

ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A POČÍTAČOVÁ GRAMOTNOST V ČR¹

Josef Křížek

Abstrakt

Problematika řízení kvality zdraví je neodmyslitelnou součástí ovlivňující hospodářskou prosperitu celé země. Elektronická zdravotnická dokumentace je jedním z nástrojů řízení kvality zdraví, který je typický pro dnešní svět. Informační a komunikační technologie jsou jednoduše řečeno nedílnou součástí našich životů. Z pohledu lidského kapitálu zde nacházíme významné implementační problémy v počítačové gramotnosti. Cílem práce je podrobněji zmapovat tuto problematiku. Přínosem práce je zejména to, že způsob zpracování tématu je v jiné rovině, než studie zaměřené tímto směrem. Je to z toho důvodu, že studie na zdravotnickou dokumentaci obvykle zahrnují počítačovou gramotnost jen okrajově a nesnaží se o definování úrovně počítačové gramotnosti na teoretických základech.

Teoretická východiska jsou zaměřena na charakteristiku elektronické zdravotnické dokumentace a podmínek, které ovlivňují funkčnost celého systému na různých úrovních. V následujících částech jsou analyticky hodnoceny jednotlivé úrovně počítačové gramotnosti definované v teoretické části. Samotné hodnocení je prováděno na konkrétním projektu elektronického zdravotnictví v České republice. Dopředu mohu prozradit, že situace je mnohem lepší, než by se na první mohlo zdát.

Key words: Elektronické zdravotnictví, elektronická zdravotnická dokumentace, počítačová gramotnost

JEL Code: I110, I180

¹ Práce byla uskutečněna za finanční podpory Interní grantové agentury VŠE, č. F5/9/2011

Úvod

Informační a komunikační technologie v posledních desetiletích výrazně ovlivnily způsob života ve společnosti. Tento trend dosahuje celosvětových rozměrů, z čehož plyne, že občané České republiky nutně musí procházet jednotlivými etapami implementace.

V roce 2006 jsem se zabýval základními faktory, které v České republice ovlivňují zavádění systému elektronického zdravotnictví. Významným faktorem, který mi z analýzy vyšel, byl problém počítačové gramotnosti a používání ICT technologií v zdravotnických zařízeních. Na základě toho, dnes stavím analýzu z druhé strany.

Co podpořilo mou zvědavost? Byla to studie neziskové organizace ECDL (ECDL, 2011), která obletěla Internet s nepříznivým sdělením hlásajícím, že *„asi desetina obyvatel Česka je počítačově negramotných, naopak plnohodnotně práci s počítačem zvládá 41,5 procenta Čechů. Česko se tak řadí na 37. místo na světě, na stejné úrovni je například Zimbabwe“*.

Z výše uvedeného vyplývá, že cílem práce je podrobněji zmapovat problematiku počítačové gramotnosti ve vztahu k elektronické zdravotnické dokumentaci. S ohledem na rozsah tématu se zaměřím na stranu lékařů, neboť právě oni jsou klíčoví k vedení zdravotnické dokumentace. Avšak bylo tomu tak vždy v České republice?

Teoretická východiska jsou zaměřena na charakteristiku elektronické zdravotnické dokumentace a podmínek, které ovlivňují funkčnost celého systému na různých úrovních. V následujících částech je analyticky hodnocen realizovaný projekt IZIP v České republice ve vztahu k počítačové gramotnosti.

1 Teoretická východiska

1.1 Charakteristika elektronické zdravotnické dokumentace

Elektronická zdravotnická dokumentace je jedním z nástrojů elektronického zdravotnictví, které je považováno za nástroj řízení kvality zdraví. Ekvivalentně je tento nástroj v literatuře označován jako elektronické zdravotní záznamy (Electronic Health Records). Pod pojmem bychom si měli představit projekt, který má např. podle Ministerstva zdravotnictví (2008) za cíl *„umožnit výměnu strukturované zdravotnické dokumentace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb s významnou úlohou pacienta v celém procesu“*. Když se podíváme na situaci v České republice, zjistíme, že jde spíše o vizi než realitu.

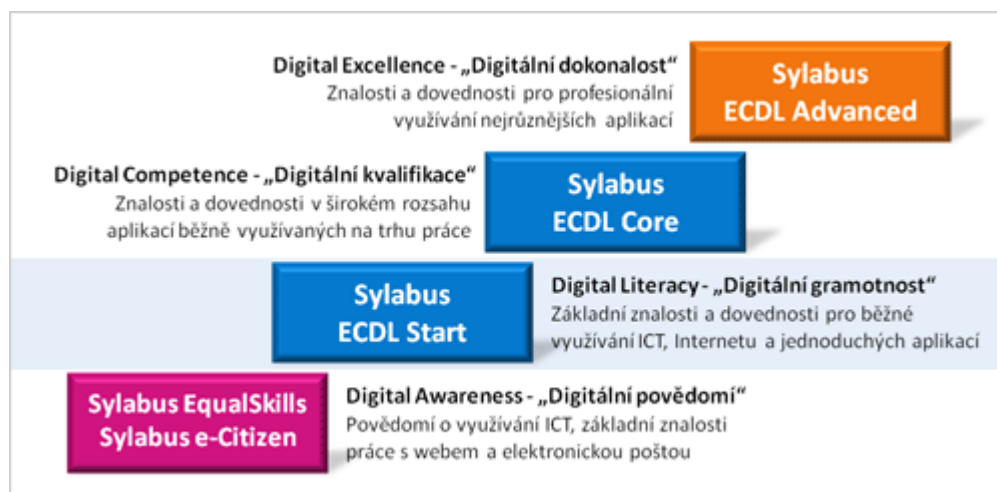
1.2 Teoretické předpoklady pro zavedení elektronického zdravotnické dokumentace

Nejde o nic jiného než o produkt, který je třeba určitým způsobem rozšířit. V první řadě je důležité rozlišovat úroveň elektronizace. Za elektronizaci se obecně považuje již samotný přechod z papírové formy na elektronickou, tj. za použití osobního PC. Vyšší stupeň bude realizován na úrovni podniku a interního systému. Podnikem zde bude např. nemocnice, které má vlastní intranet². Rozšíření a možnost používání plošně v rámci dalšího stupně přináší např. Internet. Ekvivalentně volím předpoklad, že budeme rozeznávat počítačovou gramotnost ve třech úrovních:

- Obecná – vztahuje se k PC (počítači)
- Počítačová gramotnost v oblasti zdravotnického softwaru
- Počítačová gramotnost v oblasti Internetu

Při stanovování vlastních parametrů jsem vycházel z definice počítačové gramotnosti ECDL, která taktéž rozděluje počítačovou gramotnost do více úrovní, jak je možno vidět v obrázku pod.

Obrázek 1 Rozdělení počítačové gramotnosti dle ECDL



Zdroj: Převzato z ECDL. *Koncept počítačové gramotnosti ECDL*. 2011b.

Vzhledem k tématu, je v tuto chvíli nutné vyzdvihnout fakt, že využívání elektronické zdravotnické dokumentace (produkt) je podmíněno počítačovou gramotností a počítačovou vybaveností jednotlivých aktérů.

² Počítačová síť pro soukromou skupinu uživatel (např. pracovníci v nemocnici).

Mezi další faktory působící na samotný produkt patří: legislativa, náklady a financující subjekt, velikost trhu a mnohé další. V následujících částech se na vybrané faktory zaměříme v praktické rovině.

2 Analýza zdravotnické dokumentace a počítačové gramotnosti v ČR

2.1 Řízení kvality zdraví v ČR

Mnozí autoři používají spíše termín péče o zdraví. Ekvivalent se zachoval v důsledku historických kořenů v návaznosti na zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Současné trendy nabádají k užívání zajímavějších a důvěryhodnějších slovních kolokací jako je právě „kvalita zdraví“. Při bližším nahlédnutí do uvedeného zákona zjistíme, že v oblasti řízení péče o zdraví lidu (§ 68, Ústřední orgány) jsou „všechna“ ministerstva a ostatní ústřední orgány povinny činit taková opatření, která vedou k upevnění a rozvíjení zdraví lidu, neboť jde o nedílnou součást pro celkové řízení hospodářství a kultury.

2.2 Jaké změny proběhly v oblasti vedení zdravotnické dokumentace v době boomu elektronizace zdravotnictví

Podíváme-li se do historie zdravotnické dokumentace v České republice, dojdeme k závěru, že tzv. „soukromý“ projekt elektronické zdravotnické dokumentace IZIP vznikl dříve, než byla zavedena povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pro veškerá zdravotnická zařízení.

Všeobecná povinnost vedení zdravotnické dokumentace byla stanovena pouze v předpisech České lékařské komory (ČLK). Výjimka platila pro nestátní zdravotnická zařízení, pro které existovala povinnost vést zdravotnickou dokumentaci podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zřízeních.

Vhodné pozadí pro inovativní projekty v oblasti elektronizace zdravotnictví přinesl rok 2001. Zákon 260/2001 pozměnil výše zmíněný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Jakým směrem? Zavedl povinnost vést zdravotnickou dokumentaci všem zdravotnickým zařízením. Zda to bylo až v návaznosti na projekt IZIP, nechám na úvaze každého. Je na místě ještě zdůraznit, že dokumentace mohla mít listinou ale především již elektronickou podobu (s jistým omezením).

Za motivační zákon jsem vždy považoval zákon č. 111/2007 Sb. Jakou oblast novelizoval tento zákon? Upravil opět zákon „řízení kvality zdraví“ č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Před novelou měl pacient omezené možnosti zisku informací o zdravotním stavu. Pacient nemohl nahlížet do své dokumentace bez svolení lékaře a lékař měl povinnost pouze informovat o zdravotním stavu pacienta. Jak by mohla existovat „sdílená elektronická zdravotnická dokumentace“, když to zákon přímo nepovoloval. Novela také umožnila přidělit právo nahlížet např. blízkým osobám.

Z výše uvedeného vyplývá, z jakého důvodu osobně považuji elektronickou dokumentaci za nástroj řízení kvality zdraví a jak lze legislativně motivovat či podněcovat k hledání tržních příležitostí. Jinak řečeno, změna zákona „řízení kvality zdraví“ podnítila vznik projektů elektronického zdravotnictví.

2.3 Příklad aplikace nástroje elektronického zdravotnictví - IZIP

Na konkrétním projektu IZIP (internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta), který jsem na základě vývoje v posledních dne vybral, určíme hlavní aktéry. Projekt vznikl již v roce 1999 a oficiálně za ním stáli tři tvůrci: MUDr. Milan Cabrnch (toho času poslanec za ODS), MUDr. Pavel Hronek a MUDr. Miroslav Ouzký (toho času také poslanec za ODS). V průběhu roku 2000 žádaly o grant na Ministerstvu zdravotnictví. Grant byl zamítnut. V roce 2001 založili společnost s ručením omezením a v roce 2005 přeměnili tuto společnost na akciovou. Když neuspěli na ministerstvu (první aktér), zkusili nejsilnější pojišťovnu v České republice, kterou byla VZP (70% populace). Druhý aktér je na světě. První smlouva s VZP byla podepsána v listopadu 2001. V roce 2003 následovalo rozšíření na celou Českou republiku a v roce 2004 podpis další smlouvy s VZP. (IZIP, 2005) VZP si vyžádala exkluzivitu na projekt, která skončila k 1. lednu 2007. Třetí aktér byl uveden jako tvůrce a reprezentuje lékaře. Poslední skupinou aktérů jsou pacienti.

2.3.1 Reálná možnost zavedení povinné účasti v projektu IZIP – nucená forma rozvoje počítačové gramotnosti

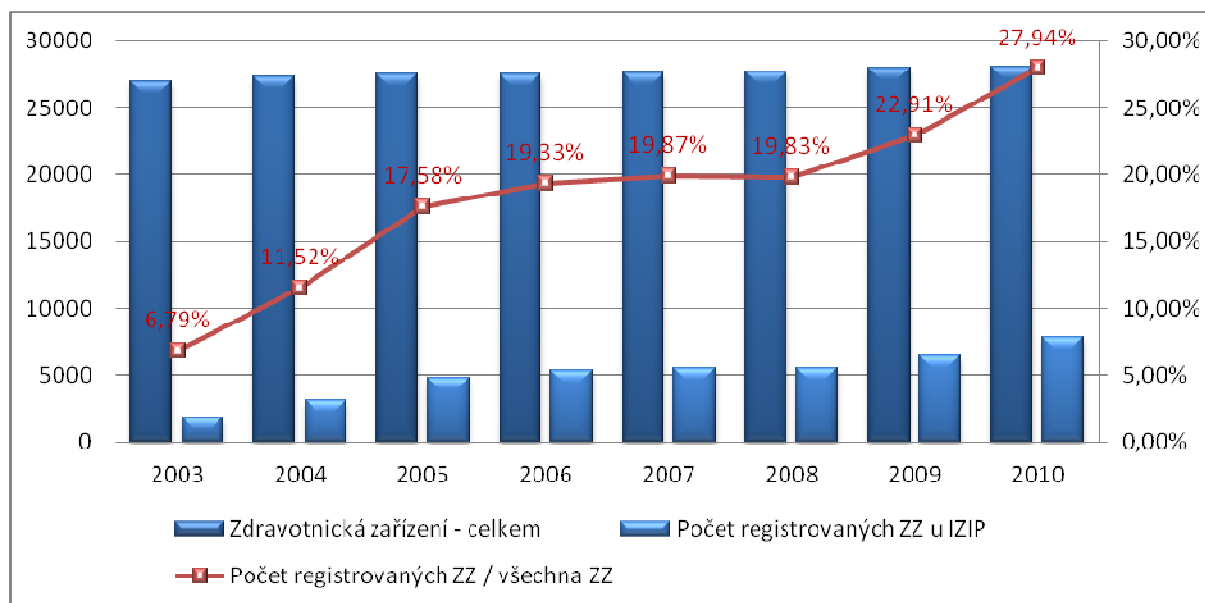
Lékaři bezesporu patří mezi ty, kteří mají za úkol vytvářet zdravotnickou dokumentaci. Argument, že elektronické vedení agendy usnadňuje život, jistě nesdílí všichni. Pro analýzu jsou zásadní roky následující po roce 2003, kdy došlo k plošnému rozšíření projektu IZIP po celé České republice.

Obnovení exkluzivní spolupráce s VZP proběhlo v roce 2008. Když jsem projekt konzultoval s lékaři, shodovali se, že problém byl zejména v zabezpečení dat a malém počtu zapojených specialistů. Významným faktorem je skutečnost, že každá pojišťovna vytváří svůj

„IZIP“, kdy ukázkovým příkladem je Karta života realizovaná Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR.

V posledních dnech nastal velký mediální rozruch okolo nákupu většinového akciového podílu ve společnosti IZIP. Kdo jiný než VZP by měl být kupujícím, když projekt po celou dobu financovala. Záměrně vynechávám právní záležitosti převodu akcií ze strany zakladatelů na švýcarskou společnost před plánovaným odkupem ze strany VZP. Na jednu stranu by se předešlo tomu, že data o pacientech drží soukromý subjekt, na druhou stranu nastává otázka povinného zapojení do projektu ze strany zdravotnických zařízení. Jinými slovy řečeno, zdravotní knížky by se staly povinné pro lékaře a nemocnice ve vztahu k VZP. Původní koncept si kladl za cíl udržet projekt jako společenskou dohodu s dobrovolným vstupem. Rozhodnutí o budoucnosti projektu IZIP by mělo padnout 21. listopadu 2011 na správní radě VZP. Co to předběžně znamená? Podívejme se na následující graf.

Obrázek 2 Počet zdravotnických zařízení ve vztahu k IZIP

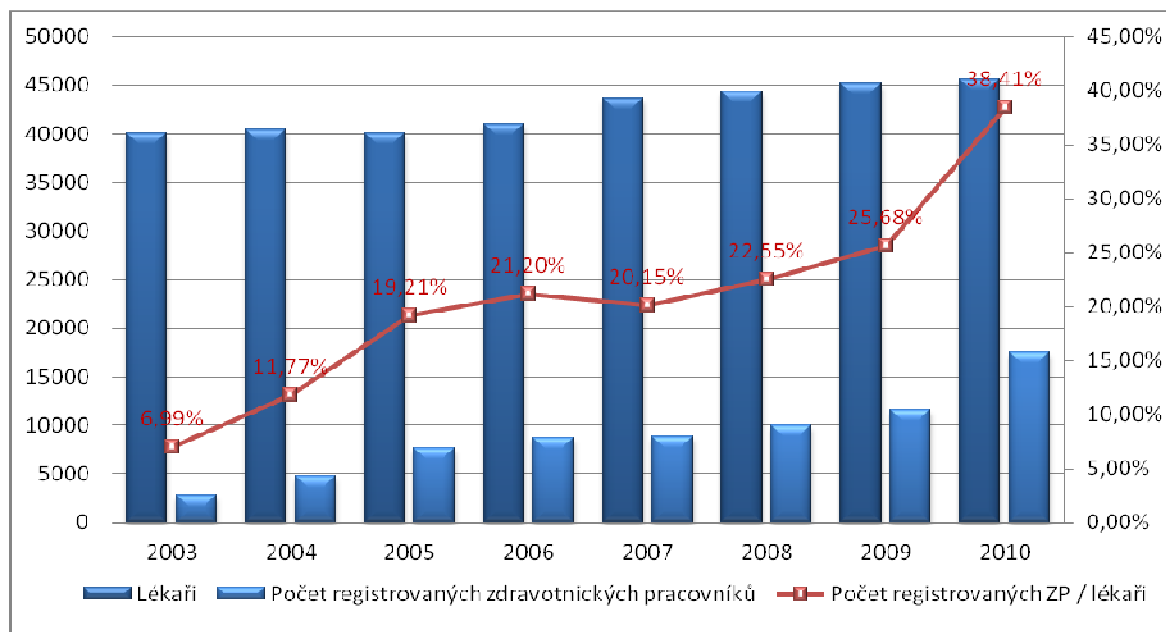


Zdroj: ČSÚ, IZIP a.s., ÚZIS a vlastní dopočty

Z grafu je možné vyčíst, že téměř 30 procent zdravotnických zařízení je v systému již registrováno, ač do něho nemusí a často ani nevkládají záznamy. V případě plošného zavedení povinné účasti je tedy vidět, že je zde velká mezera. Celkový počet zařízení by byl snížen v závislosti na tom, že do něho počítáme i lékařská zařízení apod. Vše záleží na budoucím rozhodnutí.

Případ zavedení povinnosti pro všechny lékaře a nemocnice, jak je uvažováno dle ředitele VZP Pavla Horáka (2011), si ukážeme v následujícím grafu. Nejprve uvedu, že koncem roku 2010 bylo dle ÚZIS v České republice evidováno 189 nemocnic. Z počtu 189 jich v lednu 2011 bylo zaregistrováno u IZIP 101. V následujícím grafu se zaměříme na lékaře.

Obrázek 3 Počet zdravotnických pracovníků ve vztahu k IZIP



Zdroj: ČSÚ, IZIP a.s., ÚZIS a vlastní dopočty

Analytici společnosti IZIP hodnotí počet registrovaných zdravotnických pracovníků ve vztahu k celkovému počtu. Pro celkový počet používají hodnotu počtu lékařů v roce 2008 dle ÚZIS. Když ponecháme jejich hodnocení, že zdravotničtí pracovníci jsou pouze lékaři, pak vidíme, že v případě plošného zavedení se bude muset zaregistrovat více než 61 procent lékařů (viděno v číslech roku 2010). Data mají jistá omezení, neboť někteří lékaři (zahrnuti ve statistikách) vykonávají např. jen konzultační činnost.

2.3.2 Tři stupně počítačové gramotnosti u lékařů v ČR

Vraťme se k problému počítačové gramotnosti a využívání informačních a komunikačních technologií. Vzhledem k tomu, že informační a komunikační technologie jsou poměrně nové v běžném životě, starší generace se dostávají do problému, který je nazýván počítačová (ne)gramotnost. Problematika je pozorovatelná i v oblasti zdravotnictví. S ohledem na to, že jedním z důvodů stížností na samotný projekt bylo to, že nejsou zapojeni

specialisté, podíváme se podrobněji na ty lékaře, kteří by byli nejvíce zasaženi uvedeným opatřením o povinné účasti.

Jako výchozí bod si stanovíme studii z roku 2002, uskutečněná agenturou INRES-SONES. Studie uváděla, že 80% lékařů aktivně využívalo počítač. V té době počítač nemělo 20 % lékařů, ale 13 % z nich ho používalo doma. Další 3,5 % lékařů uvedlo, že předpokládají, že v budoucnu ho používat budou. Lékaři uvedli jako důvody finanční nároky na pořízení, odchod do důchodu a menší část z oněch 7 % již zmíněnou počítačovou negramotnost. (Zdravotnické noviny, 2002)

2.3.2.1 Elektronizace prvního stupně – obecná počítačová gramotnost

Nejprve nahlédneme do tabulky, kde jsou ukryta data k vlastnictví PC ve zdravotnických zařízeních za příslušné roky.

Tabulka 1 Obrázek 4 PC ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnická zařízení v ČR	2006	2007	2008	2009
Nemocnice	98,0	100,0	100,0	100,0
samostatné ordinace lékaře celkem	91,3	94,3	95,5	97,0
praktický lékař pro dospělé	91,0	94,6	95,3	97,4
praktický dětský lékař	88,8	89,5	92,3	94,2
zubní lékař	91,8	93,3	95,3	97,0
gynekolog	94,6	96,0	97,0	97,7
lékař specialista	93,7	96,0	96,4	97,5
lékárny	98,0	99,3	99,9	99,8

Pozn.: v %

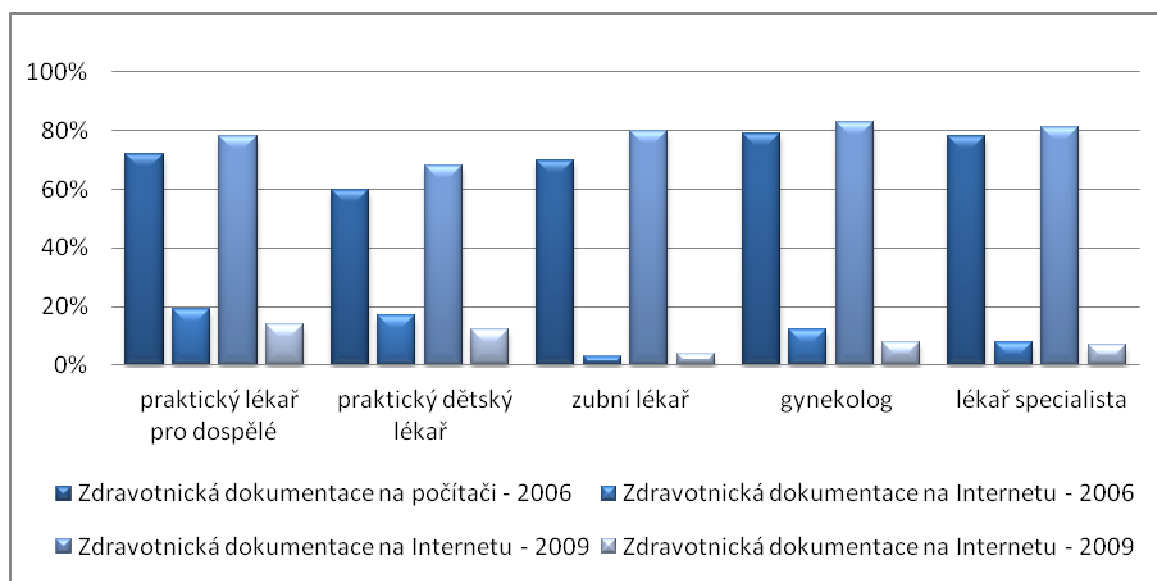
Zdroj: Vlastní tabulka na základě dat ČSÚ

V případě elektronizace prvního stupně, tj. vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, splňuje předpoklad PC 97% lékařů v roce 2009. Srovnáme-li data s rokem 2002 (80%), jde o výrazný nárůst. Prostor pro počítačovou negramotnost byl pouhé 3%. Použijeme-li kritérium výše uvedené, dostaneme se na hodnotu výrazně nižší než 3%.

2.3.2.2 Počítačová gramotnost v oblasti zdravotnického softwaru

Podrobněji se podíváme také na počet lékařů využívající software pro vedení zdravotnické dokumentace.

Obrázek 4 Vedení zdravotnické dokumentace



Zdroj: Vlastní graf na základě dat ČSÚ

Vedení zdravotnické dokumentace šlo nalézt u 78 procent samostatných ordinací lékařů. Výsledkem je, že méně než 22 % (v číslech roku 2009) samostatných ordinací lékařů by muselo začít s vedením dokumentace určeným způsobem, aby vyhověli požadavkům VZP. Dodatečně platí, že 3 % si budou muset zakoupit počítač. Číslo se navýší, neboť některé PC jsou již zastaralé. Společnosti v této oblasti usilují o to, aby jejich produkty byla zahrnuta jako moduly do softwarového řešení vedení zdravotnické dokumentace. Lékařům by tedy stačilo vést zdravotnickou dokumentaci na počítači a stisknout tlačítko odeslat. Shrneme-li to, pak výše počítačové negramotnosti v oblasti zdravotnických softwarů byla v oblasti nižší než 22 % u samostatných ordinací lékařů.

2.3.2.3 Počítačová gramotnost v Internetu

Když k předchozí gramotnosti přidáme předpoklad vedení dokumentace na Internetu, dostaneme se na číslo 9 % v roce 2009. Připojení přes Internet je podmínkou pro projekt IZIP, tudíž v následující tabulce je přehled o připojení k Internetu.

Tabulka 2 Přístup na Internet

Zdravotnická zařízení v ČR	2006	2007	2008	2009
Nemocnice	85,3	100,0	100,0	100,0
samostatné ordinace lékaře celkem	50,4	67,1	72,4	76,4
praktický lékař pro dospělé	52,6	69,8	73,1	78,9
praktický dětský lékař	56,8	68,7	72,6	77,9
zubní lékař	44,4	60,6	70,3	72,7
gynekolog	57,9	74,2	83,1	83,2
lékař specialista	53,2	68,9	71,6	76,0
lékárny	77,4	96,0	97,0	98,6

Pozn.: v %

Zdroj: Vlastní tabulka na základě dat ČSÚ

Tabulka nemilosrdně říká, že více než 23% (v číslech roku 2009) samostatných ordinací lékařů by se muselo vypořádat s tímto problémem. Když se podívám na přírůstky v posledních hodnocených letech, tak je hodnota výrazně nižší než 23 %.

2.3.2.4 Internet a lékaři z pohledu jednotlivce

V této sekci se podíváme na lékaře z pohledu jednotlivce.

Obrázek 5 Uživatelé Internetu v ČR

	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	v tis.	%	v tis.	%	v tis.	%	v tis.	%	v tis.	%	v tis.	%
Celkem	32,1		3 541,3	41,0	3 921,2	45,0	4 760,9	54,0	4 970,4	55,9	5 458,3	61,8
Věková skupina												
16–24	868,3	63,7	946,4	77,7	997,5	82,0	1 103,8	90,3	1 100,0	90,3	1 101,4	92,3
25–34	693,7	40,5	933,6	54,0	1 035,4	59,7	1 283,1	73,9	1 317,7	76,9	1 381,2	83,1
35–44	557,7	41,1	747,4	53,7	805,0	56,4	1 022,5	69,4	1 105,2	72,7	1 241,7	79,7
45–54	433,8	29,3	576,2	40,1	659,9	46,9	782,0	56,2	788,3	56,9	902,7	65,8
55–64	205,3	15,3	289,4	20,7	357,8	25,0	476,6	32,6	530,8	36,0	624,9	42,1
65–74	.	.	42,6	5,2	57,2	6,9	82,3	9,7	106,0	12,0	173,4	19,1
75+	.	.	5,9	0,9	8,4	1,3	10,6	1,6	22,6	3,3	33,0	5,1
Nejvyšší dosažené vzdělání (25+)												
Základní	24,6	2,1	49,3	4,5	54,5	5,1	112,0	10,5	94,2	9,3	138,8	15,3
Střední bez maturity	374,4	12,2	569,4	18,3	676,8	22,4	1 090,7	35,6	1 110,4	36,3	1 382,0	44,9
Střední s maturitou	939,3	41,7	1 286,6	55,6	1 479,0	59,4	1 629,8	65,8	1 756,1	69,1	1 848,2	73,5
Terciární	584,1	72,1	689,7	78,2	713,3	79,3	824,6	85,4	909,7	87,0	988,0	87,9
Ekonomická aktivita												
Zaměstnaný	1 876,4	40,3	2 498,3	52,0	2 770,9	56,4	3 419,9	68,4	3 462,6	70,1	3 758,9	77,8
Nezaměstnaný	68,0	16,3	92,3	26,1	73,2	26,7	76,1	34,6	172,7	51,7	199,5	53,8
Student	693,8	77,5	736,3	92,8	770,5	93,1	831,1	97,4	794,8	97,3	822,5	97,5
Důchodce	68,3	3,5	115,6	5,7	136,1	6,6	203,0	9,8	179,6	9,2	352,6	16,5
Pohlaví												
Muž	1 481,2	35,3	1 841,5	44,1	2 057,6	48,8	2 482,3	58,0	2 561,1	59,2	2 824,7	65,8
Žena	1 309,5	29,1	1 699,8	38,1	1 863,6	41,5	2 278,6	50,3	2 409,3	52,9	2 633,6	58,1

Zdroj: Vlastní tabulka na základě dat ČSÚ

Lékaře v tabulce nacházíme v sekci ekonomicky aktivní – terciální vzdělání. Z toho plyne, že více než 88% procent lékařů používalo Internet. Ve srovnání s počtem samostatných ordinací lékařů s Internetem je hodnota o více než 12% procent vyšší. Ke stejnému číslu (12% v roce 2010) dojdeme i v případě, že stanovíme maximální možnou míru počítačové negramotnosti v oblasti Internetu. Jak vyplývá z výše uvedené studie, procentuální zastoupení bude výrazně nižší.

2.3.3 Jak se problém snažili řešit v projektu IZIP?

Asi nikoho nepřekvapí, že lékaři byly z počátku motivovány finančními částkami, aby se do projektu zapojili. Za zápis do zdravotní karty pacienta odměna činila 5Kč a za zřízení nové knížky dokonce 50 Kč (IZIP, 2005). V roce 2007 existoval poplatek 2Kč za zápis při splnění určitých podmínek (např. maximální doba stanovená pro zápis do zdravotní knížky po odchodu pacienta. Náklady na projekt jsou uvedeny v tabulce pod.

Obrázek 6 Výdaje VZP na projekt IZIP



Zdroj: Převezato z ČT. Otázky Václava Moravce 2. část — Česká televize. 2011.

V roce 2005 až 2006 a 2009 až 2010 byly výdaje VZP na projekt vysoké právě z důvodu motivace lékařů a reklamní kampaně vedené na zisk občanů v ulicích měst.

Závěr

Záměrem práce bylo podrobněji prozkoumat problematiku počítačové gramotnosti ve vztahu k elektronické zdravotnické dokumentaci. V návaznosti na současné dění okolo projektu IZIP jsem se rozhodl pro analýzu právě na výše uvedeném projektu. Ke konci listopadu 2011 by mělo padnout rozhodnutí, co se bude dít s projektem IZIP. Velmi

RELIK 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011

diskutovaná je reálná modelová situace, kdy IZIP bude povinný pro všechny lékaře a nemocnice ve vztahu k VZP. V případě plošného zavedení by se muselo zaregistrovat okolo 60 % lékařů. K tomu je třeba říci, že dnes každá zdravotní pojišťovna si buduje vlastní projekt „IZIP“.

Na základě dělení počítačové gramotnosti neziskové společnosti ECDL, jsem stanovil tři hlavní oblasti analýzy.

První oblast byla obecná počítačová gramotnost, kdy šlo o základní práci s počítačem. Samotný předpoklad bylo vlastnictví počítače. V roce 2002 využívalo počítač 80 % lékařů. Ani doma ani v práci s počítačem nepracovalo 7 % lékařů. Bylo to z důvodů finančních, odchodu do důchodu a menší část připadla na počítačovou gramotnost. V roce 2009 již 97 % samostatných ordinací lékaře mělo PC. Z toho plyne, že na počítačovou negramotnost připadlo méně než 3%.

V druhé oblasti, tj. počítačová gramotnost v oblasti zdravotnického softwaru, docházím k závěru, že 22 % (v číslech roku 2009) samostatných ordinací lékařů by muselo začít s vedením dokumentace tímto způsobem (za předpokladu povinného IZIPU).

Poslední oblastí byla počítačová gramotnost na Internetu. V případě správy dokumentace na Internetu by se jednalo o nutnost rozvoje u 91 % samostatných ordinací lékařů (v číslech roku 2009). Z hodnot za rok 2009 bylo zřetelné, že okolo 20 % samostatných ordinací lékařů by si muselo zajistit přístup na Internet. Při pohledu na lékaře jako na osobu, které má vysokoškolské vzdělání, průzkum říká, že maximální míra internetové negramotnosti mohla být v roce 2010 12 %. Jak naznačují předchozí čísla, tato míra je výrazně nižší.

Bude zajímavé vyčkat na výsledek jednání VZP o samotném projektu IZIP. Dá se říci, že počítačová gramotnost lékařů se výrazně zlepšila během posledních let.

Použité zdroje

ČSÚ. Elektronická zdravotní knížka. 2007a. Available from world wide web: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/elektronicka_zdravotni_knizka>.

ČSÚ. Informační společnost v číslech 2011 (2007 -2011) (5 publikací za jednotlivé roky). 2007 - 2011. Available from world wide web: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/informacni_spolecnost_v_cislech>.

ČSÚ. Informační technologie v domácnostech a mezi jednotlivci. 2005 - 2010. [citován 6 listopad 2011]. Available from world wide web: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/domacnosti_a_jednotlivci>.

RELIK 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011

ČT. Otázky Václava Moravce 2. část — Česká televize. 2011. [citován 5 listopad 2011]. Available from world wide web: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1126672097-otazky-vaclava-moravce/211411030511016-otazky-vaclava-moravce-2-cast/>>.

ECDL. Desetina Čechů neumí s počítačem. listopad 2011a. [citován 5 listopad 2011]. Available from world wide web: <http://www.ecdl.cz/intranet_aktuality_getfile_skript.php?id=629&idh=c409bb328647a7ce90f43e7790097363&id1=1&idh1=057f113a10bf2c605239e95fca5396e6>.

ECDL. Koncept počítačové gramotnosti ECDL. 2011b. [citován 5 listopad 2011]. Available from world wide web: <http://www.ecdl.cz/o_projektu.php>.

IZIP. IZIP - Úvod. listopad 2011. [citován 6 listopad 2011]. Available from world wide web: <<http://www.izip.cz/>>.

IZIP. Občasník: IZIP e knížka: Elektronická komunikace ve zdravotnictví. 2005. [citován 5 listopad 2011]. Available from world wide web: <<http://www.izip.eu/download/200504.pdf?PHPSESSID=i4qnkcrurqlecdjrplfrgk0r33>>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Cíle projektů eHealth v České republice. únor 2008. [citován 23 říjen 2011]. Available from world wide web: <<http://www.mzcr.cz/file.aspx?id=426&name=C%C3%ADle%20projekt%C5%AF%20eHealth.doc>>.

ÚZIS. Zdravotnictví České republiky (2003 -2010) ve statistických údajích (8 publikací za jednotlivé roky). 2003 - 2010c. Available from world wide web: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2003-statisticky-udajich>>.

Zdravotnické noviny. Většina lékařů si s počítačem rozumí. červen 2002. [citován 5 listopad 2011]. Available from world wide web: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/vetsina-lekaru-si-s-pocitacem-rozumi-145704>>.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 111/2007 Sb., změna zákona o péči o zdraví lidu a změna dalších zákonů

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zřízeních

Zákon č. 260/2001 Sb., změna zákona o péči o zdraví lidu

Kontakt

Ing. Josef Křížek

Vysoká škola ekonomická

W. Churchilla 4

130 67 Praha 3

krizek.josef@seznam.cz