

Historia, teraźniejszość i przyszłość rejestru usług medycznych w Polsce



Mirosław Jarosz

Lekarz, dr nauk. med.,
pracownik naukowy Instytutu
Medycyny Wsi w Lublinie,
którym kierował jako dyrektor
w latach 1991-1995. Absolwent
Akademii Medycznej w Lublinie
(1983). W roku 1991 ukończył
roczne podyplomowe studia
zawodowe na Hogeschool Van
Amsterdam, w Holandii
w zakresie Zarządzania
w Ochronie Zdrowia ze
specjalizacją Medyczne Systemy
Informatyczne. W latach
1996-97 studiował i pracował
naukowo w dziedzinie badania
usług medycznych (health
services research) na George
Washington University
w Waszyngtonie. Współautor
koncepcji systemu rejestrowania
usług medycznych oraz
jego praktycznego wdrożenia.
Zainteresowania naukowe:
informatyka medyczna,
organizacja ochrony zdrowia,
epidemiologia.

Historia Rejestru Usług Medycznych zaczęła się na przełomie roku 1991/1992. Formalną podstawą podjęcia prac nad książeczką do rejestrowania usług medycznych, a w szczególności przepisanych leków był zapis ustawy o odpłatności za leki i materiały sanitarne, który nakładał na Ministra Zdrowia obowiązek ustalenia wzoru odpowiedniej książeczki do tego celu. Prace jednak wyszły daleko poza zakres tej pierwotnej inspiracji w związku z nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która dała wówczas dysponentom środków publicznych możliwość kontraktowania usług medycznych u podmiotów prywatnych. Ustawowym warunkiem tego typu rozwiązania jest prowadzenie monitorowania liczby, kosztów i jakości świadczeń przez dysponentów środków publicznych. Tak więc prace nad Rejestrem Usług Medycznych od swego zarania były ściśle powiązane i wychodziły na przeciw procesowi reformowania opieki zdrowotnej dokonującemu się w sferze legislacyjnej.

W kolejnych swych fazach projekt Rejestru Usług Medycznych był przedstawiany na spotkaniach i konferencjach na terenie całego kraju. Projekt Rejestru Usług Medycznych był też prezentowany i publikowany na forum międzynarodowym (Helsinki, Washington). Pozwoliło to na zebranie wielu uwag od praktyków zarządzających opieką medyczną. Dokonano także przeglądu systemów mających spełniać podobne zadania w takich krajach jak Wielka Brytania, Francja, Niemcy oraz Stany Zjednoczone. Autorzy projektu zapoznawali się z tymi systemami osobiście obserwując ich działanie w praktyce.

Najogólniej mówiąc zasadniczym celem systemu rejestrowania usług medycznych było, wytworzenie zamkniętego obiegu dokumentów i informacji, a co za tym idzie możliwość wytworzenia zamkniętego obiegu informacji, a w ślad za nimi środków finansowych. Założeniem strategicznym było także, aby system ten zbierał jednocześnie dane medyczne statystyczne i finansowe dotyczące konkretnych usług medycznych wykonywanych dla konkretnych pacjentów przez konkretnych usługodawców. To właśnie jednoznaczna identyfikacja zdarzeń medycznych oraz podmiotów zaangażowanych w te zdarzenia stanowią podstawowe cechy wyróżniające RUM spośród innych proponowanych sposobów monitorowania rynku usług medycznych np. w formie klasycznej sprawozdawczości. W opinii autorów w szczególności maksymalnie dokładna identyfikacja pacjenta (ubezpieczonego) jest warunkiem sine qua non dla wprowadzenia prawdziwych ubezpieczeń zdrowotnych.

Pierwszym etapem prac nad projektem RUM było przygotowanie wzoru jednolitego i uniwersalnego dokumentu, który spełniałby rolę nośnika informacji: medycznej, finansowej tak dla pacjenta jak i dla świadczącego usługi oraz dla płatnika. Dodatkowo powinien przenosić informacje statystyczne o zleconej czy zrealizowanej usłudze. Ostatecznie zdecydowano, że dokument taki powinien przypominać formę i rozmiarami ogólnie przyjęty wzór recepty. Nazwano go kuponem RUM. Spięte kupony utworzyły książeczkę – nazwaną obecnie książeczką usług medycznych. Dążono do maksymalnego uproszczenia wypełniania kuponów i zautomatyzowania wprowadzania danych. Zastosowano w tym celu wstępną personalizację kuponów (nadruk danych personalnych pacjentów zwalnia personel medyczny od konieczności ręcznego ich wpisywania), oraz kod paskowy automatyzujący wczytywanie zakodowanego numerycznie identyfikatora pacjenta oraz zrealizowanej dla niego usługi. Wynikiem dalszych prac w tym kierunku

było opracowanie wariantu RUM opartego o identyfikacyjne karty tłoczone oraz karty elektroniczne.

I tak, w 1995 roku opracowano projekt Rejestru Usług Medycznych z wykorzystaniem kart plastikowych tłoczonych. Założeniem podstawowym była całkowita zgodność z działającym już systemem RUM opartym o książeczki usług medycznych. System praktycznie wdrożono w ZOZ Dęblin woj. lubelskim. Wszystkim podopiecznym ZOZ Dęblin wydano plastikowe karty z wytłoczonymi danymi identyfikacyjnymi i numerem identyfikacyjnym przedstawionym w kodzie kreskowym. Personel medyczny świadczący usługi otrzymał ponumerowane wolne kupony RUM oraz urządzenia (imprintery) do odciskowego przenoszenia danych identyfikacyjnych z karty na kupon RUM. Pozostałe rubryki kuponu są wypełniane ręcznie. Unikalnym identyfikatorem transakcji jest połączenie identyfikatora osoby z numerem nadrukowanym na kuponie. Przystosowano oprogramowanie komputerowe pracujące w biurach RUM do wczytywania wolnych kuponów i monitorowania zapisywanych leków i wybranych procedur.

System RUM z kartami tłoczonymi w stosunku do systemu opartego o książeczki wykazuje pewne, ale też niezaprzeczalne zalety.

Do zalet należy zaliczyć:

1. niedrukowanie książeczek dla osób nie korzystających z usług medycznych (oszczędność papieru),
2. szybkie i pewne odciskowe nanoszenie identyfikatorów pacjenta na kupony,
3. względnie niskie koszty osprzętu (tanie karty plastikowe i mechaniczne imprintery czyli urządzenia odciskające).

Do wad w stosunku do wersji z książeczką RUM należy zaliczyć:

1. konieczność ręcznego wpisywania identyfikatorów transakcji z kuponów do systemu komputerowego (w książeczce wykorzystywano czytnik kodu kreskowego);
2. brak możliwości wzajemnej kontroli personel-pacjent (w książeczce jest to możliwe dzięki kolejnym unikalnym numerom kuponów).

Stały postęp techniczny w zakresie konstrukcji kart elektronicznych i urządzeń do ich zapisu i odczytu oraz spadek cen tych urządzeń umożliwił praktyczną realizację systemu RUM z zastosowaniem kart elektronicznych. Wcześniejsze doświadczenia z książeczkami i kartami plastikowymi tłoczonymi wykazały, że konieczne jest odtworzenie zalet książeczki RUM tym razem w formie elektronicznej. W szczególności uzyskano chronologiczną numerację kuponów poprzez wprowadzanie tzw. „elektronicznego licznika usług” oraz zautomatyzowanie wprowadzania danych poprzez wykorzystanie kodów kreskowych oraz rozwiązań technicznych umożliwiających docelowo elektroniczną wymianę danych (EDI). Podstawowymi problemami było oczywiście dobranie odpowiednich kart elektronicznych oraz konstrukcja specjalnego urządzenia odczytującego – zapisującego – rejestrującego, które nazwano Terminalem Medycznym. W tym wariantcie systemu RUM zarówno personel jak i pacjenci otrzymują elektroniczne karty identyfikacyjne. Drukowanie kuponów RUM odbywa się przy użyciu Terminala Medycznego, a kupony mają kolejną numerację usług udzielonych danemu pacjentowi. Karty są przygotowane także do rejestracji podstawowych danych o udzielonych usłu-



Andrzej Horoch

Lekarz praktyk, laryngolog, dr med., absolwent Akademii Medycznej w Lublinie (1974). Obecnie pracownik naukowy Instytutu Medycyny Wsi i Akademii Medycznej w Lublinie. Współautor systemów rejestrowania usług medycznych opartych o książeczkę, karty plastikowe tłoczone i karty elektroniczne. Współautor praktycznych wdrożeń tych systemów. Zainteresowania naukowe; informatyka medyczna, organizacja ochrony zdrowia, epidemiologia.



Andrzej Masiakowski

Lekarz praktyk, dr nauk. med., Absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (1978). Od 1984 r. dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie woj. pilskie. Autor pierwszego w kraju praktycznego wdrożenia Rejestru Usług Medycznych oraz autor zasad prowadzenia i rozliczania kontraktowych praktyk lekarskich. Zainteresowania zawodowe: organizacja ochrony zdrowia, systemy finansowania i kontraktowania usług medycznych.

gach (tzw. elektroniczna książeczka zdrowia). Funkcja ta będzie uruchomiona po pomyślnym zakończeniu pilotowych wdrożeń w wersji podstawowej.

System z kartą elektroniczną został pilotowo wdrożony również w Dęblinie, gdzie zastąpił karty tłoczone oraz, jest wdrażany na Pradze Południe w Warszawie ze środków PHARE. *W stosunku do rozwiązań z książeczką i z kartą tłoczoną system z kartą elektroniczną cechuje się następującymi przewagami:*

1. niedrukowanie książeczek dla osób nie korzystających z usług (oszczędność papieru);
2. automatyczne przenoszenie danych administracyjnych pacjenta na kupon i nadruki kodów kreskowych;
3. chronologiczna numeracja kuponów dla konkretnego pacjenta;
4. zautomatyzowanie wprowadzania danych o zlecanych i realizowanych usługach;
5. dalsza redukcja manualnych czynności biurowych realizowanych przez personel medyczny, stworzenie możliwości elektronicznego przekazywania danych do biur RUM, a w dalszej perspektywie do Kas Ubezpieczenia Zdrowotnego;
6. przetwarzanie danych w samym terminalu umożliwia tworzenie bieżących raportów i sprawozdań statystyczno-finansowych w danej jednostce organizacyjnej udzielającej usługi medyczne;
7. możliwość gromadzenia w kartach elektronicznych podstawowych danych o udzielonych usługach medycznych.

Względna wadą systemu z kartą elektroniczną jest ciągle jeszcze dość znaczny koszt kart oraz terminale, które muszą być zainstalowane we wszystkich miejscach świadczenia usług. Biorąc jednak pod uwagę rozwój i systematyczne taniecie technologii informatycznych system z kartą elektroniczną wydaje się rozwiązaniem docelowym, dla przyszłego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Należy przy tym podkreślić, że system RUM z kartą elektroniczną jest w sferze informacyjnej kompatybilny z systemem RUM opartym o książeczkę. Zapewnia to łatwe przejście z jednego do drugiego systemu z zachowaniem ciągłości gromadzonych informacji.

Na szczególne podkreślenie zasługuje cecha systemu RUM z kartą elektroniczną pozwalająca na tworzenie bieżących raportów i sprawozdań statystyczno-finansowych w jednostce organizacyjnej udzielającej usługi medyczne. Wobec niejasności co do dalszego organizacyjnego przyporządkowania Terenowych Biur RUM (być może zostaną one przejęte przez Kasy Ubezpieczenia Zdrowotnego) system z RUM i kartami elektronicznymi zapewnia zachowanie balansu pomiędzy usługodawcami i płatnikami w sferze dostępu do danych i informacji.

Praktycznie funkcjonujące systemy RUM były wizytowane i oceniane przez pracowników ministerstw, polityków i organizatorów służby zdrowia oraz przedstawicieli prasy. W jednym tylko roku Czarnków odwiedziło blisko 300 osób. RUM był też oceniany przez ekspertów zagranicznych (w tym Prof. Carl R. Whitehouse, Vice-chair European Consortium for Primary Care – Październik 1994; oraz Christine Thayer, Mike McCurry, Jean-Marie Fessler, Marius Fieschi. PHARE Project, 1996). Oceny wypadły pozytywnie co sprawiło że fundusz PHARE zdecydował się sfinansować prace koncepcyjne i wdrożeniowe systemu RUM z kartami elektronicznymi.

Dane zgromadzone w systemie RUM posłużyły do realizacji międzynarodowego projektu naukowo-badawczego dotyczącego stworzenia operacyjnej definicji epizodu opieki medycznej (ang. Episode of Care). Projekt został zrealizowany na George Washington University, w Waszyngtonie dzięki programowi ECESP sponsorowanemu przez Kongres Stanów Zjednoczonych. Epizody opieki zdrowotnej są coraz częściej uznawane przez znawców przedmiotu w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy Zachodniej za najbardziej racjonalną podstawę do tworzenia systemów finansowania dostawców usług medycznych. Metoda płacenia za epizody opieki medycznej w odróżnieniu od takich klasycznych metod jak „fee for service” oraz „per capita” lub ich kombinacji uwzględnia całościowy, dynamiczny i zróżnicowany charakter procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dotychczas stosowane metody kładą nacisk tylko na poszczególne zdarzenia (fee for service) lub tylko na poszczególne podmioty (pacjenci w systemie „percapita” lub lekarze w systemach opartych o siatki płac i taryfikatory). Rejestr Usług Medycznych pozwala na generowanie informacji o epizodach opieki medycznej, a w konsekwencji umożliwia finansowanie usługodawców w oparciu o maksymalnie obiektywne i jednoznaczne przesłanki. Spójność i kompletność danych gromadzonych przez RUM są unikalnie wysokie w stosunku do aktualnie funkcjonujących systemów o podobnym przeznaczeniu na terenie USA czy Europy zachodniej.

Należy jednak pamiętać że dane zgromadzone w RUM nawet bez generowania informacji o poszczególnych epizodach opieki medycznej stanowią w rękach dysponenta środków publicznych silne narzędzie do monitorowania i rozliczania kontraktowych usług medycznych. Ustalenie zakresu lub zadań objętych stałym monitorowaniem, analiza zapotrzebowania na usługi medyczne będące przedmiotem kontraktu, oraz analiza kształtowania się ich kosztów na rynku usług medycznych jest wymagane przez akty wykonawcze do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i traktowane w nich jako obowiązek dysponenta środków publicznych. Praktyczne wykorzystanie RUM do tego celu nastąpiło w wielu miejscach jego wdrożenia, a między innymi w Czarnkowie gdzie kontrakty podpisane są ze stomatologami, lekarzami rodzinnymi, specjalistami, pielęgniarkami i fizjoterapeutami. Tak szeroki przedmiotowy i podmiotowy zakres wykorzystania metody kontraktowej był możliwy tylko dzięki systemowi RUM.

Niezależnie od tych ważkich i praktycznych aspektów, system RUM lub dane w nim zgromadzone stały się przedmiotem szeregu prac naukowo-badawczych w tym także prac magisterskich i dyplomowych oraz jednej doktorskiej, a także publikacji o charakterze opisowym i dydaktycznym. (Szczegółowy wykaz piśmiennictwa dostępny u autorów niniejszego opracowania).

System RUM ma także nie dający się zbagatelizować wpływ na świadomość i postawy grupowe, społeczne. Tam gdzie system zafunkcjonował najwcześniej system RUM zyskuje rosnącą akceptację. W roku 1996 na zlecenie Urzędu Miejskiego w Czarnkowie firma „Ankieter” przeprowadziła badania ankietowe dorosłych mieszkańców Czarnkowa, które wykazały, że przekształcenia służby zdrowia w Czarnkowie są społecznie akceptowane. *Inną formą tej społecznej akceptacji są nagrody jakie otrzymał RUM :*

1. Tytuł Hit'94 za Monitorowanie i Rozliczanie Usług Medycznych. Gazeta Poznańska 1995.

2. Nagroda Feliks'94 dla dyrektora ZOZ Czarnków (woj. pilskie) – za realizację pilotażowego programu monitorowania usług medycznych. Gazeta Wyborcza 1995.
3. Ludzie Roku 1994 w Pile; pierwsze miejsce przyznano dyrektorowi ZOZ Czarnków za wdrożenie „Systemu monitorowania i rozliczania usług medycznych”, który stanowi ważny krok w reformowaniu zasad funkcjonowania służby zdrowia. Tygodnik Pileski 1995.
4. Tytuł Hit'97 w kategorii „Konceptje organizacyjne” za opracowanie zasad i realizacji kontraktowych praktyk lekarskich. Gazeta Poznańska, Wojewoda Pileski 1998.

Autorzy koncepcji oraz praktycy rejestracji usług medycznych nie mają jednak zamiaru spocząć na laurach. RUM jest systematycznie udoskonalany, rozwijany niezależnie od politycznych zawirowań wokół reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Odrębnymi zagadnieniami są strategia i metoda wdrażania RUM w skali kraju oraz związana z tym polityka informacyjna. Problemy te jednak wykraczają poza zakres tematyczny tego opracowania oraz nie były nigdy w zakresie kompetencji autorów projektu.

RUM w każdej ze swych wariantów jest gotowym do wykorzystania i sprawdzonym w praktyce rozwiązaniem techniczno-organizacyjnym do zbierania i przetwarzania podstawowego zestawu danych medycznych, statystycznych i finansowych. Menadżerowie i politycy opieki zdrowotnej w Polsce którzy słowa o reformie opieki zdrowotnej chcą zamieniać w fakty mogą z niego korzystać. Pozostali mogą czekać i zadawać się słowami o potrzebie reformy, którą ktoś, kiedyś za nich zrobi. Tylko czy tacy czekający na reformę „politycy” i „menadżerowie” są nam potrzebni?

Adres do korespondencji:

Mirosław Jarosz, Andrzej Horoch

Instytut Medycyny Wsi

ul. Jaczewskiego 2, 20-950 LUBLIN

tel. (081)7478099, fax (081)7478646

e-mail: jarosz@galen.imw.lublin.pl

e-mail: horoch@galen.imw.lublin.pl