

Mirosław J. Jarosz, Andrzej Horoch

Historia systemu RUM na tle reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Motto: Tylko te zjawiska można poznać, które można zmierzyć.

D.J. Mendelejew (1834-1907)

Wstęp

W Biuletynie Kas Chorych (listopad 1998) można było przeczytać, że "Rejestr usług medycznych uważany jest za jeden z bardziej kontrowersyjnych elementów reformy służby zdrowia. Krytykują go zarówno świadczeniodawcy, płatnicy, jak i sami pacjenci". W tym samym biuletynie Anna Knysok, Pełnomocnik Rządu do spraw Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, prezentuje opinię, że "Dla potrzeb systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego niezbędny jest system rejestrujący udzielone świadczenia zdrowotne. Każdy świadczeniodawca we własnym interesie powinien potrafić udokumentować rzeczywiście wykonane usługi, gdyż na tej podstawie będzie się odbywało jego rozliczenie z Kasą Chorych. Powinien także zachować całą dokumentację tak, aby była dostępna w czasie kontroli. Niestety na świecie nie istnieje idealny system informatyczny spełniający powyższe wymagania, a jednocześnie chroniący skutecznie dane o pacjentach. (...)".

Przytoczone cytaty ujawniają, że mamy do czynienia z problemem ważnym dla **całego kraju**, sprawiającym kłopoty wszystkim podmiotów rynku usług medycznych: **pacjentom, świadczeniodawcom i płatnikom** (Kasom Chorych). Dowiadujemy się o **konieczności** rejestrowania **rzeczywiście wykonanych usług medycznych**, oraz że związane jest to z ich **dokumentowaniem, rozliczeniem i kontrolowaniem**. A następnie, że do rejestrowania usług medycznych potrzebny jest **system informatyczny** oraz że problemem jest **ochrona danych o pacjentach**.

Geneza i historia rejestrowania usług medycznych w Polsce

Na początku lat dziewięćdziesiątych świadomość potrzeby rejestrowania i **liczenia** usług medycznych nie była powszechną. Twierdzącą odpowiedź na parafrazę Hamletowskiej kwestii „*Liczyć czy nie liczyć?*”, uzupełnia się dwoma równie ważkimi wątpliwościami: „*Jak rejestrować i kiedy liczy?*”

Byliśmy i jesteśmy zdania, że „najpierw trzeba liczyć” oraz że dane do tych obliczeń trzeba rejestrować wiarygodnie i dokładnie [1]. Czyż planując generalny remont własnego mieszkania najpierw robimy ten remont, a potem zastanawiamy się czy wystarczy nam pieniędzy? Im mniej mamy pieniędzy tym dokładniej sprawdzamy ceny, selekcjonujemy wykonawców i korygujemy zakres prac. Zastosowanie metody „*najpierw reforma potem liczenie*” podobnie jak „*najpierw terapia potem diagnozowanie*” nie jest godne polecenia. Nie wszyscy jednak podzielają ten pogląd a w kwestii – „Jak liczyć?” - proponowali oparcie się na „...*szacunku rynku usług metodami socjologicznymi...*”[2]. Wydaje się jednak, że nie jest już kwestionowana, także w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia, uniwersalna myśl Mendelejewa, który miał powiedzieć „*Tylko te zjawiska można poznać, które można zmierzyć*”.

Czas płynie i omawiane dylematy znajdują odpowiedzi w bieżącej rzeczywistości a przytoczone polemiki stają się jedynie zapisami historii. Styczeń 1999 przejdzie do historii jako data wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Oczywiście, data ta odnosi się wyłącznie do sfery prawnej problemu i dotyczy wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Sam proces reformy rozpoczął się znacznie wcześniej i rzecz jasna nie zakończył się wraz z tą datą. Przeciwnie, dopiero od tej chwili reforma zaczęła nabierać dynamiki oraz poszerzać swój zakres, głębokość i skalę dotykając „*wszystkich i każdego z osobna*”. Czy jednak **wszyscy** zdajemy sobie sprawę z istoty tej reformy oraz konsekwencji jakie niesie ona dla **każdego** z nas w trakcie udzielania lub otrzymywania porady lekarskiej?. Jak reforma wpływa na relacje i procedury pomiędzy pacjentem i lekarzem? Spróbujmy przeanalizować istotę reformy ochrony zdrowia właśnie pod tym kątem.

Niektóre kłopotliwe konsekwencje reformy ochrony zdrowia

Powszechnie wiadomo, że istotę procesu reformowania ochrony zdrowia w Polsce stanowi przejście od **państwowego systemu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności** do **publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego poszczególnych osób**. Należy jednak uświadomić sobie i niestety zaakceptować bezpośrednio i pośrednio konsekwencje takiej transformacji.

Po pierwsze, dzięki reformie, Państwo przestaje być równocześnie właścicielem, zarządzającym i finansującym system ochrony zdrowia, z namiennie zwanym dotychczas "służbą zdrowia" analogicznie do "służby pożarniczej" czy "służby wojskowej". W nowym systemie sektor zdrowia przestaje funkcjonować jak "służba" a nabiera cech rynku. Podmiotami zreformowanego systemu przestają być zbiorowości (ludność, mieszkańcy, obywatele, populacja) oraz zakłady i pracownicy służby zdrowia. Podmiotami stają się poszczególne osoby ubezpieczone oraz samodzielni prawnie i finansowo dostarczyciele usług i produktów medycznych (świadczeniodawcy). W starym systemie, budżet Państwa, finansował zasoby systemu ochrony zdrowia, czyli kadre medyczną i personel pomocniczy, budynki, wyposażenie sprzęt i materiały. Natomiast w nowym systemie, płatnik, którym są Kasy Chorych, finansuje usługi i dobra medyczne faktycznie dostarczone przez świadczeniodawców osobom ubezpieczonym (świadczeniobiorcom). Symbolicznie określa się to stwierdzeniem, że "pieniądz idzie za pacjentem."¹

Centralistyczna organizacja poprzedniego systemu była nastawiona na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych wyodrębnionych populacji czyli tak zwane regiony zapobiegawczo-lecznicze. Finansowane były zasoby służby zdrowia powiązane w struktury organizacyjne Zespołów Opieki Zdrowotnej obejmujące swym działaniem wspomniane rejony zapobiegawczo-lecznicze. Niestety, usprawiedliwiało to, w opinii ówczesnych dysponentów środków na opiekę medyczną, porzucenie na systemach klasycznej sprawozdawczości finansowej i statystycznej. Nota bene oba rodzaje sprawozdawczości nie były praktycznie ze sobą sprzęgnięte, natomiast pacjent i udzielana mu usługa medyczna byli "niekonieczni" dla wypełnienia liczbami niezliczonych tabel i formularzy. Brak konieczności rejestrowania i monitorowania faktycznie dostarczanych usług medycznych zwalniał decydentów z

¹ Autorzy, jako lekarze, w głębi duszy woleliby aby "pieniądz chodził za lekarzem", ale skoro tak być nie może, nie pozostaje im nic innego jak "chodzić za pacjentem" lub pisać artykuły o reformie ochrony zdrowia.

konieczności adekwatnego reagowania. Doprowadziło to w rezultacie do katastrofy i konieczności radykalnej, rewolucyjnej, a więc kosztownej społecznie, zmiany całego systemu. Wyniki pilotowych wdrożeń systemu rejestrowania usług medycznych, jeszcze w systemie budżetowym, wykazały, że można było tego uniknąć gdyby w odpowiednim czasie dylemat „Liczyć czy nie liczyć?” rozstrzygnięto inaczej.

W nowym systemie opieki medycznej w Polsce, opartym tym razem o doktrynę ubezpieczeniową, rejestrowanie poszczególnych usług jest oczywistą konsekwencją konieczności rozliczania i finansowania tylko faktycznie dostarczonych konkretnym pacjentom, dóbr i usług medycznych. Rozliczenia pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikami (Kasami Chorych), aby były wiarygodne muszą być poparte:

1. zidentyfikowaniem wszystkich podmiotów biorących udział w transakcji oraz czasu i miejsca jej zaistnienia,
2. udokumentowaniem faktu dostarczenia dobra lub usługi medycznej (transakcji),
3. ustaleniem zasadności (przyczyn i okoliczności) zaistnienia transakcji,
4. ustalaniem wartości dostarczonych dóbr lub usług oraz podziału ich kosztu pomiędzy ubezpieczonego świadczeniobiorcę a płatnika czyli Kasę Chorych.

Nietrudno zauważyć, że są to dla wielu raczej kłopotliwe konsekwencje reformy.

Finansowanie zasobów ochrony zdrowia było na pewno o wiele prostsze w kwestiach rozliczeniowych i sprawozdawczych. Tęsknota za tymi „sprawdzonymi, prostymi i tanimi” metodami odżywa nawet wśród krytyków starego systemu i jego faktycznych reformatorów [3]. Pewnie trudno im się pogodzić ze zjawiskiem określanym poetycko „Nie ma róży bez kolców.” lub bardziej prozaicznie „Wszystko ma swoją cenę.”. Niestety, jeżeli chcemy korzystać z potencjalnych dobrodziejstw mechanizmów rynkowych uruchomionych w sektorze zdrowia, musimy zaakceptować konieczność rozliczeniowych uciążliwości.

Właściwym, konstruktywnym podejściem do problemu jest poszukiwanie takich procedur, metod i technik które pozwolą prowadzić wiarygodne rozliczenia przy minimalizacji obciążeń biurokratycznych dla personelu fachowego i pacjentów.

Idealny system rejestrowania usług medycznych.

W swej tęsknocie za ideałem, człowiek często tworzy listy wymagań, zasad lub praw dzięki którym ów ideał wydaje się bliższy osiągnięciu. Dlatego i my opisaliśmy idealny system rejestrowania monitorowania usług medycznych w formie "dekalogu" założeń, warunków czy cech jakim powinien odpowiadać. Zastrzegamy jednak, że "dekalog" ten nie powstał jedynie jako skutek „głębokich przemyśleń” lecz stanowi wynik własnych praktycznych doświadczeń oraz wielu dyskusji i polemik.[4].

System RUM został oparty na następujących podstawowych założeniach:

I. Autoryzacja transakcji przez pacjenta

Wiarygodność rejestrowanych danych następuje dzięki metodom techniczno-organizacyjnym pozwalającym na autoryzację przez pacjenta transakcji udzielenia usługi medycznej.

II. Jednolity w skali kraju system identyfikowania transakcji

Spójność systemu w skali Kraju następuje dzięki jednolitej w skali kraju budowie identyfikatorów transakcji usług medycznych, którymi są opatrywane dokumenty służące do ich rejestracji.

III. Równość podmiotów.

System traktuje wszystkie strony rynku usług medycznych: pacjentów, świadczeniodawców i płatników (kasy chorych), jako podmioty o wzajemnie zrównoważonych prawach i obowiązkach.

IV. Różne metody rozliczania oraz różne zasady odpłatności za usługi medyczne.

System spełnia swoje funkcje niezależnie od zasad rozliczania usług medycznych. System rejestruje i rozlicza usługi udzielane bezpłatnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatne.

V. Różne formy organizacyjne oraz własnościowe świadczeniodawców.

System spełnia swoje zadania niezależnie do różnych form organizacyjnych oraz własnościowych podmiotów udzielających usługi medyczne.

VI. Powiązanie różnych rodzajów danych oraz spójne informacje analityczne.

System zapewnia powiązanie danych medycznych, statystycznych i finansowych w fazie ich zbierania, umożliwiając uzyskiwanie na ich podstawie spójnych informacji i analiz dla potrzeb polityki zdrowotnej na poziomie centralnym i lokalnym.

VII. Powiązanie zlecających i realizujących usługi medyczne.

System pozwala analizować wzajemne powiązania świadczeniodawców zlecających i realizujących usługi medyczne oraz ich udział w procesie generowaniu kosztów usług medycznych.

VIII. Poufności i bezpieczeństwo danych.

System zapewnia faktycznie a nie tylko formalnie, poufności oraz bezpieczeństwo danych medycznych metodami technicznymi i organizacyjnymi.

IX. Ograniczenie sprawozdawczości oraz zmniejszenie liczby i standaryzacja dokumentów

System ogranicza obciążenie fachowego personelu medycznego wyłącznie do fazy zarejestrowania podstawowych danych u usługach medycznych, przenosząc ciężar tworzenia zastawień i sprawozdań na system informatyczny. System zmniejsza także liczbę i różnorodność dokumentów używanych w trakcie udzielania usług medycznych, zastępując je uniwersalnym, standardowym formularzem dokumentującym zlecenie, jego realizację oraz służącym do rejestracji usługi medycznej.

X. Wszystkie strony dysponują własną dokumentacją oraz mają jednakową wiedzę o kosztach.

System umożliwia posiadanie przez wszystkie strony rynku usług medycznych: pacjentów, świadczeniodawców i płatników (kasy chorych) jednorodnej dokumentację o udzielonych usługach medycznych oraz jednakowej wiedzy (świadomości) o ich kosztach.

Realny system rejestrowania usług medycznych – czyli historia RUM-owiska.

Częstym tematem rozważań jest rozdźwięk pomiędzy teorią i praktyką. W przypadku rejestrowania i monitorowania usług medycznych możemy oczywiście również podjąć takie rozważania. Poprzedni rozdział mówił o pewnych idealnych cechach jakimi, teoretycznie,

powinien się charakteryzować system rejestrowania i monitorowania usług medycznych. W 1993 roku podjęto w Polsce próbę zbudowania takiego systemu, początkowo w wersji pilotowej na ograniczonym obszarze działania jednego Zespołu Opieki Zdrowotnej². Pilotowe wdrożenie było przedmiotem wnikliwej obserwacji o i oceny zarówno ze strony społeczności lokalnej jak i najwyższych instytucji administracji państwowej. Miejsce pilotowego wdrożenia było wizytowane przez Ministrów Zdrowia, Premiera i Prezydenta oraz wielu ekspertów a także ... inspektorów NIK.

Po dwóch latach pilotażu, którego zakres systematycznie się poszerzał o inne województwa, udowodniono że istnieje realna możliwość stworzenie takiego systemu w skali całego Kraju.

Na etapie w jakim się znajdowała reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce w roku 1995, system zdefiniowano w następujący sposób:

„Rejestr Usług Medycznych (RUM) jest instytucjonalnym, organizacyjnym i technicznym sposobem rejestrowania usług medycznych udzielanych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zaprojektowanym dla potrzeb organizacji i zarządzania tym systemem w okresie przechodzenia od budżetowej do ubezpieczeniowej metody zasilania tego systemu w środki finansowe”

Przed Rejestrem Usług Medycznych, jako systemem ogólnokrajowym, został postawiony 1 cel strategiczny, 3 cele taktyczne i 2 cele operacyjne.

Celem strategicznym wprowadzenia Rejestru Usług Medycznych było stworzenie podstaw merytorycznych, organizacyjnych i technicznych do wprowadzenia w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Cele taktyczne wprowadzenia Rejestru Usług Medycznych to:

- stworzenie praktycznej możliwości realizacji istniejących zapisów ustawowych w częściach dotyczących liczenia kosztów i ich porównywania, kontraktowania świadczeń medycznych w zakładach niepublicznych, usamodzielniania się publicznych zakładów

² Zespół Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie, woj. Pilskie

opieki zdrowotnej oraz przejmowaniu przez samorządy odpowiedzialności za opiekę zdrowotną;

- wytworzenie świadomości kosztów usług medycznych oraz wytworzenie relacji i zachowań rynkowych pomiędzy biorcami i dawcami tych usług, a przez to uruchomienie mechanizmów społecznego (obywatelskiego) nadzoru nad przepływem środków przeznaczonych na opiekę medyczną.

Cele operacyjne wprowadzenia systemu Rejestru Usług Medycznych

zdefiniowano następująco:

- zapewnienie możliwości nadzoru nad wykorzystaniem środków przeznaczonych na opiekę medyczną;
- zapewnienie możliwości jednoznacznych i wiarygodnych rozliczeń usług medycznych i leków pomiędzy różnymi dysponentami środków na opiekę medyczną oraz pomiędzy tymi dysponentami, a różnymi formami zakładów opieki zdrowotnej oraz aptekami z zachowaniem zasady "pieniądz idzie za pacjentem";
- generowanie i udostępnianie bieżących i użytecznych informacji, tak aby było możliwe optymalizowanie procesu diagnozowania i leczenia to znaczy zapewnienia najlepszej przy danym poziomie finansowania dostępności i jakości usług medycznych, a w konsekwencji wyników leczenia;

Dla każdego z tych celów wyodrębniono krytyczne obszary (zakresy) działań, od których efektywności zależy skuteczność realizacji postawionych celów.

CEL 1: Nadzór nad rynkiem usług medycznych i leków

Definicja celu:

Celem systemu jest nadzorowanie wykorzystania środków przeznaczonych na opiekę medyczną w kraju, tak aby zachować kontrolę nad rynkiem usług medycznych, w sposób który:

- pozwoli na podział środków zgodnie z faktycznym zapotrzebowaniem na usługi medyczne,
- pozwoli na optymalizację wykorzystania tych środków.

Kluczowe (krytyczne) obszary działań:

- Monitorowanie wykorzystania usług medycznych
- Monitorowanie zjawisk demograficznych
- Przewidywanie zapotrzebowania na usługi medyczne

CEL 2: Rozliczanie liczby i kosztów usług medycznych

Definicja celu:

Celem systemu jest umożliwienie rozliczeń usług medycznych i leków pomiędzy różnymi dysponentami środków na opiekę medyczną oraz pomiędzy tymi dysponentami a różnymi formami zakładów opieki zdrowotnej oraz aptekami, tak aby:

- środki podzielone według metody kapitałowej mogły być w razie potrzeby przemieszczane pomiędzy ich dysponentami,
 - finansowanie usług medycznych i refundowanie leków następowało przy zachowaniu zasady "pieniądz idzie za pacjentem",
- w sposób który zapewni szybkość i dokładność rozliczeń oraz refundacji.

Kluczowe (krytyczne) obszary działań:

- Rozliczenia pomiędzy poszczególnymi płatnikami
- Rozliczenia pomiędzy płatnikami, a usługodawcami i aptekami.

CEL 3: Optymalizowanie diagnozowania i leczenia

Definicja celu:

Celem systemu jest generowanie i udostępnianie bieżących i użytecznych informacji, tak aby:

- można było szybko reagować na zmiany dotyczące rynku usług medycznych i leków,
 - można było celowo i trafnie wpływać na funkcjonujące procesy diagnozowania i leczenia,
- w sposób który:
- zapewni najlepszą przy danym poziomie finansowania dostępność i jakość usług medycznych, a w konsekwencji wyniki leczenia.

Kluczowe (krytyczne) obszary działań:

- Monitorowanie procesu diagnozowania i leczenia
- Szczegółowe monitorowanie farmakoterapii

Dla każdego obszaru zdefiniowano wymagania związane z oczekiwanym wynikiem działania systemu informacyjnego. Pełna, wspólna lista wymagań zawierała następujące pozycje:

1. Powiązanie różnych rodzajów danych o jednej usłudze,
2. Identyfikacja zlecającego i realizującego daną usługę,
3. Jednoznaczna identyfikacja obywatela (ubezpieczonego),
4. Jednoznaczna identyfikacja poszczególnych usług,
5. Aktualność danych o obywatelach (ubezpieczonych),
6. Aktualność danych o personelu, instytucjach i płatnikach,
7. Zmniejszenie obciążeń biurowatycznych personelu,
8. Poprawność i szybkość wprowadzania danych,
9. Rozpoznawanie fałszywych dokumentów źródłowych,
10. Wyszukiwanie danych i dokumentów źródłowych,
11. Tworzenie raportów i zestawień finansowych,
12. Tworzenie raportów i zestawień statystycznych,
13. Generowanie zagregowanych danych do dalszych analiz,
14. Pewność i trwałość archiwizacji danych,
15. Poufność danych i informacji,

Na początku roku 1996 r po przeanalizowaniu wyników pilotowych wdrożenia w kilku miejscach kraju, Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie zdrowia opublikowało dokument [5] w którym:

1. Dokładnie opisano obszary funkcjonowania Rejestru Usług Medycznych. Dokonano analizy wymagań krytycznych (skrajnych) oraz specyfikację wymaganych przez użytkowników systemu informacyjnego poziomów jego wydajności w poszczególnych obszarach.
2. Określono zakres, otoczenie i funkcje systemu RUM poprzez specyfikację zakresów poszczególnych funkcji systemu i ich procesów składowych. Zidentyfikowano dane konieczne dla realizacji tych funkcji oraz informacje będące ich wynikiem, zidentyfikowano instytucje, osoby i inne obiekty stanowiące źródła danych dla poszczególnych funkcji bądź wykorzystujące informacje będące wynikiem realizacji poszczególnych funkcji.

3. Ustalono zawartość zbiorów danych przedstawiając szczegółowo zawartość informacyjną poszczególnych zbiorów danych systemu oraz istotne zależności pomiędzy opisywanymi przez te zbiory obiektami.
4. Dokonano analizy zależności pomiędzy funkcjami i danymi oraz zależności pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu RUM i funkcjami systemu informacyjnego.
5. Opracowano zalecenia dotyczące możliwych rozwiązań dotyczących architektury systemu zarówno w płaszczyźnie sprzętowej i programowej przy uwzględnieniu stopnia obciążenia systemu (ilości zbieranych danych oraz zakresu ich przetwarzania i udostępniania) oraz ograniczeń finansowych i organizacyjnych.
6. Przedstawiono dokładną specyfikację elementów technicznych i organizacyjnych systemu, takich jak: wymagania, jakim powinien odpowiadać papier na formularze, specyfikacja kodów kreskowych, opis biur rejestrujących usługi medyczne z zakresami obowiązków i kwalifikacjami pracowników, organizacja stanowisk pracy z uwzględnieniem zasad ergonomii, wymagania dla lokalnych sieci komputerowych i specjalistycznego sprzętu jak czytniki kodów kreskowych, drukarki formularzy.

Opis systemu Rejestr Usług Medycznych był więc, systematyczny, kompletny, oparty o praktycznie sprawdzone rozwiązania. Był to opis **realnego, działającego systemu**. Wszystko było wykonane zgodnie z zasadami sztuki: od projektu, poprzez wdrożenie, ocenę i wprowadzenie poprawek. Wystarczyło, z tym opisem w rękę, obejrzeć jego funkcjonowanie w jednym z kilku a potem kilkadziesiąt miejsc w Polsce gdzie działał, aby wiedzieć jak go zbudować, uruchomić i eksploatować. Był to system dostosowany do ówczesnych możliwości finansowych poziomu infrastruktury telekomunikacyjnej i informatycznej w Polsce.

Jak się łatwo domyśleć, nie tylko nie osiągnięto celu jakim było wdrożenie systemu RUM w skali kraju do końca 1998 roku, ale co gorsza proces wdrażania załamał się na początku 1998 roku. Przyczyny tego stanu rzeczy zostały opisane w raporcie NIK [6] następująco:

„Na podstawie delegacji zawartej w art. 6 ust. 4 ustawy o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał w dniu 26 czerwca 1996 r. rozporządzenie w sprawie książeczek usług medycznych. W rozporządzeniu tym ustalono zarówno wzór książeczek, oraz sposób ich wypełniania, jak też tryb i harmonogram ich wydawania przez wojewodów, ustalający termin zakończenia dystrybucji książeczek na dzień 31 grudnia 1998 r.

Na podstawie tych przepisów w latach 1996-1998 powołano w województwach odpowiednią sieć biur rejestracji usług medycznych, przygotowując je stopniowo do wykonywania zadań. Równocześnie postępował druk i dystrybucja indywidualnych książeczek usług medycznych. W wielu województwach książeczki te wydrukowano praktycznie dla wszystkich mieszkańców.

Powołane wyżej rozporządzenie utraciło wprawdzie moc obowiązującą w dniu 6 czerwca 1998 r., jednak już w dniu 5 grudnia 1997 r. wszedł w życie przepis art. 32e ust. 9 znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zawierający delegację dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do wydania aktów wykonawczych, będących kontynuacją i rozwinięciem dotychczasowych rozwiązań ustawowych w odniesieniu do rejestracji usług medycznych.

Wspomniana delegacja zobowiązała Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do określenia, w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z Ministrami Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Transportu i Gospodarki Morskiej, m.in. szczegółowych zasad i trybu rejestracji usług medycznych, wzoru książeczki usług medycznych i kuponu wolnego, sposobu ich wydawania i posługiwania się nimi, wykazu usług medycznych podlegających rejestrowaniu i ich kodów rejestrowych.

Delegacji tej Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wykonał, podjął natomiast inicjatywę zmiany sposobu rejestracji usług medycznych, z wdrażanego od dwóch lat na terenie całego kraju, systemu rejestracji przy użyciu książeczek usług medycznych, na system elektronicznego rejestrowania, przetwarzania i przekazywania informacji o usługach medycznych, przy użyciu indywidualnych kart elektronicznych, opatrzony roboczą nazwą START.

Pismem z dnia 17 czerwca 1998 r., skierowanym do wojewodów Minister Zdrowia i Opieki Społecznej³ zapowiedział powyższą zmianą, zalecając równocześnie wszędzie tam, gdzie nie zgromadzono kompletu urządzeń i materiałów dla uruchomienia systemu opartego na książeczkach usług medycznych, zatrzymać proces wdrażania tego systemu, do czasu

³ Wojciech Maksymowicz

opublikowania standardów informatycznych systemu START, co miało nastąpić w III kwartale 1998 r.

Inicjatywa ta spowodowała, że w niektórych województwach, gdzie nie zostały zakończone prace nad organizacją i wdrożeniem systemu opartego na książeczkach usług medycznych, wojewodowie zaniechali kontynuowania tych prac, czując się zwolnionymi z obowiązku utworzenia, do końca 1998 r. wojewódzkich i terenowych rejestrów usług medycznych.

Nie zostało więc wykonane postanowienie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o ZOZ oraz o zmianie niektórych innych ustaw, mocą którego Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodowie zostali zobowiązani do utworzenia, najpóźniej do dnia 31 grudnia 1998 r., centralnego, wojewódzkich i terenowych rejestrów usług medycznych.

W zaistniałej sytuacji kasy chorych zostały pozbawione, w bliżej nieokreślonej perspektywie, możliwości wykonywania zadań, związanych z prowadzeniem rejestrów usług medycznych, a co za tym idzie podstaw racjonalnego gospodarowania środkami przeznaczonymi na finansowanie kosztów ubezpieczeń zdrowotnych, które to zadania na mocy postanowienia art. 16 ust. 2 powołanej wyżej ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r., podlegały przejęciu przez kasy z dniem 1 stycznia 1999 r.”

Przedstawiona przez NIK ocena sytuacji formalno-prawnej nie oddaje do końca absurdalności sytuacji i skali rozdźwięku pomiędzy teorią i praktyką rejestracji i monitorowania usług medycznych w Polsce w pierwszym miesiącach reformy systemu i na kilka miesięcy przed wkroczeniem w XXI wiek. Znacznie bardziej przemawiający do wyobraźni obraz maluje, Marek Wójtowicz, lekarz, dyrektor ZOZ, Prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej [7]. Na łamach Służby Zdrowia napisał on między innymi:

„Fiasko idei RUM jest (...) główną przyczyną „gry w ciemno” instytucji płatnika, usługodawców i środowisk lekarsko - pielęgniarskich. Dane dotyczące popytu, tj. rejestrowanie wzrostu lub spadku aktywności zakładów zdrowotnych są oparte na zliczaniu tzw. ptaszków pań rejestratorek. Ale czy można na podstawie liczby ptaszków dysponować środkami publicznymi? „

Zamiast podsumowania i wniosków

Na koniec wpada postawić retoryczne pytania: jak, dlaczego i w czyim interesie doprowadzono do „fiaska idei RUM” dzięki czemu „kasy chorych zostały pozbawione (...) podstaw racjonalnego gospodarowania środkami przeznaczonymi na finansowanie kosztów ubezpieczeń zdrowotnych”.

Odpowiedzi na postawione pytania należy szukać w wypowiedziach prasowych i oficjalnych stanowiskach wobec RUM, takich instytucji jak: Naczelna Rada Lekarska czy Pełnomocnik Rządu do spraw Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Dla kontrastu, w ostatnich wypowiedziach prasowych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia powracają nie tylko do „idei RUM”, ale także do sprawdzonych w praktyce jego rozwiązań technicznych [8,9,10]. Wygląda na to, że przy braku informacji, wizjonerstwo i poczucie misji wystarczają, aby „reformować”, ale nie wystarczają, aby funkcjonować.

Piśmiennictwo

1. Horoch A., Jarosz M.: Monitorowanie usług medycznych, czyli: najpierw trzeba liczyć. *Antidotum*, 1994, 9/10, 97.
2. Kwiatkowski T: Kilka słów w sprawie RUM. *Medicus*, 1998, 3.
3. Łuczak J.: Książeczka Zdrowia – głos w dyskusji, *Służba Zdrowia*, 17 marca 1996.
4. Jarosz M., Horoch A.: Prawdy i mity o RUM-ie. *Antidotum*, 1996, 5/4, 19.
5. Rejestr Usług Medycznych – Koncepcja Systemu – Specyfikacja Elementów, MZiOS, Warszawa, Styczeń 1996.
6. Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej, Warszawa, Lipiec 1999 r., DZiKF - 41006-98, Nr ewid.: 184/99/P/98/129/DZK.
7. Wójtowicz M.: Ptaszki pani rejestratorki., *Służba Zdrowia*, 1999, 69-70.
8. Zagwarantować bezpieczeństwo Zdrowotne. *Rzeczpospolita*, 2000, 171.
9. Andrzej Strug. Wraca RUM. *Służba Zdrowia*, 2000, 65-68.
10. Śługaj K.D.: RUM po lubusku. *Służba Zdrowia*, 2000, 71-72.