

Przewodnik Lekarza

1
CZERWIEC 1998
ISSN 1505-8449
CENA 6 ZŁ

PORADNIK LEKARZY OPIEKI PODSTAWOWEJ, LEKARZY RODZINNYCH I PROWADZĄCYCH PRYWATNE PRAKTYKI



reforma w gminie Kraków
rejestr usług medycznych
wzory kontraktów
wyплаты zasiłków chorobowych
obowiązek uśmierzania cierpień
depresje i zaburzenia afektywne
leczenie cukrzycy
epidemiologia pyłkowicy
hormonalna terapia zastępcza
program szczepień ochronnych

Mirosław Jarosz, Andrzej Horoch

Rejestr Usług Medycznych

fakty i polemiki

Rejestr Usług Medycznych doczekał się już wielu ocen i publikacji prasowych.

Odnosi się przy tym wrażenie, że autorzy krytycznych opinii o RUM-ie świadomie bagatelizują fakt mówiący o tym, iż zanim zacznie się coś reformować, trzeba dokładnie wiedzieć, co się chce reformować.

Nie wystarczy samo wewnętrzne przekonanie do konieczności reform, wyniesione z fragmentarycznych obserwacji. Potrzebne jest narzędzie do opisanego stanu aktualnego oraz stałego monitorowania skutków wprowadzanych zmian. Problem jest zbyt poważny, aby go rozwiązywać po omacku, z zawiązanymi oczami.

Historia Rejestru Usług Medycznych zaczyna się w roku 1991, a najważniejszymi datami są:

- 1992 – koncepcja systemu i prace pilotażowe,
- 1994 – pierwsze wdrożenie RUM z książeczkami (woj. piłskie), – Nagroda Hit '94, przyznana przez „Gazetę Poznańską” i Wojewodę Piłskiego,
- 1995 – pierwszy RUM z kartami plastikowymi tłoczonymi (woj. lubelskie),
- 1996 – pozytywna ocena systemu przez ekspertów zachodnich, która zaowocowała sfinansowaniem projektu przez fundusz PHARE (Project PHARE PL9113/062/96),
- 1997 – pierwszy RUM z kartami elektronicznymi (woj. lubelskie).

Brak sprawnego systemu rejestrowania i rozliczania usług medycznych nie jest bólem tylko naszego kraju. Raport Komitetu Ekspertów WHO, *Wsparcie informacyjne dla nowych działań Publicznej Służby Zdrowia na poziomie regionalnym* (Genewa 1994), zaleca tworzenie systemów informacyjnych dla zarządzania służbą zdrowia. W szczególności zaś mówi: „Pilnie należy wzmocnić rozwój lokalnych i narodowych systemów informacji zdrowotnej”.

Zasadnicze elementy

Opracowaliśmy system Rejestracji Usług Medycznych, znany obecnie jako RUM, po analizie podobnych systemów w innych krajach. Zaprojektowaliśmy go jako zamknięty obieg informacyjno-finansowy, realizowany przez dwa zasadnicze elementy:

- uniwersalne dokumenty (kupon

RYM-u – jednolite i wiarygodne źródło danych),

- jednostki organizacyjne (biura RUM), kierujące obiegiem tych dokumentów oraz gromadzące i przetwarzające zawarte na nich dane na informacje finansowe i organizacyjne (ryc. 1.).

Kupony, książeczki i karty RUM-u

Podstawowymi dokumentami w systemie są kupony RUM-u. Mogą one występować jako tzw. kupony wolne lub być połączone w karnet stanowiący część wymienną książeczki usług medycznych. Wariant RUM-u oparty na książeczkach usług medycznych był wdrażany w całym kraju. Warianty oparte na wolnych kuponach i kartach identyfikacyjnych pacjentów (tłoczonych lub elektronicznych) są w fazie wdrożeń pilotażowych (Dęblin, Warszawa).

Kupon RUM-u jest uniwersalny, można dokumentować na nim porady ogólne, specjalistyczne, stomatologiczne, diagnostykę, zabiegi, leczenie zamknięte, pomoc doraźną, transport, środki pomocnicze i sanitarne, recepty, zwolnienia i orzeczenia lekarskie, profilaktykę i promocję zdrowia. Składa się z oryginału (biały) i dwóch kopii (żółta i różowa). Pozostające u pacjenta oryginalne wpisy tworzą w sposób naturalny historię jego leczenia. Kupony RUM-u są podstawowym źródłem jednoznacznych i wiarygodnych danych medycznych, statystycznych i finansowych. Dla pacjenta stanowią swego rodzaju „środek płatniczy”. Dla osób

i instytucji świadczących takie usługi kupony RUM-u są dokumentem do rozliczeń z dysponentem środków finansowych (kopia żółta) oraz dokumentacją o charakterze medycznym (kopia różowa wraz z jej rewersem).

Karty RUM-u umożliwiają identyfikację pacjentów. W wersji elektronicznej karty RUM-u wyposażone są także w licznik usług medycznych, informujący o numerach udzielonych świadczeń. Stosowanie kart elektronicznych zamiast papierowych wiąże się z wyposażeniem każdego usługodawcy w tzw. terminal medyczny, czyli informatyczne urządzenie odczytujące i zapisujące karty RUM-u. Rozwiązanie to jest technicznie bardziej skomplikowane i droższe od stosowanych książeczek RUM-u. Zapewne postęp technologiczny w mikroelektronice oraz ciągły spadek cen przyczyni się do tego, że prawdopodobnie w przyszłości dominować będzie system oparty na kartach elektronicznych. Dzięki zgodności informatycznej obu rozwiązań możliwe będzie łagodne przejście od jednego wariantu do drugiego.

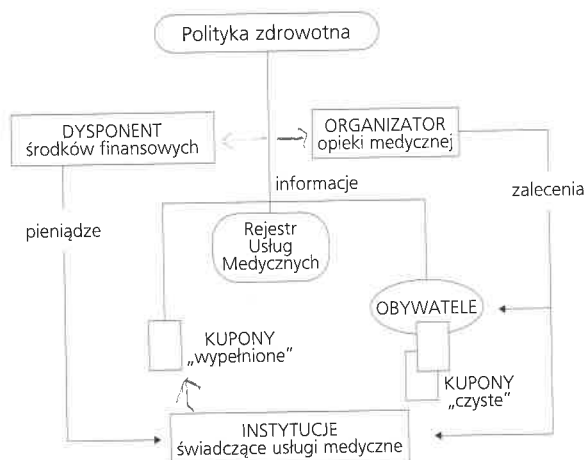
Biurowo

Do zadań biura RUM-u należy kierowanie obiegiem kuponów RUM-u, gromadzenie i przetwarzanie zawartych na nich danych, a w szczególności:

- bieżąca aktualizacja baz danych o obywatelach, instytucjach, personalu i płatnikach,
- personalizacja kuponów RUM-u, łączenie ich w książeczki,
- przyjmowanie i rejestracja wypełnionych kuponów w systemie informatycznym,
- dołączanie w biurze RUM-u do danych z kuponów danych o lekach wprowadzonych w skomputeryzowanych aptekach (funkcja jeszcze nie uruchomiona),
- tworzenie oraz udostępnianie analiz, zestawień oraz danych i dokumentów źródłowych,
- przechowywanie dokumentów źródłowych (archiwum papierowe),
- przechowywanie danych archiwalnych i tworzenie kopii.

W biurze RUM-u jest zatrudnionych 6–7 osób. Obsługują one populację liczącą 60–70 tys. osób. Biuro wyposażone jest w system informatyczny składający się z kilkustanowiskowej lokalnej sieci komputerowej, złożonej ze standardowego informatycznego sprzętu biurowego.

RUM jest odmianą systemu czeków. Jednak w wypadku rynku usług



Ryc. 1. Schemat funkcjonowania RUM-u

medycznych obok danych o usługodawcy, kliencie, płatniku oraz kwocie transakcji muszą być rejestrowane także dane medyczne. Są one równie ważne jak personalne i w dodatku objęte klauzulą poufności. W tym celu na kopii rozliczeniowej kuponu RUM-u (kopia żółta) nie umieszcza się identyfikatorów pacjenta, a jedynie identyfikator numeryczny w formie kodu kreskowego.

Opis systemu RUM-u

Jeden formularz (kupon RUM-u) spełniający rolę:

- dokumentacji pacjenta,
- dokumentacji zlecającego,
- dokumentu rozliczeniowego.

Minimalny zestaw danych koniecznych do zarejestrowania i rozliczenia usługi:

- medycznych,
- statystyczno-epidemiologicznych,
- finansowych.

Biuro RUM-u zajmujące się:

- rejestrowaniem usług,
- rozliczaniem usług z płatnikami oraz pomiędzy usługodawcami,
- sprawozdawczością finansową i statystyczno-epidemiologiczną.

RUM-owy dekalog

Lista „przykazań” czy też założeń, od których spełnienia zależy przydatność RUM-u.

1. Równość podmiotów. Wszystkie strony rynku usług medycznych (pacjenci, lekarze, farmaceuci, zarządzający i finansujący) mają jednakowe prawa i obowiązki.
2. Różne źródła zasilania finansowego oraz różne formy i zasady odpłatności za usługi medyczne. RUM

spełnia swoje funkcje niezależnie od sposobu zasilania systemu opieki zdrowotnej w środki finansowe oraz niezależnie od sposobu finansowego rozliczania poszczególnych usług w chwili ich udzielania (rejestruje i rozlicza usługi udzielane bezpłatnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatne).

3. Różne formy organizacyjne i formy własności podmiotów udzielających usługi medyczne.

4. Powiązanie różnych rodzajów danych. RUM zapewnia powiązanie danych medycznych, statystycznych i finansowych podmiotów.

5. Powiązanie ze sobą zlecających i realizujących usługi medyczne.

6. Poufność i bezpieczeństwo danych. RUM zapewnia poufność oraz bezpieczeństwo danych medycznych metodami technicznymi i organizacyjnymi.

7. Zmniejszenie prac biurowych. RUM zmniejsza zakres codziennej pracy biurowej i okresową sprawozdawczość administracyjną fachowego personelu medycznego.

8. Większość formularzy funkcjonujących dotychczas w lecznictwie otwartym RUM zastępuje uniwersalnym, standardowym kuponem.

9. Wszystkie strony (pacjent, usługodawca, zarządzający oraz dysponent środków finansowych) dysponują własną dokumentacją.

10. RUM tworzy wiedzę o kosztach opieki medycznej wśród wszystkich podmiotów rynku usług medycznych.

Miejsce RUM-u w procesie reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Cel strategiczny:

- stworzenie podstaw merytorycznych, organizacyjnych i technicznych do wprowadzenia w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Cele taktyczne:

- realizacja zapisów ustawowych dotyczących: liczenia kosztów i ich porównywania, kontraktowania świadczeń medycznych w zakładach niepublicznych, usamodzielniania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejmowaniu przez samorządy odpowiedzialności za opiekę zdrowotną,

- ocena kosztów usług medycznych.
- tworzenie relacji i zachowań rynkowych między biorcami i dawcami usług,

- tworzenie społecznego (obywatelskiego) nadzoru nad przepływem środków przeznaczonych na opiekę medyczną.

Cele operacyjne:

- tworzenie jednoznacznych i wiarygodnych rozliczeń usług medycznych i leków pomiędzy różnymi dysponentami środków na opiekę medyczną oraz pomiędzy dysponentami a różnymi formami zakładów opieki zdrowotnej oraz aptekami, z zachowaniem zasady „pieniądz idzie za pacjentem”,

- udostępnianie informacji umożliwiających lepsze diagnozowanie i leczenie, zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych.

Polemiki

System RUM-u przetrwał już okres eksperymentu i może bronić się sam, o ile jest oceniany, krytykowany zgodnie z zasadami fair play. Niestety, jak dotychczas, krytycy systemu RUM-u zadowolają się w większości swoimi przekonaniem i wyobrażeniami, zastępują rzeczywistość selektywnie dobranymi „faktami prasowymi” i zasłyszonymi ocenami.

Na początku lat dziewięćdziesiątych nie wszyscy widzieli potrzebę liczenia w ochronie zdrowia. Dziś prawie wszyscy są przekonani o takiej konieczności, pozostaje więc pytanie: jak i kiedy to robić oraz jakie są związane z tym koszty?

Kiedy liczyć?

Jesteśmy zdania, że „najpierw trzeba liczyć”. Czyż planując remont mieszkania, najpierw go robimy, a potem zastanawiamy się, czy wystarczy nam pieniędzy? Postulat: „najpierw reforma, potem liczenie”, podobnie jak „najpierw terapia, potem diagnozowanie” są niedorzeczne. Wiele opinii o RUM-ie jest także diagnozami, a nawet propozycjami terapii bez zbadania „pacjenta” lub

co najmniej zapoznania się z jego dokumentacją.

Jak liczyć?

Dokładnie. Twierdzenie, że „wprowadzenie do baz danych tak ogromnej liczby informacji jest po prostu niemożliwe” jest bezpodstawne. Działające od lat w wielu miejscach Polski systemy RUM-u dowodzą, że takie dane nie tylko można wprowadzić, ale i przetworzyć.

Koszty

Chcąc efektywnie wykorzystać skąpe środki przeznaczone na reformowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zrezygnowaliśmy w pierwszym etapie z wyposażania każdego obywatela w kartę elektroniczną, a każdego gabinetu lekarskiego w czytnik kart pamięciowych i drukarkę. Skoro nie ma w Polsce infrastruktury technicznej i organizacyjnej do zbierania i przetwarzania danych służących rejestracji i rozliczaniu usług medycznych, dokonywanie takich „wielkich skoków technologicznych” może skończyć się jedynie poważnym urazem. Po powstaniu tej infrastruktury przyjdzie czas na wprowadzanie rozwiązań technicznych wybranych problemów (np. sposobu identyfikacji pacjenta i personalizacji dokumentów). Niektórzy oponenci RUM-u przeciwstawiają mu bliżej nie określony system z kartami. Nie zdając sobie sprawy z tego, że opracowany przez nas system wykorzystuje wiele rozwiązań technicznych, w tym karty tłoczone i elektroniczne. Można się o tym przekonać zapoznając się z działającym od 2 lat systemem w Dęblinie, a w tym roku także w Warszawie.

Stawiane są także retoryczne pytania: kto za to zapłaci? Systemy informacyjne kosztują, wszyscy ponosimy ich koszty, płacąc za obsługę czeków w banku, obsługę i rozliczanie naszych rachunków za energię elektryczną, gaz, telefon i za otrzymywanie „Gazety Lekarskiej”. Jeśli chcemy mieć informację, to trzeba za nią zapłacić. Każde przedsięwzięcie organizacyjne wymaga poniesienia kosztów na konieczną informację.

A może nie liczyć i... poczekać?

Każdy system rozliczeniowy można traktować jako dokuczliwy. Czyż nie milej byłoby, gdyby każdy mógł

pójść do banku i bez „zbędnych” papierów, takich jak czeki, dowody wypłat i wpłat, pobrać dowolną kwotę (oczywiście bez okazywania dokumentu potwierdzającego, że mamy tam własne konto)? Tylko czy w takim banku chcielibyśmy zdeponować własne pieniądze? Dlatego dziwią stwierdzenia przedstawicieli samorządu lekarskiego: „Niech kasy chorych (...) wprowadzają systemu oceny finansowej”. W naszym przekonaniu takie systemy powinniśmy tworzyć i nadzorować sami, biorąc przykład z lekarzy niemieckich. Jeżeli tego nie zrobimy, to oprócz wypełniania licznych dokumentów i sprawozdań być może będziemy obsługiwać w gabinetach kasy fiskalne. Wówczas na pytanie: „A jak zarejestrować wizytę domową czy usługę pomocy doraźnej?” możemy usłyszeć: „Zamontujcie sobie kasy fiskalne w samochodach i karetkach – oczywiście na własny koszt, bo to przecież wasz interes”.

Dobry sportowiec przed wystąpieniem na zawodach trenuje i tylko taki zdobywa laury. Rejestr Usług Medycznych był w zamierzeniach pierwszym krokiem na drodze do rynku usług medycznych. Stworzył warunki do „potrenowania” przez rok, 2 lata zanim staniemy do prawdziwej rywalizacji na rynku usług medycznych. Pozwala on zebrać dane statystyczne i finansowe, które umożliwiają lekarzom ustalanie kosztów opieki medycznej, zawieranie kontraktów z dysponentami środków publicznych i Kasami Chorych. Bojkotowanie zbierania danych oznacza rezygnowanie ze swoich słuszych racji. Środki na ochronę zdrowia nie będą zależały od naszych życzeń i oczekiwań, ale właśnie od danych finansowych i statystycznych. Im mniej zarejestrowanych usług medycznych, tym mniej pieniędzy dla personelu medycznego.

W wielu miejscach kraju skorzystano z szansy, jaką daje RUM. Lekarze wykorzystujący w pracy RUM sprostają wymogom, jakie postawią im urzędnicy Kas Chorych. Tam, gdzie zwyciężyły postawy pasywne i protestacyjne, lekarze nie mają nawet świadomości, w jakiej dyscyplinie przyjdzie im konkurować, a liczenie już się zaczęło.

Zadziwia więc sytuacja, w której rzecznicy protestów i bojkotów poprawiają sobie nastrój niedostrzeganiem osiągnięć naszych kolegów z Czarnkowa, Giżycka, Dębina czy Ciechanowa, faktycznych pionierów RUM-u. Jak to bywa z pionierami, działali oni w niezwykle trudnych

warunkach, zmagając się z sytuacją prawną i finansową, zachowawczą postawą administracji, własnymi obawami i brakiem doświadczenia. Mimo to udało się im wypracować nowe modele organizacji i finansowania usług medycznych. To dzięki nim jest teraz o czym dyskutować, jest co krytykować, a także modyfikować i udoskonalać. Za ich pracę należą się im nie tylko słowa podziękowania i szacunku.

Uważaliśmy i uważamy, że dopiero po wprowadzeniu systemu rejestracji usług medycznych można racjonalnie usamodzielniać placówki służby zdrowia, wprowadzać kontraktowy system pracy pracowników medycznych, a w końcu wprowadzać inny system finansowania w postaci ubezpieczeń zdrowotnych.

Niezależnie od tego, jak bardzo bronimy RUM-u, podzielamy jednak krytyczną ocenę sposobu wprowadzania RUM-u w skali kraju, przedstawioną przez NRL. Jako autorzy koncepcji systemu nie mieliśmy jednak wpływu na ten proces. Do zasadniczych błędów, które wypaczyły koncepcje systemu RUM-u i są głównymi przyczynami problemów w jego wdrażaniu, należy zaliczyć:

- brak właściwej polityki informacyjnej RUM-u, utożsamianie go z papierami, biurokracją i administracją,
- niekonsekwentne i niejasne umocowanie prawne systemu RUM-u, a w szczególności brak jednoznacznego zalegalizowania kuponu RUM-u jako dokumentacji medycznej, statystycznej i finansowej,
- próbę narzucenia przez MZiOS jednego dostawcy oprogramowania dla biur RUM-u (spowodowało to opóźnienie procesu wdrażania o co najmniej 1,5 roku oraz bezcelowo podniosło koszty koniecznego do tego oprogramowania sprzętu informatycznego),
- nieuzasadnione odstępstwo od wymogów jakościowych stawianych kuponom RUM-u.

Reasumując, możemy jako środowisko medyczne:

- mieć system, który my, pracownicy służby zdrowia, tworzymy sami albo otrzymać system narzucony przez urzędników,
- wypełniać jeden dokument będący dokumentem medycznym, statystycznym i finansowym albo wypełniać liczne dokumenty, pisać zestawienia statystyczne i dodatkowo wystawiać rachunki,
- być w posiadaniu danych będących argumentem w pertraktacjach z płatnikami albo być zdanymi na dobrą wolę polityków i finansistów.

Dziś wybór należy do nas

Każdego dnia przybywa zwolenników RUM-u. Coraz bardziej nerwowo zachowują się przeciwnicy faktycznej reformy systemu opieki medycznej. Sprawiają wrażenie zaskoczonych, że oto coś bardzo konkretnego udało się w końcu zrobić, a nie tylko powiedzieć czy napisać.

Źródłem optymizmu jest dla nas fakt, że nawet najbardziej zdeklarowani przeciwnicy RUM-u nie kwestionują samej konieczności rejestracji i rozliczeń usług medycznych. Mamy tę samą świadomość, tylko nieco różną wiedzę i doświadczenie. Ale daje to już szansę na owocną dyskusję i współpracę w szukaniu optymalnego rozwiązania na przyszłość. Zarówno nam jako autorom systemu, jak i tym, którzy wdrażają RUM-y, właśnie taka rzetelna, profesjonalna i konstruktywna krytyka i dyskusja są bardzo potrzebne. RUM można usprawniać, rozwijać, optymalizować i przekształcić w doskonalszą odmianę, określoną mianem START. Mogą jednak tego dokonać tylko ci, którzy poznali jego działanie w praktyce i przekonali się, że rejestrowanie i rozliczenia usług medycznych to nie utopia, piękna teoria czy kontrolowany laboratoryjny eksperyment, ale nieuchronna konieczność.

Jeżeli środowiska medyczne same nie przeforsują rozwiązań uwzględniających ich interesy, to jest mało prawdopodobne, aby zadbali o to urzędnicy przyszłego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

*dr Mirosław Jarosz,
dr Andrzej Horoch
pracownicy Instytutu Medycyny Wsi
w Lublinie*

Podstawowe możliwości programu „Lekarz Rodzinny” firmy RAD-COM z Wrocławia

Lekarzem rodzinnym nazywamy lekarza zapewniającego podstawową i ciągłą opiekę całym rodzinom i poszczególnym osobom wchodzącym w skład populacji danej społeczności lokalnej niezależnie od wieku, płci oraz typu choroby. Jego celem działania jest możliwe najwcześniejsze postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia. Winien on zapewnić całodobową opiekę nad swoimi pacjentami przy ścisłym określeniu planu pracy.

Od kilku lat pojawiają się w Polsce praktyki lekarzy rodzinnych. W ciągu kilku lat osiągniemy taką liczbę lekarzy, którzy swoją opieką obejmą całą populację. Dobrze wykształceni i wyposażeni lekarze, nie leczący już tylko jednego schorzenia, ale całego człowieka będą stanowili podstawową kadrę lekarzy pierwszego kontaktu. Warto wspomnieć o aspekcie ekonomicznym, wprowadzenie tego systemu jest bowiem najbardziej korzystną formą opieki podstawowej i zostawia budżetowi Służby Zdrowia sporo oszczędności, które mogą być przeznaczone na konkretne i drogie procedury medyczne, lepsze funkcjonowanie szpitali itp. Lekarz rodzinny jest odpowiedzialny za zebranie wystarczającej liczby danych o pacjencie przed skierowaniem go na dalsze piętra systemu opieki zdrowotnej. Powoduje to konieczność przechodzenia z tradycyjnego stylu pracy na wspomaganie lekarza przy użyciu odpowiedniego oprogramowania. Powstał więc projekt programu komputerowego dla praktyki lekarza rodzinnego. W założeniach program ten ma wspomagać codzienną pracę lekarza i funkcjonowanie praktyki. Program ma spełniać następujące funkcje:

Ewidencja pacjentów i planowanie wizyt

- ewidencja danych osobowych oraz niezbędnych informacji do założenia kartoteki pacjenta,
- prowadzenie historii choroby pacjenta,
- rejestracja pacjentów na codzienne wizyty,
- weryfikacja listy pacjentów i ich danych.

Funkcje sprawozdawcze i statystyczne, generowanie raportów (przykładowe generowane raporty)

- liczba przyjęć z uwzględnieniem dnia, wieku, płci, kodu itp.,
- sprawozdania z wizyt i usług na rzecz pacjentów spoza praktyki (obcych),
- liczby wykonywanych zabiegów i badań w ramach praktyki,
- okresowe zestawienia zabiegów z działalności lekarza rodzinnego.

Rozliczanie wykonanych usług

Istnieje wiele sposobów płacenia za usługi medyczne. Wszystkie mają swoje wady i zalety. Jednak w związku z tym, że od kilku lat systematycznie w placówkach służby zdrowia wprowadzany jest system informacyjny RUM, w projektowanym programie postanowiono wziąć pod uwagę właśnie ten system rozliczania usług:

- korzystanie z numeru RUM pacjenta,
- sprawdzanie zgodności płatności za usługę z obowiązującymi cennikami,
- okresowe zestawienia z działalności lekarza rodzinnego.

