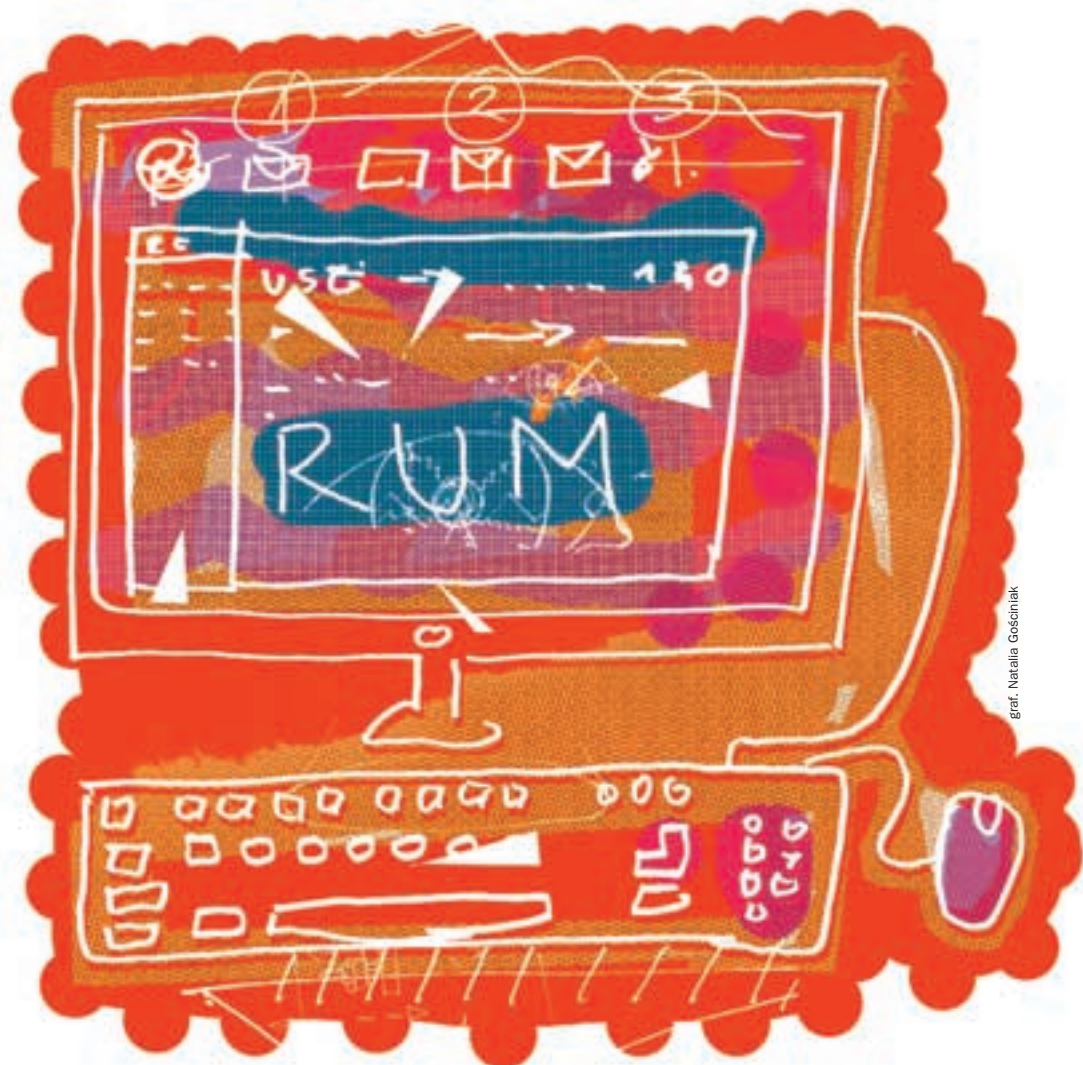


Rejestru Usług Medycznych nie będzie jeszcze długo



Rejestr Uników Medycznych

Jacek Szczęsny

Od chwili powstania idei Rejestru Usług Medycznych Polska straciła 42 mld zł, a zapowiada się, że stracimy kolejne 6 mld zł. Stan prac nad Rejestrem Usług Medycznych najlepiej oddaje rządowa strona internetowa www.rum.gov.pl. Najnowsza (!) informacja w rządowym portalu została zamieszczona 19 lutego 2004 r. Co to może oznaczać? Odpowiedź jest jedna: tocząca się dyskusja o tworzeniu RUM-u to kolejna polityczna fikcja i *mydlenie oczu* sponiewieranych pacjentów oraz lekceważenie specjalistów naprawdę zainteresowanych uporządkowaniem polskiego rynku medycznego.

– W mojej ocenie prace nad tworzeniem RUM-u zostały zamrożone w oczekiwaniu na wybory. Efektem takich działań ma być scedowanie odpowiedzialności za utworzenie rejestru na następną ekipę rządzącą. To smutne i żalosne, ale wg mojego rozeznania taki jest obecny stan – stwierdza Andrzej Sośnierz, były szef Śląskiej Kasy Chorych, obecnie dyrektor Śląskiej Opieki Medycznej.

Resortowe wodolejstwo

Andrzej Sośnierz był jednym z członków zespołu ekspertów powołanych przez Jerzego Millera, szefa NFZ, do stworzenia założeń systemu Rejestracji Usług Medycznych. Efektem prac zespołu były wytyczne, które tworzyły koncepcję RUM-u. Problem w tym, że zaraz potem prace nad RUM-em przejęli eksperci ministra zdrowia. – Ten zespół opracował dokument, którego treść można podsumować jednym

» Andrzej Sośnierz:

– Prace nad tworzeniem RUM-u zostały zamrożone w oczekiwaniu na wybory. To smutne i żalosne »



foto. Agencja AGORA

słowem: wodolejstwo. Jest w nim mowa o tym, że należy dyskutować, analizować i zachęcać. Brakuje natomiast konkretów – dodaje Andrzej Sośnierz.

To jednak kolejny głos ekspertów, którzy są przychylnie nastawieni do tworzenia RUM-u. – W ciągu kilkunastu lat pracy nie spotkałem na rynku opieki zdrowotnej ani jednej osoby, która byłaby przeciwna wdrożeniu Rejestru Usług Medycznych. Wszyscy są za – stwierdza Krzysztof Groycki, były dyrektor generalny Sektora Zdrowie ComputerLandu, firmy, która wraz z Prokomem była najbliższym podpisania kontraktu na utworzenie rejestru.

Skoro wszyscy są za, dlaczego ostatecznie okazuje się, że większość jest przeciw, a RUM-u ciągle nie ma?

Unijny RUM

Rejestry usług medycznych ma większość cywilizowanych krajów na świecie. W Stanach Zjednoczonych osiągnięto taki poziom transparentności, że pacjent

Programowy chaos

Rozmowa z dr. inż. Zygmuntem Kamińskim, dyrektorem naczelnym Przedsiębiorstwa Informatycznego Kamssoft



foto. Archiwum

O konieczności wprowadzenia RUM-u mówi się w Polsce od ok. 14 lat. Jakie podstawowe przeszkody stały na drodze wprowadzenia tego systemu informatycznego?

Należy rozróżnić filozofię RUM i jego zasady działania sprzed 13 lat od jego obecnych założeń koncepcyjnych. To dwa odrębne technicznie systemy informatyczne. Pierwszy oparty był na dokumentach papierowych i specjalnych biurach RUM, których zadaniem była zamiana papierowej formy informacji na informację elektroniczną. Obecny RUM to daleko posunięta elektronizacja i standaryzacja informacji w miejscu jej powstawania (przychodnie, szpitale, sanatoria, apteki) oraz transfer tej informacji w sieciach rozległych. W obu technicznie odrębnych rozwiązaniach pozostała jedynie wspólna nazwa RUM i koncepcja ewidencji zdarzeń zdrowotnych, a następ-

» Problemem nie jest sposób realizowania koncepcji RUM, lecz brak w kraju jednoznacznych zasad standaryzacji informacji »

nie ich statystyczna analiza i wnioskowanie. Moim zdaniem problemem nie jest sposób realizowania koncepcji RUM, lecz brak w kraju jednoznacznych zasad standaryzacji informacji, objawiający się głównie brakiem odpowiednich baz danych i słowników o zasięgu krajowym, jednoznacznie opisujących opiekę zdrowotną. Głównie chodzi o bazy dotyczące usług medycznych, ponieważ problem identyfikacji leków jest w zasadzie od kilku lat rozwiązany. Inne kraje Europy rozpoczęły informatyzację opieki zdrowotnej od ustawowego wprowadzenia odpowiednich baz i słowników, my tak nie zrobiliśmy i stąd większość problemów. Za czasów kas chorych każda kasa miała wiele własnych słowników usług medycznych wzajemnie nieporównywalnych, co poważnie utrudniało leczenie pacjentów i międzykasowe rozliczanie usług.

Sytuacja zmieniła się radykalnie z chwilą powołania NFZ i rozpoczęcia intensywnych prac nad ujednoczeniem słownika usług medycznych. Dzisiaj taki słownik już jest, co natychmiast zaowocowało poprawą standaryzacji informacji medycznej na obszarze całego kraju oraz dało możliwość porównywania zdarzeń zdro-

wotnych w dowolnych przekrojach czasowych, wiekowych i rodzajowych.

Jakie korzyści przynosi wprowadzenie takiego rejestru?

Jak wynika z opisów koncepcji RUM, ma to być system ewidencyjno-statystyczny, a nie rozliczeniowy. Oznacza to, że zadaniem RUM ma być ujednoczenie informacji medycznej, lepsza kontrola zasadności udzielania świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji precyzyjniejsze wnioskowanie statystyczne na potrzeby kreowania polityki zdrowotnej, budowy planów strategicznych itp. Wynika z tego wniosek, że problem rozliczania refundowanych świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami pozostanie dalej zagadnieniem odrębnym, realizowanym przez NFZ za pomocą obecnych, ewentualnie nieco zmodyfikowanych systemów informatycznych. System RUM, w rozumieniu statystyczno-ewidencyjnym, może być zlokalizowany na poziomie Ministerstwa Zdrowia lub NFZ. Podstawową korzyścią wprowadzenia RUM, o ile nie zostaną zmienione główne idee systemu, będzie uporządkowanie informacji i pełniejsza wiedza o stanie zdrowotnym społeczeństwa, która to wiedza jest podstawą wszelkiego zarządzania i planowania w opiece zdrowotnej. Już dzisiaj wiedza medyczna o świadczeniach zdrowotnych

» Zadaniem RUM ma być ujednoczenie informacji medycznej, lepsza kontrola zasadności udzielania świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji precyzyjniejsze wnioskowanie statystyczne na potrzeby kreowania polityki zdrowotnej »

zgrupowana w bazach danych NFZ osiąga ogromne rozmiary, pozwalające na bardzo głębokie i szczegółowe analizy, wspomagające porządkowanie rynku medycznego i redukcję nieuzasadnionych kosztów. W zasadzie niewiele brakuje, aby obecnie istniejący system informacyjno-informatyczny uznać za odpowiednik RUM, gdyby tylko uporządkować rynek służby zdrowia pod względem legislacyjnym i wprowadzić jednoznaczne procedury postępowania w opiece zdrowotnej. Do tego potrzeba kilkunastu dobrze przemyślanych aktów prawnych, a następnie ich implementacji w systemach informatycznych.

Czy systemy zainstalowane w szpitalach i regionach oraz jednostkach kas chorych (dziś NFZ) – także przez państwa firmę – mogą być przygotowane do współpracy z centralnym rejestrem usług medycznych wprowadzanym przez inne firmy?

Ależ oczywiście. Jeżeli ustalone zostaną zasady komunikacji wzajemnej, interfejsy i formaty wymiany danych, to współpracę można uznać za pewnik. Przecież już dzisiaj wiele różnych systemów informatycznych z aptek, przychodni czy szpitali komunikuje się z NFZ poprzez standardy wymiany informacji określone przez stosowne rozporządzenia. Plany NFZ, idące w kierunku tzw. otwartości systemu, są dokładnym odwzorowaniem idei współpracy każ-

natychmiast po wizycie może sprawdzić przez Internet, na ile lekarz wycenił swoją usługę. Sprawdza to też ubezpieczyciel. Obaj – pacjent i ubezpieczyciel – mają prawo zakwestionować wycenę, jakiej dokonał lekarz. Jak twierdzą specjaliści, to idealny model RUM-u. Idealny dlatego, że kontrolę nad wydatkami sprawują co najmniej 3 podmioty – pacjent, ubezpieczyciel czyli płatnik oraz urzędnik federalny, który również ma prawo wglądu w wyceny procedur medycznych.

Obecny system połączeń komputerowych oraz stosowanych programów jest niemal przygotowany do wprowadzenia podobnego modelu w Polsce. Świadczą o tym programy pilotażowe uruchomione przez ministra Wojciecha Maksymowicza.

» Wojciech Maksymowicz:

– Na podstawie choćby naszych doświadczeń w ciągu 2 lat można stworzyć Rejestr Usług Medycznych »



foto: Piotr Waniorek

– Z Andrzejem Sośnierzem opracowaliśmy standardy, które powinny obowiązywać w systemie informatycznym rejestru. Uwzględniliśmy także wprowadzenie początkowo kart magnetycznych, a potem chipowych. Ale to było dopiero w 1999 r. Przedtem nie dało się tego zrobić, bo istniał dysonans prawny między przegłosowaną w 1997 r. ustawą O ubezpieczeniach społecznych, a starą regulacją o zoz-ach, która nakazywała tworzenie rejestrów przy urzędach wojewódzkich – tłumaczy Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia.

Jak dodaje szef resortu zdrowia w rządzie premiera Buzka: – Obecnie, na podstawie choćby naszych doświadczeń, można w ciągu 2 lat stworzyć Rejestr Usług Medycznych.

Potrzebne są jednak nakłady i wola. Jak jednak wynika z praktyki, w naszym kraju brakuje jednego i drugiego. Trzeba do tego dodać, że niewielu polityków ma świadomość, że kraje Unii Europejskiej czeka niedługo standaryzacja rejestrów usług medycznych. Choćby z tego powodu nie warto rozpoczynać jakichkolwiek prac nad systemem – nie wiadomo, jakie dyrektywy

w jego modelowaniu narzuci Bruksela (dlatego rozmowy o RUM należy traktować jak *mydlenie oczu*). Wstępem do operacji unifikacji krajowych rejestrów jest Europejska Karta Zdrowia – elektroniczna książeczka, która umożliwi korzystanie z usług medycznych we wszystkich państwach UE.

Złudna kontrola

Jednak nawet gdybyśmy chcieli wyjść przed szereg i mimo niejasnej perspektywy unijnych dyrektyw tworzyć RUM, to trzeba by wykonać pierwszy krok. Byłoby nim wydanie 38,6 mln kart wszystkim potencjalnym polskim pacjentom. I tu pojawia się pierwszy, obok kosztu takich kart, problem – jak je rozdystrybuować. Jak wynika z doświadczeń Śląskiej Kasy Chorych, należałoby ponad 38 mln Polaków wezwać do odebrania kart. Roznoszenie ich przez pracowników NFZ byłoby zbyt kosztowne, a przesłanie pocztą to pierwszy wydatek rządu ponad 135 mln zł. Aby RUM zadziałał, każdy z ponad 120 tys. lekarzy (nie licząc przychodni, ambulatoriów oraz wielu innych podmiotów) powinien posiadać czytnik kart. To kolejny wydatek ponad 24 mln zł. Czytnik jednak nie wystarczy. Aby dane zostały przetworzone w sposób czytelny dla rejestru ogólnopolskiego, lekarz musi mieć komputer. Jeśli założymy, że tylko połowa polskich lekarzy nie ma komputerów (oprogramowania nie liczymy), to z budżetu państwa trzeba by wysupłać kolejnych 180 mln zł. Policzymy: już na samym początku trzeba by wydać co najmniej 340 mln zł.

Do tej kwoty należy doliczyć koszty oprogramowania oraz wydatki na krok drugi – koszty instalacji regionalnych serwerów oraz agregatów w centrali, które przetwarzałyby dane o 1,5 mld zdarzeń medycznych. Jednak nawet gdybyśmy się na ten wysiłek zdobyli, to kontrola wydatków, która jest celem każdego rejestru, i tak byłaby złudna. Doświadczenia amerykańskie pokazują bowiem, że nie ma lepszej kontroli od tej, którą sprawują nie urzędnicy, a społeczeństwo obywatelskie. W USA jest to możliwe, bo z Internetu korzysta 214 mln obywateli (na 250 mln mieszkańców kraju). W niemal 40-milionowej Polsce z sieci korzysta tylko co czwarty obywatel.

Mimo wymienionych przeciwności specjaliści twierdzą, że nawet dziś można wprowadzić namiastkę RUM-u. Oddziały NFZ są połączone z Centralnym Wyka-

dego z każdym. Rozwinięciem tej koncepcji będzie opracowanie i upublicznienie tzw. interfejsów wymiany danych, co zapewni możliwość współpracy z każdym systemem informatycznym wytworzonym przez dowolną firmę.

Czy nie jest paradoksem, że wiele szpitali zostało zainformatyzowanych, a nie mamy dotychczas systemu ogólnopolskiego – może panujący chaos odpowiada niektórym grupom (jakim?) działającym na rynku medycznym?

Jest ogólnie wiadome, że systemy informatyczne porządkują informację i pozwalają na jej globalną analizę, co z kolei pozwala na wykrywanie wielu pozytywnych, ale także negatywnych zjawisk w opiece zdrowotnej, których wykrycie z lokalnego poziomu jest często niemożliwe. W konsekwencji możliwe jest analizowanie stanów krytycznych oraz szeroko rozumiana optymalizacja procesów pod względem organizacyjnym, ale również pod względem finansowym. Jeżeli takie działania naruszają korzystny dla kogoś istniejący stan rzeczy, to hipoteza o wyższości chaosu nad uporządkowaniem jest jak najbardziej prawdopodobna. Będą w takiej sytuacji grupy nacisku, wstrzymujące wszelkie działania porządkujące rynek opieki zdrowotnej.

Gra w kulki

Rozmowa
z Sebastianem Błażniakiem,
dyrektorem sektora
medycznego firmy Alma



for: Archiwum

Dlaczego jako jeden z ostatnich krajów w Europie nie mamy jeszcze Rejestru Usług Medycznych?

Za główną przyczynę należy chyba uznać liczebność podmiotów zaangażowanych w realizację tego projektu. A może bardziej fakt, że o ile ich cele w sensie globalnym i ideologicznym są zbieżne, o tyle w aspekcie partykularnych interesów sytuacja ma się zgoła odmiennie. Do dzisiaj mamy absurdalny nieporządek w zakresie sprawodawczości świadczeń medycznych, gdzie zaangażowani są tylko świadczeniodawca i płatnik. Jeśli do tego *koktajlu* dołożymy chociażby tylko świadczeniobiorców oraz apteki, już robi się gorąco, a beneficjentów tego systemu jest o wiele więcej.

Kto powinien realizować taki system?

Wydaje się, że nie powinno się realizować tego przedsięwzięcia ze z góry określonymi wykonawcami. Mimo powszechnej krytyki zamó-

wień publicznych na systemy informatyczne, nie należy, jak się wydaje, dążyć do zaprzestania ich organizacji. Chyba że wynik jest z góry ustalony, co w przypadku tego postępowania zapewne miałyby miejsce, więc może nie trzeba żałować, że go zaniechano. Swoją drogą ciekawe, czy ktoś pokusił się o analizę, jakie skutki będzie miał tak daleko idący monopol w sferze realizacji systemów informatycznych dla sektora zdrowia. Będziemy mieli bowiem do czynienia z sytuacją, w której większość systemów szpitalnych (HIS) i systemów dla NFZ dostarcza jedna firma, która najprawdopodobniej będzie także wykonywać system RUM. Powstanie nowy podmiot, posiadający dostęp do wszystkich najbardziej krytycznych danych pacjentów oraz instytucji ochrony zdrowia w Polsce

Czy można zbilansować korzyści wynikające z wprowadzenia rejestru?

Wprowadzenie RUM-u z pewnością przełoży się na oszczędności dla całego systemu. Przy pewnym zastrzeżeniu – że koszt wykonania, a następnie utrzymania systemu informatycznego nie będzie porównywalny z zyskami z tytułu jego wdrożenia. Koszty utrzymania systemów nie są już najczęściej podawane opinii publicznej, a jakie są to kwoty, można się było przekonać, gdy pojawiły się informacje o systemie dla ARiMR. Jeżeli weźmiemy pod uwagę ogromne ryzyko niepowodzenia realizacji projektu w tak dużej skali, następnie doliczymy 300 mln dolarów na jego wykonanie i zapewne niebagatelną kwotę na jego utrzymanie, to być może decyzja o wstrzymaniu przez ministra ostatniego projektu, przygotowanego w takiej, a nie innej formie, nie będzie dziwić.

Czy systemy zainstalowane w szpitalach i regionach oraz jednostkach kas chorych (dziś NFZ) – także przez państwa firmę – mogą być przygotowane do współpracy z Centralnym Rejestrem Usług Medycznych wprowadzanym przez inne firmy?

Systemy zainstalowane w szpitalach pod względem technologicznym są w pełni przygotowane do wymiany danych z systemem RUM czy jakimkolwiek innym.

Czy nie jest paradoksem, że wiele szpitali zostało z informatyzowanych, a nie mamy dotychczas systemu ogólnopolskiego – może panujący chaos odpowiada niektórym grupom (jakim?) działającym na rynku medycznym?

Należy przede wszystkim zadać sobie pytanie, jaki jest stopień informatyzacji szpitali w Polsce. Niestety, statystycznie, oprócz części ADT i Apteki (notabene najczęściej niedającej się z przyczyn organizacyjnych wdrożyć na oddziałach w wielu szpitalach Apteczki Oddziałowej) oraz kilku modułów administracyjnych nie ma innych systemów informatycznych w szpitalach. Czy zatem nie jest ryzykowne określenie *z informatyzowane* użyte w pytaniu? Osobiście uważam, że to bardzo dobrze, że, póki co, szpitale mają jeszcze suwerenność w wyborze dostawcy systemu HIS. Natomiast, jak wspominałem wcześniej, nic nie stoi na przeszkodzie, aby systemy te wymieniały dane z jakimś ogólnokrajowym rozwiązaniem informatycznym. A jeżeli pyta pan, dlaczego takowego jeszcze nie ma, to odpowiedź zawarta jest w pytaniu – może panujący chaos odpowiada niektórym grupom działającym na rynku medycznym.

Rozmawiał JS

zem Ubezpieczonych oraz z centralą i niejako *post factum* sprawozdają dane o kosztach wykonanych usług medycznych. Umiejętne wykorzystanie tej infrastruktury pozwoliłoby na kontrolę wydatków polskiej służby zdrowia. Tu jednak następuje zderzenie z potężnym lobby dyrektorsko-profesorskim, które trzyma w rękach najbardziej kapitałochłonne szpitale. Aby przebić ten mur, trzeba wielkiej odwagi politycznej, a tej w naszym kraju zawsze brakowało.

Tymczasem choćby namiastka RUM-u jest niezbędna, bo na jego braku polski system ochrony zdrowia traci rocznie 3 mld zł. ■

RUM jak Lenin

Gdy na Śląsku stworzono pierwszą regionalną sieć Rejestru Usług Medycznych, natychmiast zaczęto wykrywać oszustwa lekarzy. Jak stwierdził Andrzej Sośnierz: – *Zdarzało się, że na karcie chipowej pacjenta tego samego dnia, o tej samej porze rejestrowaliśmy pobyt w sanatorium nad morzem i u lekarza rodzinnego w Katowicach. Były też kurioza w postaci rejestrowania zabiegów wypełniania mlecznych zębów u ponad 70-letnich osób.*

Jak oceniają specjaliści, oszczędności z wynikające z wprowadzenia Rejestru Usług Medycznych mogłyby wynosić rocznie ok. 3 mld zł. Oznacza to, że od 1991 r., gdy pierwszy raz zaczęto mówić o konieczności jego wprowadzenia, polski system ochrony zdrowia stracił 42 mld zł, czyli równowartość ok. 25 proc. rocznego budżetu państwa. Po upadku stoczni, zamknięciu kopalni i prywatyzacji hut, 32 mld zł budżetu NFZ to jeden z ostatnich państwowych funduszy, z których można coś wyrwać dla siebie, swojej partii i grona osób zainteresowanych panującym chaosem. To jedyne racjonalne wytłumaczenie tego, że od 14 lat system pozostaje niezrealizowany. *RUM wiecznie żywy*, takie hasło można nadać tej idei, która potrafiła przeżyć już 19 ministrów zdrowia III Rzeczypospolitej.