

BUDŻETYN

Narodowego Funduszu Zdrowia

NFZ

nr 5(8) IX/XI 2004

HTA czyli
ocena
technologii
medycznych

JAK WYJECHAĆ
DO SANATORIUM

W stronę porozumienia

Na zaproszenie Piotra Latawca, dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego, 29 lipca br. do Rzeszowa pojechał Lesław Abramowicz - prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem wizyty w stolicy Podkarpacia było zapoznanie się z trudną sytuacją finansową placówek medycznych i wyjaśnienie sposobu rozdzielania środków finansowych, jakimi dysponuje NFZ, a także pokazanie, że Oddział Podkarpacki funkcjonuje prawidłowo, a potrzeby ubezpieczonych przerastają jego możliwości. W związku z tą wizytą została zorganizowana konferencja prasowa.

Na pytanie dziennikarza TP S.A. w Rzeszowie, dlaczego nie ma pieniędzy na leczenie ludzi, którzy od lat płacą składki na ubezpieczenie zdrowotne, prezes przypomniał, że średnia składka wynosi na osobę około 30-40 zł miesięcznie, a płacąc tak niewielkie pieniądze trudno żądać świadczeń za wiele tysięcy złotych. Także w przyszłości nie będziemy mogli sfinansować wszystkich potrzeb zdrowotnych. Część świadczeń powinna być odpłatna, a za część świadczeń pacjent powinien współpłacić. Powinna też wzrosnąć składka na ubezpieczenie zdrowotne, ale potrzeby i tak będą rosły znaczą-

nie szybciej niż możliwości, gdyż jest to związane z rozwojem medycyny.

Dziennikarze pytali prezesa, jak ocenia projekt nowej ustawy. Według Lesława Abramowicza nowa ustawa przekaże większe uprawnienia oddziałom wojewódzkim oraz wyprostuje pewne sprawy związane z funkcjonowaniem Funduszu. Nie poprawi jednak zdecydowanie finansów Funduszu., który działa na zasadzie solidaryzmu społecznego, czyli płacą wszyscy, a korzystają potrzebujący.

Prezes NFZ spotkał się również z przedstawicielami świadczeniodawców, z dyrektorami szpitali

powiatowych, z przedstawicielami Porozumienia Podkarpackiego oraz z samorządem lekarskim i pielęgniarskim. Wszyscy przedstawili swoje problemy i trudną sytuację finansową. Kończąc wizytę na Podkarpaciu Lesław Abramowicz podkreślił, że należy mieć nadzieję na stały rozwój gospodarczy, bowiem będzie on powodował przyrost składki, a tym samym NFZ będzie dysponować coraz większą kwotą na świadczenia zdrowotne.

Liliana Leniart
Rzecznik Prasowy
Podkarpackiego OW NFZ

Jak to z RUM-em było

Rejestr Usług Medycznych (RUM) z założenia był systemem zbierania i przetwarzania danych o usługach medycznych. Powstał on z konieczności stworzenia systemu informacyjnego na potrzeby zarządzania służbą zdrowia. System taki jest ważny dla prowadzenia polityki zdrowotnej i planowania, szczególnie w odniesieniu do prawidłowego i oszczędnego wykorzystania środków finansowych, monitorowania służb medycznych i programów zdrowotnych oraz zwiększania ich wpływu na poprawę stanu zdrowia i dostępności do usług medycznych. Na stworzenie i uruchomienie systemu RUM w ciągu ostatnich kilkunastu lat wydano duże pieniądze - efekty są raczej mizerne. I co dalej? Może należy pójść inną drogą?

RUM został wpisany w scenariusz reformy systemu opieki zdrowotnej w jej kluczowym miejscu i miał stać się instytucjonalnym, organizacyjnym i technicznym sposobem rejestrowania usług medycznych udzielanych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Efekty wprowadzenia systemu RUM można podzielić na trzy grupy:

1. **Dla PŁATNIKA i ORGANIZATORA OPIEKI ZDROWOTNEJ** - RUM dostarcza na bieżąco informacji o liczbie, rodzaju i miejscu udzielanych świadczeń medycznych oraz o związanych z nimi kosztach. Umożliwia dokładną analizę pracy poszczególnych instytucji świadczących usługi medyczne i ocenę faktycznych potrzeb zdrowotnych obywateli. Kierownicy instytucji świadczących usługi medyczne są

odciążeni od wykonywania zestawień statystycznych - takie zestawienia wykonuje dla nich RUM.

2. **Dla PERSONELU MEDYCZNEGO** - łatwy wgląd w chronologiczną dokumentację pacjenta, mniejsze obciążenie administracyjne, możliwość dokładnego rozliczenia pracy i świadomość kosztów usług medycznych.

3. **Dla UBEZPIECZONYCH** - posiadanie kompletnej i chronologicz-

RUM na Śląsku

W roku 1998 system START wdrażano jako pilotaż. W jednostkach, w których wdrożono system, prowadzono sprawozdawczość z zakresu porad z poz, lecznictwa specjalistycznego, stomatologii (procedury). Rejestrowano również skierowania i recepty.

Od 1999 roku rozpoczął się proces wdrażania systemu u pozostałych świadczeniodawców (zwłaszcza stomatologów). Istniał również RUM książeczkowy (ten sam zakres danych).

Od 2000 roku system START wdrażany w całym województwie - wszyscy świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzenia sprawozdawania udzielanych porad z zakresu poz, specjalistyki, stomatologii, recept i skierowań. Zgodnie z instrukcją rejestrowania świadczeniodawcy powinni na kuponie wpisywać rozpoznanie medyczne (ICD 10) i wprowadzać do systemu, jednak nie mieli takiego obowiązku.

Usługą medyczną podlegającą rejestracji w systemie START jest:

- lekarska porada ogólna,
- lekarska porada specjalistyczna,
- skierowanie do specjalisty,
- skierowanie na diagnostykę i terapię wyspecjalistyczną,
- procedury stomatologiczne,
- wizyta domowa,
- wizyta w ośrodku wczesnej interwencji,
- porada w ambulatorium ogólnym i chirurgicznym,
- wyjazd (pomoc doraźna),
- wypisanie recepty,
- wizyta i procedura w opiece pielęgniarskiej.

nej dokumentacji swoich kontaktów z placówkami świadczącymi usługi medyczne, posiadanie swojej karty zdrowia z pełną, chronologiczną dokumentacją medyczną, co może być podstawą do ubiegania się o świadczenia rentowe lub uznanie chorób zawodowych. Obywatel zyskuje świadomość kosztów usług medycznych i może sam kontrolować ich rozliczenia.

Należy brać pod uwagę także funkcjonalność systemu. Istnieje potrzeba identyfikacji pacjentów i uwierzytelniania transakcji. Dla takich celów optymalnym rozwiązaniem jest karta pamięciowa.

Centralne wdrażanie RUM-u nie powiodło się, a jedynym regionem, w którym on zadziałał, chociaż nieco zmodyfikowany, był Śląsk.

REJESTR USŁUG MEDYCZNYCH W ŚLĄSKIEJ REGIONALNEJ KASIE CHORYCH

System wprowadzony w Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych:

- pozwalał poznać potrzeby zdrowotne obywateli,
- umożliwiał prognozowanie zapotrzebowania na usługi medyczne,
- umożliwiał przetwarzanie danych i przekazywanie informacji w formie użytecznych analiz i raportów płatnikowi oraz poszczególnym świadczeniodawcom,
- zapewniał powiązanie ze sobą danych medycznych, statystycznych i finansowych,
- umożliwiał pacjentowi kompletowanie dokumentacji jego kontaktów z instytucjami świadczącymi usługi medyczne (kopie kuponów RUM),
- pozwalał na kontrolowanie rozliczeń finansowych za wykonane usługi medyczne,
- dokumentował fakt udzielenia świadczenia.

W województwie śląskim istniały dwa systemy rejestracji usług medycznych:

• System RUM (książeczkowy)

Podstawowym elementem systemu była książeczka usług medycznych - nośnik informacji o usługach, będąca w posiadaniu pacjenta, zawierająca dane medyczne i statystyczne dotyczące konkretnej osoby.

• System RUM z kartą elektroniczną

System RUM z kartą elektroniczną był rozwinięciem koncepcji „systemu książeczkowego RUM”. Można go w skrócie opisać jako zamknięty system obiegu dokumentów i informacji związanych z poszczególnymi usługami medycznymi. Jednym z głównych zadań systemu było pośredniczenie w przekazywaniu danych pomiędzy lekarzami a kasą chorych, a także dostarczanie zarządzającym służbą zdrowia dokładnych, wybranych informacji o świadczonych usługach, co pozwoli im lepiej poznać i zaspokoić potrzeby zdrowotne populacji, co w sposób zasadniczy eliminowało możliwość powstawania błędów. System RUM z kartą elektroniczną transmitował informacje medyczne i statystyczne pomiędzy dysponentem środków finansowych (kasa chorych) a świadczącymi usługi medyczne. Ułatwiało to m.in. rozliczanie zawartych kontraktów. Na podstawie danych zbieranych możliwe było opracowanie całościowych analiz służących poznaniu potrzeb i oczekiwań ubezpieczonych w zakresie kontraktowanych świadczeń.

Istotne były także funkcje kontrolne tego systemu, który pozwala usprawnić i udoskonalić zarządzanie i administrowanie jednostkami służby zdrowia oraz sprawować kontrolę nad prawidłowością wydawania pieniędzy przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.

Wykorzystanie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego

Ważną cechą systemu było oparcie się na Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego jako nośniku danych o pacjencie (w przeciwieństwie do RUM-u książeczkowego). Była to karta wyposażona w elektroniczny układ, w którym w bezpieczny sposób były przechowywane dane o pacjencie. Dostęp do danych zawartych w karcie był możliwy przy wykorzystaniu stanowiska komputerowego wyposażonego w odpowiedni czytnik kart i system START. Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana przez ŚRKCh była dokumentem pozwa-

lającym na zarejestrowanie pacjenta w chwili, gdy rozpoczyna korzystanie z usług medycznych.

Rejestr Usług Medycznych jest systemem informatycznym, który według jednolitych i powszechnie obowiązujących zasad zbierania, przekazywania i przetwarzania danych o zdarzeniach w ochronie zdrowia **umożliwi jednoznaczne i wiarygodne rozliczenia usług medycznych i leków pomiędzy instytucjami finansującymi opiekę medyczną a świadczeniodawcami i aptekami.**

Dzięki dokładnej znajomości rynku usług medycznych oraz konsumpcji leków **miało być możliwe przygotowanie realnych planów zdrowotnych**, jak również miała nastąpić **poprawa dystrybucji środków finansowych** na ich realizację. W wyniku tego planowano osiągnąć możliwie najlepszą dostępność i jakość usług medycznych przy danym poziomie finansowania.

Właściwa opieka medyczna, jaką są zainteresowani zarówno rządzeni, jak i rządzący to cały złożony system, a w nim m.in. wizyty lekarskie, ratownictwo medyczne, recepty, leki, sposób ich rozliczania, refundacje, składki na ubezpieczenie zdrowotne itd., To dotyczy nas wszystkich i chcielibyśmy, aby za pieniądze, które na niego przeznaczamy, system funkcjonował dobrze.

Jednym z istotnych elementów tego systemu miał być RUM. Może zamiast zaczynać od scentralizowanego systemu RUM i pytać „i co dalej”, powiedzieć: „przede wszystkim pacjent”. Może tak udałoby się osiągnąć więcej, szybciej i taniej? Może przy przysłowiowym jednym ogniu uda się upiec dwie pieczenie?

Czy przeciętny Kowalski i jego lekarz mają dzisiaj dostęp do danych medycznych pacjenta? Gdzie są wyniki badań, analiz czy prześwietleń? Jak leki zapisał lekarz, jakie specjalista, które wywołują niepożądane reakcje? Ludzka pamięć jest zawodna, a nie wszystko, co jest zapisane w różnego rodzaju kartach choroby, można odnaleźć. Wiedza o chorobach, tera-

piach i zaleceniach dla Kowalskiego jest rozproszona po wielu różnych lekarzach i placówkach opieki zdrowotnej, które kiedyś odwiedził Kowalski.

Czy system idealny nie powinien wyglądać tak:

- Pacjent może udać się do dowolnego lekarza i dowolnej przychodni.
 - Podczas wizyty lekarz ma dostęp do jego pełnych danych.
 - Pacjent ma dostęp do poświadczeń kompetencji zawodowej lekarza.
 - Recepta jest automatycznie weryfikowana wobec np. uczuleń pacjenta, a recepty długoterminowe pozwalają na regularne wykupywanie leków, bez potrzeby ich ponownego wypisywania.
 - Poza wizytą lekarz ma zapewniony dostęp do archiwum wszystkich swoich decyzji oraz dodatkowo, za zgodą pacjenta, do innych bieżących informacji pozwalających mu na zdalną obserwację procesu leczenia.
 - W sytuacjach krytycznych, dane pacjenta są zapisane na karcie, co daje natychmiastowy do nich dostęp, zarówno załodze karetki, jak i personelowi szpitala docelowego.
 - Podczas wizyty usługodawcy mają dostęp do aktualnego potwierdzenia ubezpieczenia pacjenta zapewniające im zwrot kosztów wyświadczonych usług.
 - Wszystkie świadczenia zdrowotne są automatycznie rejestrowane i to stanowi podstawę do rozliczeń z płatnikiem za świadczenia.
 - Na podstawie baz danych o świadczeniach można dokonywać analiz epidemiologicznych, tworzyć plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych itd.
 - System automatycznie dostosowuje się do zmian organizacyjnych systemu ochrony zdrowia.
 - Najnowsze technologie zapewniłyby danym bezpieczeństwo i prywatność, a sam właściciel miałby do nich dostęp skądkolwiek i kiedykolwiek, na przykład przy pomocy osobistej karty kryptograficznej.
- Czy powyższe to marzenia autorki? Niekoniecznie....

Ewa B. Dębińska

Od 2002 roku istnieje obowiązek wprowadzania rozpoznania medycznego (ICD 10) w zakresie:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- stomatologii,
- diagnostyki i terapii specjalistycznej,
- pomocy doraźnej,
- opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- domowego leczenia tlenem.

Od roku 2004 obowiązuje jednolity system sprawozdawczo-rozliczeniowy w całym kraju. Na terenie województwa śląskiego system ten nosi nazwę Pakiet Świadczeniodawcy. W systemie zbierane są informacje o wszystkich udzielanych świadczeniach zdrowotnych wraz ze skierowaniem i receptą dla wszystkich pacjentów objętych ubezpieczeniem. Wszystkie usługi dokumentowane są na kuponie RUM i wprowadzane do systemu. Na kuponie RUM dokumentujemy, a następnie wprowadzamy do Pakietu Świadczeniodawcy usługi medyczne rozumiane jako fachowe czynności, wymagające określonych działań w kontakcie z pacjentem osoby posiadającej odpowiednie uprawnienia, wykonywanych przy realizacji świadczeń zdrowotnych.

Pakiet Świadczeniodawcy jest elementem systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia, służącym do komunikacji pomiędzy systemem informatycznym na poziomie Oddziału Wojewódzkiego NFZ a świadczeniodawcą posiadającym kontrakt z Funduszem.

RUM idealny? Proszę bardzo.



Czy nam się to podoba, czy nie, coraz więcej danych o nas gromadzonych jest w różnych systemach informatycznych. Rachunki bankowe, prawa jazdy, dowody osobiste, ewidencja działalności gospodarczej, ZUS, KRUS - to tylko najbardziej widoczne wierzchołki gór lodowych, pośród których często stajemy zdezorientowani. Mimo to w końcu przyzwyczajamy się do niezliczonej liczby podpisów, formularzy, zeznań i numerów PIN, których żądają od nas dziesiątki instytucji.

Czy tak musi być? A gdyby całym odwrócić sytuację? Zamiast gromadzić nasze dane w kilkuset różnych bazach, tworzyć skomplikowane systemy dostępu i ochrony, zatrudniać do ich obsługi tysiące firm i ich konsorcjów, można zdecydować się na radykalne rozwiązanie - dane pozostające w gestii nie urzędów i firm, lecz samych obywateli - klientów.

Z pozoru takie rozwiązanie wydaje się co najmniej kontrowersyjne. Czy mając dane we własnych rękach poradzimy sobie z kwestiami bezpieczeństwa i poufności? Wreszcie - czy państwo, obejmujące swoim nadzorem coraz większą sferę naszej prywatności, zgodziłoby się na „oddanie” dostępu do podstawowego źródła informacji o nas? A właściwie czemu nie?

DUŻE, DROGIE I KULAWE

Podstawową wadą funkcjonujących dziś systemów rejestracji i udostępniania różnego rodzaju usług jest to, że jedynie ich niewielka część działa tak, jak się tego spodziewano podczas projektowania, a wiele nie spełnia dużej części pokładanych nadziei. Proces projektowania systemów informatycznych tego rodzaju nie jest łatwą sprawą, dlatego spora część wdrożeń kończy się umiarkowanym powodzeniem, a ponadto co jakiś czas trzeba te systemy usprawniać, poprawiać i pielęgnować, by utrzymać ich funkcjonalność. Oczywiście systemy te nie są wolne od ryzyka zniekształcania danych, także świadomego przez nieuczciwych użytkowników. Kosztują także sporo. Co można zamiast tego?

ZACZAĆ OD ZERA

Załóżmy, że od zera możemy zrealizować projekt systemu usługowego, rejestrującego świadcze-

nie pewnych usług. Niech to będzie - nasz wymyślony, ale spełniający wymogi formalne - rejestr usług medycznych. Weźmy dla przykładu tak prostą usługę jak konsultacja medyczna. W gabinecie lekarskim znajduje się komputer podłączony do Internetu, posiadający dwa czytniki kart z mikroprocesorem, służących jako identyfikator. Lekarz wkłada do czytnika swoją kartę, pacjent swoją, i... zaczyna się magia.

System rozpoznaje obu uczestników i udostępnia lekarzowi dane o pacjencie. Co ważne - dzieje się to tylko wtedy, gdy pacjent upoważni lekarza, przychodnię czy szpital do tego, by dane mogły obejrzeć i ewentualnie uzupełnić. Pacjent też może sprawdzić dane o lekarzu. Dzięki temu wytwarza się zaufanie, potrzebne tak samo jak fachowa pomoc. Po dokonaniu wpisu w trakcie wizyty dane są podpisywane cyfrowo przez obie strony, co stanowi gwarancję, że są prawdziwe. Wpisów nie można usunąć - to daje gwarancję, że nikt niepowołany, nawet gdyby włamał się do bazy, nie wpłynie negatywnie na jej zawartość. Dodatkowych funkcji kontrolujących i wspierających to, co robi lekarz, może być mnóstwo, jak choćby automatyczna kontrola, czy na przepisywany lek nie pacjent nie jest aby uczulony. Po skończonej wizycie pacjent udaje się do apteki - ze swoją kartą - i tam sytuacja powtarza się; razem z aptekarzem wkładają swoje karty do czytnika, wszystkie informacje dotyczące recepty są dostępne dla obu stron, lekarstwa i instrukcje zostają wydane.

SKĄD TE DANE?

Gdzie są dane, na których pracowali lekarz i aptekarz podczas tego wymyślonego przykładu? Otóż dane te znajdować się mogą

gdziekolwiek, byle był do nich stały szyfrowany dostęp za pośrednictwem np. internetu. Optymalnie byłoby zgromadzić dane w centralnej bazie, by obniżyć koszty obsługi informatycznej.

Kluczem do zaszyfrowanych danych jest właśnie karta z mikroprocesorem i niewielki program na komputerze, z którego korzystamy. Istotą poszczególnych transakcji - krótkotrwała wymiana danych o pacjencie i zaleconym leczeniu. Zalety takiego rozwiązania są oczywiste: pełna poufność danych o pacjencie przy jednoczesnym dostępie do tych informacji przez osoby upoważnione oraz brak możliwości manipulowania danymi, co ma ogromne znaczenie w sytuacji kryzysu finansowego.

Ponadto funkcje takiego systemu mogłyby znacznie wykraczać ponad to, co zostało zasygnalizowane wyżej. Przecież bazy tego rodzaju, do których dostęp ma upoważniony obywatel posiadający kartę i odpowiedni lekarz czy urzędnik, mogłyby obsługiwać cały system ochrony zdrowia. Ich funkcje można wyobrazić sobie szeroko, od autoryzacji wszelkich świadczeń medycznych po naliczanie kosztów usług medycznych. Zniknąłby problem bezpiecznego i uciążliwego przechowywania dokumentacji medycznej. Usługi medyczne mogłyby być rzeczywiście odmiejscowione, a dostęp do danych pacjenta podążałby wraz z nim, zapewniając bezpieczeństwo np. w razie wypadku.

Najważniejsze jednak jest to, że według ostrożnych szacunków koszt miesięcznej obsługi na każdego pacjenta takiego rozwiązania byłby porównywalny np. z ceną biletu tramwajowego. To jednak nie koniec. Ponieważ jest to koncepcja dostosowująca się do potrzeb i liczby użytkowników, można wy-

obrazić sobie, że w system będzie obsługiwać także inne funkcje służb publicznych i instytucji prywatnych, jak Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców, administracja dowodami osobistymi, paszportami czy nawet kartami bankowymi, administracja celna i skarbową, rynek nieruchomości, ubezpieczenia społeczne, sprawy obronności, wybory, i dziesiątki innych.

Oczywiście - w naszym kraju to tylko pomysł rewolucyjny, ale w wielu krajach mających zaawansowaną strukturę teleinformatyczną coraz częściej mówi się, że warto pomyśleć o tańszym systemie, który jednocześnie dawałby większą integrację i możliwość wymiany danych. Pewną przeszkodą pozostaje jednak fakt, że wiele kolejnych rządów wydało już sporo pieniędzy na budowę tradycyjnych, rozproszonych rozwiązań, a wytłumaczenie wyborcom konieczności poniesienia dodatkowych nakładów jest zawsze trudne.

TO JEST MOŻLIWE

Podsumowując, warto zauważyć, że nowo uchwalona ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stwarza szansę na to by, przewidziana w art. 49 Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego będąca jednocześnie Europejską Kartą Ubezpieczenia Społecznego i Zdrowotnego zapewniła pacjentom obsługę niemal idealną.

Ponieważ rozwiązania te są technologicznie już dziś absolutnie możliwe, powstaje pytanie czy dostrzega się tę szansę i rozważa jej zastosowanie? Czy elektroniczny system obsługi NFZ będzie przyjazny i umożliwi odniesienie korzyści nie tylko w skali państwa (np. będzie przeciwdziałać zjawisku wyłudzenia finansowania świadczeń itp.), ale i dla samego pacjenta. Takie rozważania na konferencji „Człowiek i komputer” (Gdańsk IX 2004) snuł Bogdan Trzonek, Z-ca Dyrektora Departamentu Informatyki i Łączności NFZ. Teza ta spotkała się z autentyczną aprobatą uczestników. Dyskusja trwała bardzo długo.

Jacek Drzewiecki

MONITOROWANIE USŁUG MEDYCZNYCH W OPOLSKIM ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ

System Rejestru Usług Medycznych (RUM) funkcjonujący na Opolszczyźnie jest narzędziem, dzięki któremu można dokonać rozliczenia za wykonane usługi medyczne z NFZ, analizy trendu, ocenić stan epidemiologii i zachorowalności danej populacji, szacować wielkość i rodzaj usług medycznych oraz planować finansowanie świadczeń medycznych.

RUM jest złożonym przedsięwzięciem informatycznym, ale podstawowym dokumentem systemu RUM jest papierowa (!) książeczka usług medycznych, której posiadaczem jest ubezpieczony. Składa się ona z części stałej i części wymiennej.

Część stała - przeznaczona jest na stałe informacje o pacjencie (dane osobowe, ważne informacje o stanie zdrowia, chorobach przewlekłych, szczepieniach itp.)

Część wymienna - to karnet z 20. spersonalizowanymi kuponami. Personalizacja kuponu polega na nadrukowaniu na nim danych osobowych pacjenta oraz kodu paskowego - unikalnego identyfikatora kuponu - zawierającego PESEL pacjenta, numer województwa, numer biura RUM wydającego książeczkę, nr kuponu i nr karnetu. Kupon jest nośnikiem informacji o zlecanych i wykonywanych usługach medycznych. Kupon jest dokumentem uniwersalnym, zastępuje skierowanie do specjalisty, na badania diagnostyczne, może służyć jako recepta lub zlecenie na środki pomocnicze i ortopedyczne, będąc jednocześnie dla realizującego usługę potwierdzeniem jej wykonania.

W województwie opolskim terenowe RUM-y funkcjonują przy ZOZ-ach, a Wojewódzki RUM stał się jednostką Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewódzki RUM nadal pełni rolę koordynatora systemu rejestracji usług i jest odbiorcą informacji o usługach dostarczanych przez Terenowe RUM-y. Terenowe RUM-y działają nie tylko na rzecz ZOZ-ów, których są jednostkami organizacyjnymi, ale także na rzecz innych zakładów publicznych i niepublicznych posiadających kontrakty z NFZ. Wszystkie zakłady bowiem zostały zobowiązane w umowach z NFZ do wypełniania kuponów RUM dla zakontraktowanych usług.

System RUM funkcjonujący na terenie województwa opolskiego jest etapem do bardziej zaawansowanego systemu opartego na elektronicznych kartach ubezpieczenia zdrowotnego. Przedsięwzięcie to wymaga znacznie większego zaangażowania pod względem informatycznym.

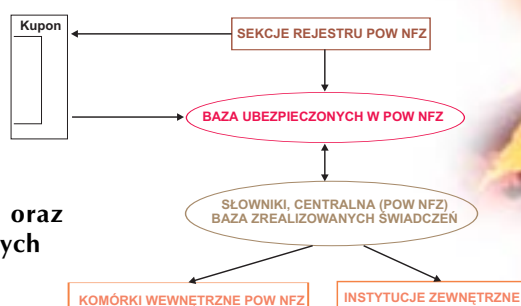
Opracowała **Elwira Bielak**,

p.o. rzecznika prasowego Opolskiego OW NFZ
na podstawie prac Barbary Tomaszewskiej i Dariusza Ogórka- specjalistów z Sekcji ds. RUM OOW NFZ

RUM na POMORZU

Początki funkcjonującego obecnie w województwie pomorskim systemu rejestru usług medycznych (RUM) sięgają 1997 roku. Wówczas to rozpoczęto wyposażanie mieszkańców w książeczki RUM, będące dokumentami zarówno potwierdzającymi ubezpieczenie, jak i umożliwiającymi kontrolę świadczeń medycznych.

Kupon obowiązujący w Pomorskiem książeczki RUM jest uniwersalnym dokumentem służącym ewidencjonowaniu zleconych i zrealizowanych świadczeń zdrowotnych opłacanych przez NFZ. Strona książeczki wykorzystywana może być również przez lekarza jako recepta. Informacje gromadzone w oparciu o kupony z książeczek są przetwarzane przez świadczeniodawców oraz apteki, a następnie przekazywane w formie elektronicznej do bazy danych w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.



Rys. Organizacja systemu oraz sposób przekazywania danych