

## Monitorowanie usług medycznych, czyli: najpierw trzeba liczyć

Andrzej Horoch, Mirosław Jarosz

Takie pojęcia jak: reforma, alokacja środków, koszyk świadczeń, ubezpieczenia, stały się w ostatnim okresie modnymi, jeśli nie magicznymi słowami. W każdej wypowiedzi czy publikacji dotyczącej organizacji opieki zdrowotnej pojawiają się one wielokrotnie, pomimo że jak zauważa K. Tymowska często mają one charakter mitów [2]. W naszym przekonaniu, zanim będziemy mówić o reformie, alokacji środków finansowych i rzeczowych, zakresie świadczeń gwarantowanych przez państwo czy o ubezpieczeniach, trzeba zacząć liczyć. Podstawą planowania i działań reformatorskich powinno być liczenie. Jest to tak oczywiste, że każdy z Czytelników powie: przecież liczymy, prowadzimy statystyki, tworzymy zestawienia. Tak, ale decyzje podejmujemy na podstawie statystyk z przed 2–3 lat (taki jest cykl opracowywania danych), zmiany wprowadzane są przez następne 2 lata i tak po 4–5 latach mamy nie przystające do rzeczywistości reformy. Taki stan jest zgodny z poglądami K. Tymowskiej, która pisze: „W Polsce brak jest statystyki porad ambulatoryjnych i hospitalizacji wg jednostek chorobowych (dane dostępne są niepełne, a przede wszystkim niezbyt aktualne)” [3]. Poważnym problemem w zbieraniu informacji jest słabe powiązanie ze sobą (tak czasowe jak i przestrzenne) powstających w zakładach opieki zdrowotnej danych. Podczas wykonywania

usług medycznych generowane są trzy zasadnicze rodzaje danych: dane medyczne, dane statystyczne i dane finansowe. Każde z tych danych zbierane i przesyłane są do organizatora opieki zdrowotnej oddzielnymi kanałami. Są one opracowywane w różnym czasie i w różnych miejscach, co w ostatecznym efekcie powoduje całkowity brak powiązania danych statystycznych z finansowymi, a tych z danymi medycznymi. Pacjent w tych statystykach odgrywa najmniejszą rolę, a właściwie może go wcale nie być, co decyduje o jego niskiej pozycji jako odbiorcy świadczeń. Obecny system urzędowej sprawozdawczości umożliwia umieszczanie w statystykach usług „wykonanych” dla nieistniejących osób, wsteczne „wykonywanie” usług itp. Za każdą decyzją lekarza kryją się koszty, które ta decyzja kreuje, jednak świadomość tego faktu jest znikoma [1].

**W naszym przekonaniu podstawą reformy opieki zdrowotnej musi być system sprawnego zbierania i przetwarzania danych o usługach medycznych.** W systemie tym pacjent musi być potrzebny i mieć możliwość kontroli rozliczeń finansowych. Wzrośnie wtedy pozycja pacjenta jako odbiorcy usług medycznych.

Prace nad takim systemem rozpoczęto w 1992 roku z inspiracji ówczesnego Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej, Wiesła-

wa Jakubowiaka. Pierwszym etapem było opracowanie koncepcji dokumentu, który będąc własnością pacjenta jest konieczny do rozliczenia usługi medycznej i jednocześnie jest miejscem, gdzie wpisane są dane medyczne, statystyczne i finansowe dotyczące danej usługi. Tak powstała **Książeczka Rejestru Usług Medycznych** składająca się z dwu części. W części stałej zapisane są ważne dla właściciela dane o jego stanie zdrowia, stale przyjmowanych lekach, adresy osób i instytucji, które należy powiadomić w razie potrzeby, itp. W części wymiennej rejestrowane są wszystkie kontakty właściciela z placówkami świadczącymi usługi medyczne. Część wymienna jest zbiorem jednakowych kart (kuponów z wtrótnikami) przypominających obowiązujący wzór recepty uzupełniony o informacje dotyczące rodzaju świadczeń, jednostki chorobowej, i rozliczenia finansowego (ryc. 1).

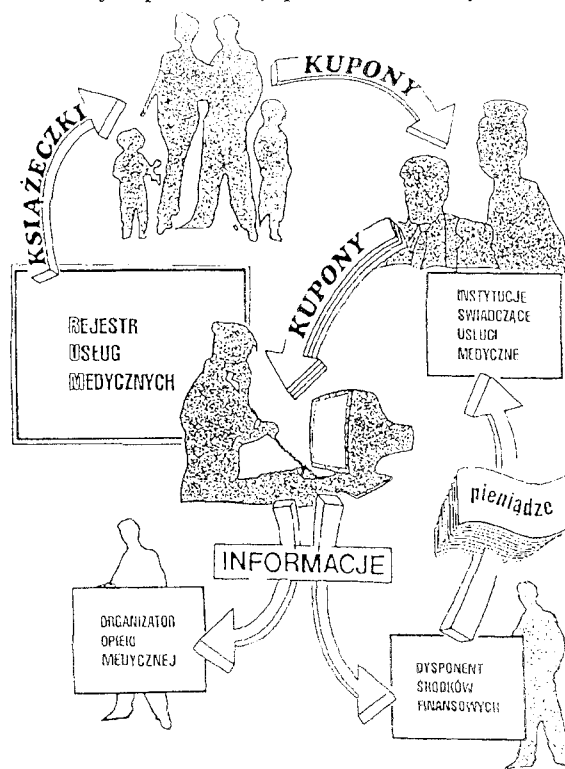
The diagram shows a coupon form with the following fields and labels:

- Nr książeczki** (top left)
- Nr strony** (top right)
- Identyfikator (nic nie pisać)** (left side, pointing to patient name and address)
- Określenie usługi, zlecenia** (left side, pointing to service description)
- Opłata ponoszona przez pacjenta** (left side, pointing to patient payment)
- Dopłata Instytucji** (left side, pointing to institutional payment)
- Słownie kwota dopłaty** (left side, pointing to written payment amount)
- Nr usługi** (left side, pointing to service number)
- Nr Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób** (left side, pointing to ICD code)
- Data wpisana w układzie rok, miesiąc, dzień** (left side, pointing to date)
- Podsumowanie** (bottom right, pointing to summary)
- Pieczętka i podpis ZLECAJĄCEGO** (bottom left, pointing to patient stamp/signature)
- Pieczętka i podpis REALIZUJĄCEGO** (bottom right, pointing to provider stamp/signature)

Rycina 1. Wzór kuponu z Książeczki Rejestru Usług Medycznych.

Na tych uniwersalnych blankietach wypisuje się recepty, skierowania na badania, konsultacje itp. Przykładowo recepta wypisana w książeczce jest wyrywana z książeczki dopiero po jej taksacji w aptece. Podobnie ze skierowaniami na badania, konsultacje itp. Pozostające w książeczce oryginały stanowią poświadczenie wydania leku czy wykonania usługi i tworzą naturalnie pisaną historię zdrowia i choroby pacjenta. Pacjent będzie w posiadaniu pełnej, kompletnej i chronologicznej dokumentacji swoich kontaktów z placówkami świadczącymi usługi medyczne. W rozliczaniu się z instytucją lub osobą świadczącą usługi medyczne pacjent nie posługuje się pieniędzmi, a jedynie ich substytutem w postaci kuponu.

Zasadniczą ideą projektu jest stworzenie szczelnego systemu obiegu dokumentów i informacji, a co za tym idzie umożliwienie ścisłej kontroli rozliczeń finansowych. Podstawowymi elementami systemu jest opisana wyżej Książeczka Rejestru Usług Medycznych oraz Centralny i Rejonowe Rejestry Usług Medycznych. Obieg dokumentów i informacji przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Obieg dokumentów, informacji i pieniędzy w Systemie Rejestru Usług Medycznych.

Rejonowy Rejestr Usług Medycznych wydaje imienne Książeczki RUM dla wszystkich obywateli zamieszkałych na terenie działania Rejestru. Kuponami z Książeczki RUM obywatele „płacą” w instytucjach świadczących usługi medyczne. Celem rozliczenia, instytucje te przesyłają kupony do Rejonowego Rejestru Usług Medycznych. W RUM dane z kuponów wprowadzane są do systemu komputerowego i po przetworzeniu przekazywane do dysponenta środków finansowych i organizatora opieki zdrowotnej. Na podstawie informacji z RUM dysponent przekazuje pieniądze do instytucji świadczących usługi, a organizator opieki zdrowotnej przekazuje polecenia do instytucji świadczących usługi. Rejonowe RUM przekazują informacje do Centralnego RUM i na podstawie tam przetworzonych danych możliwe jest ustalenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli i kształtowanie polityki zdrowotnej państwa.

Wprowadzenie Książeczki RUM i Rejestru Usług Medycznych spowoduje:

- 1) **dla organizatora opieki zdrowotnej:** RUM dostarczać będzie na bieżąco informacji o liczbie i rodzaju udzielanych usług medycznych oraz o związanych z tym kosztach. Będzie możliwa dokładna analiza pracy poszczególnych jednostek organizacyjnych i ocena faktycznych potrzeb zdrowotnych obywateli;
- 2) **dla lekarza:** lekarz będzie miał dobry wgląd w chronologiczną dokumentację pacjenta (łatwa kontrola czy wykupiono leki, przeprowadzone zalecane badania itp.). Ograniczy się wielokrotne wizyty z tą samą sprawą u różnych lekarzy. Zmniejszy się obciążenie administracyjne lekarza. Po wprowadzeniu Książeczki RUM wpis do niej jest jednoczesnym odnotowaniem faktu wykonania usługi w sprawozdaniu statystycznym. Będą wpisywane tylko dane medyczne, administracyjne. Nazwisko, adres, itp. będą nadrukowane w Książeczce RUM.

Lekarz będzie miał możliwość dokładnego rozliczenia swojej pracy;

- 3) **dla pacjenta:** pacjent będzie w posiadaniu kompletnej i chronologicznej dokumentacji swoich kontaktów z instytucjami świadczącymi usługi medyczne, co będzie podstawą do ubiegania się o świadczenia rentowe i z tytułu uznania chorób zawodowych. Nie będzie możliwe „wsteczne” tworzenie dokumentacji. Obywatel będzie też świadomy kosztów usług medycznych i będzie mógł sam kontrolować rozliczenia.

Dopiero takie „zewidencjonowanie” i stałe monitorowanie liczby, rodzaju i kosztów usług medycznych w powiązaniu z chorobami, z których powodu były wykonane, pozwoli na prawidłową alokację środków i ustalenie rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo. Wprowadzenie odpłatności za wydawane książeczki stanowić będzie element dyscyplinujący dla obywatela [4], a Rejonowe Rejestry Usług Medycznych – to gotowe biura rozliczeniowe dla systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Praktyczna realizacja projektu, dzięki wsparciu Ministerstwa Zdrowia i Wojewody Piłskiego, rozpoczęła się w Czarnkowie w województwie piłskim.

### Bibliografia

- [1] J. Kurkowski, *Amerykani ukrywają, Japończyków stać na więcej*, „Gazeta Lekarska” nr 7–8, 1994.
- [2] K. Tymowska, *O mitach*, „Antidotum” nr 3, 1992.
- [3] K. Tymowska, *Refleksje ekonomisty o projektowanych zasadach dostępu do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo*, „Antidotum” nr 4, 1994.
- [4] C. Włodarczyk, *Cena jako narzędzie racjonowania opieki zdrowotnej*, „Antidotum” nr 3, 1992.

Dr med. Andrzej Horoch i dr med. Mirosław Jarosz są pracownikami naukowymi Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.