

Forum CC



Health Professional Card der Schweizer Ärzteschaft ante portas

Dieser Artikel [1] und das Design der HPC brauchen dringend Ergänzungen!

Vorweg: In meinem Umfeld werde ich eher als «IT-angefressen» wahrgenommen. Auf diversen Gebieten der Informatik habe ich mein Lehrgeld als «early adopter» bezahlt.

Leider ist das skizzierte Szenario der HPC nicht in eine E-Health-Strategie der FMH eingebettet; diese wurde jedenfalls bisher nicht vorgestellt. Was herauskommt, wenn zuerst ein Projekt und dann erst die Strategie darum herum geplant wird, werden wir bald bei der Versichertenkarte des BAG miterleben können. Auch dort war das Kartenprojekt lange vor der dazugehörenden E-Health-Strategie aufgegleist.

Meine Bedenken/Ergänzungsvorschläge:

- *Die HPC braucht eine Hierarchie.* Es darf nicht alles an meine Karte und meine Unterschrift gebunden werden. – Konkret: Ich muss an meine MPA delegieren können. Sonst droht mit der Einführung der HPC, dass ich mehr, die MPA weniger arbeitet. Meine Karte der MPA zu übergeben kann ja wohl nicht Sinn der Übung sein. – Einige Kollegen haben die analoge Erfahrung mit dem ASAS-Client gemacht: Entweder die MPA hat auf alles Zugriff, oder ich mache einen Teil der MPA-Arbeit.
- *Bringprinzip als Normalfall.* Bis heute sind wir gewohnt, dass Austrittsberichte in der Regel «automatisch» zugestellt werden. E-Health darf dies nicht umkehren, in dem Sinn, dass ich jedesmal aktiv werden muss, um einen Bericht zu erhalten. – Nur für Ausnahmesituationen sollte das Holprinzip vorgesehen werden. Sonst droht ein gewaltiger Mehraufwand.
- *Einführung 2008.* Falls die Karte tatsächlich 2008 eingeführt wird, ist das Akzeptanzproblem vorprogrammiert. 2008 wird es schwierig sein, Mehrwerte aufzuzeigen, da praktisch noch kein Spital bereit ist, wie im Artikel skizziert, die Dokumente online zur Verfügung zu stellen. – Somit wird der Mehrwert v.a. in einem neuen Ausweis bestehen.
- *Kartenlesegerät.* Der Artikel suggeriert, dass es praktisch nur ein Kartenlesegerät brauche,

um die aufgelistete Funktionalität zu bekommen. Davon sind wir noch weit entfernt. Obwohl theoretisch vieles möglich ist, in praxi und in der Praxis wird der klinische Einsatz der HPC noch auf Jahre die Ausnahme bleiben. Ferner muss darauf hingewiesen werden, dass die Kartenlesegeräte Schnittstellen und Softwareanpassungen benötigen, mit den daraus resultierenden Kosten.

- *E-Rezept.* Bevor wir laut über elektronische Rezeptübermittlung nachdenken, muss die Abgeltung geregelt werden. Folgerichtig müsste ja die Administrativtaxe der Apotheken uns zugute kommen. – Auch dies zur Illustration, dass zuerst die Strategie nötig ist, bevor ein konkretes Projekt ins Detail geplant wird.
- *Qualität zu welchem Preis?* Immer wieder wird im Zusammenhang von E-Health von Patientensicherheit und Qualitätsförderung gesprochen. Die Frage ist: Zu welchem Preis? – Es müsste zumindest möglich sein, eine Hochrechnung zu machen analog NNT. – «MNP – Money needed to pay» – oder wieviel wird uns das Ganze kosten, um einen Zwischenfall zu vermeiden? – Ein weiteres Beispiel: Was kostet ein elektronisch abgeholter Austrittsbericht (Rechnung: Gesamtaufwand dividiert durch Anzahl übermittelte Dokumente)?

Fazit

Die vorgestellte HPC ist konzipiert für eine Schweiz, in der 80% der niedergelassenen Ärzte elektronisch dokumentieren und kommunizieren und 100% der Spitäler ihre Dokumente online zur Verfügung stellen. Wenn man bedenkt, dass z.T. die Klinikinformationssysteme erst in der Budgetphase sind, ist damit zu rechnen, dass dies noch ein paar Jahre dauert.

Wir von SGAM.Informatics unterstützen und motivieren Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zur papierarmen Praxis. Bis die Mehrheit diesen Schritt gemacht hat, dauert es noch etliche Jahre. Wie schon wiederholt moniert, macht jegliche E-Health-Aktivität nur Sinn, wenn ab Beginn des Patientenpfades digital dokumentiert wird. Die HPC ist hier keine Ausnahme.

Meine Empfehlung: Marschhalt und mit Hochdruck die E-Health-Strategie der FMH ausarbeiten. Darin muss auch klar aufgezeigt werden, dass dieser Technologiesprung nicht zum Nulltarif zu haben sein wird. Die Basis der Kostenberechnungen (Hardware, Software, Schulungen) muss unsererseits noch erarbeitet wer-

den; diskutierte Beträge im Ausland (bis 10 000 Euro pro Praxis!) geben uns eine Orientierungshilfe. Sobald solide Daten vorhanden sind, sind diese Beiträge einzufordern, resp. die Finanzierung ist vorgängig zu regeln.

Wenn der Bedarf für die HPC dann wirklich da ist, kann das Projekt aus der Schublade gezogen werden.

Dr. med. Heinz Bhend, Aarburg

- 1 Wagner J, Giger M. Health Professional Card der Schweizer Ärzteschaft ante portas. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(33):1337-8.

Réponse

Je remercie mon collègue Bhend de ses commentaires critiques. Nous nous attendions en fait à ce que nos lecteurs réagissent en plus grand nombre à ce pas en avant de la FMH. Devons-nous en conclure que la majorité silencieuse des médecins a déjà intériorisé l'importance de la cybersanté?

Cette dernière décennie, le corps médical suisse a énormément investi en personnel et en finances dans la technologie de l'information et de la communication (TIC) aux fins de rendre plus efficaces et plus sûrs les échanges de savoir, d'expériences et de données dans l'intérêt de soins à la sécurité accrue. La Chambre médicale a suivi cette stratégie en décidant d'introduire une carte de médecin électronique. La carte de professionnel de santé (CPS) qui sera introduite en mai 2008 résulte de cette décision.

D'ici là, d'autres possibilités d'application seront concrétisées pour cette carte électronique qui atteste la profession et l'identité. L'introduction de la CPS aura un effet accélérateur dans de nombreux processus car «*elle fait partie intégrante de la future infrastructure sécurisée d'une santé publique dont la documentation et la communication fonctionneront au moyen de l'informatique*» [1]. Le parcours du patient et son dossier numérique, la prescription sûre et intégrée de médicaments, la consultation et la fourniture de données sont des processus qui auront la CPS comme support et qui se dérouleront dans le réseau en toute sécurité. Les détenteurs de la CPS conserveront leur liberté quant au choix de leurs partenaires et à la manière de communiquer.

En ce qui concerne les processus dans la pratique professionnelle il est prévu (déjà lors de l'avant-projet) de délivrer des cartes dépendantes de la CPS principale, appelées carte de collaborateur ou carte d'institution et munies de fonctions partielles, sous la responsabilité du médecin détenteur de la CPS concernée.

La qualité et le prix des prestations de santé dépendent des processus thérapeutiques et des conventions tarifaires entre les partenaires. La TIC reproduit ces processus. Or cette reproduction électronique devrait être utilisée pour optimiser les processus car elle en révèle souvent les problèmes. La prescription électronique sécurisée de médicaments dans le cadre du système adopté (prescription intégrée) ne doit pas être confondue avec la cyber-ordonnance. Elle ne nécessite pas de répartir la taxe administrative des pharmaciens. Les données nécessaires ne doivent pas être saisies à nouveau; le processus de médication est géré par le médecin qui le prescrit, soit le médecin traitant, et n'a pas besoin d'un contrôle final. La prescription de stupéfiants sera plus simple et plus sûre.

Les fournisseurs de logiciels pour cabinets médicaux, hôpitaux, laboratoires, fournisseurs de médicaments et pharmacies doivent orienter leurs programmes sur les processus de leurs clients (ils ne le font malheureusement pas toujours). La CPS ne fixe ni ces processus ni le prix des logiciels.

La CPS est une des nombreuses pièces d'un puzzle. Si nous ne veillons pas à développer ensemble les différents systèmes impliqués, nous n'avancerons pas.

La CPS a un important effet catalyseur; elle permet de développer des applications qui intègrent sa technologie, ce qui est confirmé par les nombreuses réactions de fournisseurs d'applications et d'hôpitaux qui attendent un standard pour toute la Suisse et qui sont prêts à intégrer cette technologie. A certains endroits, on a déjà créé des mini-CPS personnelles pour résoudre le problème. Nous pourrions largement empêcher ces développements individuels en créant rapidement la CPS. Dans ce contexte, le corps médical crée un standard de sa propre initiative. C'est une valeur ajoutée importante qu'il convient toutefois de réaliser rapidement.

Il n'y a pas lieu de faire de pause ni d'élaborer des documents stratégiques sur la cybersanté, car ce serait poser des signaux erronés et le processus qui a été lancé serait gelé. Dans notre Etat, nous avons suffisamment de glissières de sécurité. La CPS doit permettre de travailler dans un système ouvert.

*Dr Max Giger,
membre du Comité central de la FMH*

- 1 Pommerening K. Datenschutz und Datensicherheit. Cours. Université de Mayence; 1999.