakmérnöki végzettséget szerzett a Pénzügyi és Számviteli Főiskolán Budapesten. 2002-ben informá-

ció és adatvédelmi vezető képzést kapott (ISO 17799). 2004-től MBA hallgató a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen. 1999 óta az informatikát képviseli az Irányított Betegellátásban a kecskeméti szervező területén, főként szoftverfejlesztői és irányítói munkát végez. Közben mind jobban megismerte az egészségügyi informatika sajátosságait, az adatvédelemmel kapcsolatban felmerülő kérdéseket, sokrétű tapasztalatra tett szert ezek alkalmazásában.

Európa legnagyobb eszközbeszerzési programja

Hír: május végéig az ország 109 kórházába összesen 319 altató-, 416 lélegeztető-gépet valamint 544 monitort telepítenek.

Vojnik Mária államtitkár – politikusi pályafutása előtt gyakorló aneszteziológus volt – elmondta, mintegy 10 évvel ezelőtt fogalmazta meg a szakma az aneszteziológiai és intenzívterápiás eszközpark korszerűsítésének igényét. Már a Horn-kormány idején beindult egy, a géppark cseréjét célzó program, de később megtorpant. Ennek egyik oka volt, hogy az intézmények, illetve fenntartóik nem voltak képesek biztosítani az akkor megkívánt önrészt sem. Nem hozott áttörést az ebben a ciklusban meghirdetett 300 milliós pályázat sem. Kiderült, csakis az eddigieknél lényegesen nagyobb forrás teremthet megoldást, hiszen az altatógépek átlagos életkora meghaladta a 15 évet, az intenzívterápiás géppark pedig erkölcsileg is, szakmailag is elavult. A kormány 2005 októberében határozott úgy, hogy a 8.5 milliárd forintba kerülő műszerbeszerzési programot 8 éves bérleti konstrukcióban valósítja meg, amelynek eredményeként a felhasználó intézmények ingyenesen, önrész nélkül jutnak különböző tudásszintű aneszteziológiai munkaállomásokhoz, zárt anesztéziára alkalmas munkaállomásokhoz, intenzív osztályos és transzport lélegeztetőkhöz, multifunkciós, műtői és központi monitorokhoz. (A fentiek tartalmazzák azt a 60 transzport lélegeztetőt is, amelyhez az Országos Mentőszolgálat jut hozzá.) Ez azt jelenti, hogy az altatógépek több mint 25, a lélegeztető gépek 33, a monitorok 40 százalékát lecserélik.

Folytatás a 31. oldalon