

Dr. Boris Kravanja
Skupnost zdravstvenega zavarovanja, Ljubljana

Avtomatska obdelava receptov v Sloveniji*

Ko je Medicinski svet kliničnih bolnic konec leta 1971 na svoji seji obravnaval poročilo, ki ga je predložila skupina za zdravstveno varstvo strokovne službe zdravstvenega zavarovanja Ljubljana s strokovno analizo nekaj tisoč receptnih obrazcev — ki so jih v letu 1971 izpolnili zdravniki na območju ljubljanske skupnosti zdravstvenega zavarovanja, je v svojih zaključkih jasno postavil zahtevo po čim pogostnejših in še natančnejših informacijah o kvaliteti potrošnje zdravil pri nas.

Skupina — takrat še zanesenjakov — si je v letu 1972 ogledala realizirane podobne zamisli v sosednjih državah in v Zahodni Nemčiji. Povsod je bila ugotovljena ista želja, le z različnimi zahtevami, ki naj jih izpolni strojna obdelava receptov. Ponekod je prevladala zahteva lekarniške službe in obdelujejo podatke predvsem za njihove potrebe, drugod pa so deloma zahtevali podatke — bodisi za strokovno, bodisi za finančno informacijo posameznih združenj ali socialnih zavarovanj. Ker pa imajo povsod več ločenih zavarovanj, seveda niso dobivali in ne dobivajo kompleksnih podatkov o potrošnji zdravil.

Tako je bilo kaj kmalu povsem jasno, kolikšno prednost imamo pri nas v SR Sloveniji, kjer imamo pravzaprav že popolno nacionalno zavarovanje, čeprav še ločeno v devetih skupnostih zdravstvenega zavarovanja. Ker je zahteva po čim večji enakosti pravic do zdravstvenega zavarovanja v SR Sloveniji v naši družbi že dolgo prisotna, se je sama od sebe vsiljevala misel, da bi z enotnim receptnim obrazcem, enakim pravilnikom vseh skupnosti zdravstvenega zavarovanja o predpisovanju in izdajanju zdravil in enaki participaciji zdravila v celi republiki lahko »prebili zid« pri realizaciji zgoraj navedene zahteve.

Zakaj se je lotila te zahtevne naloge ravno strokovna služba zdravstvenega zavarovanja? Odgovor je enostaven: pri strokovnih službah se sistematično zbirajo vsi recepti, ki so tako v celoti na razpolago strojni obdelavi. Drugi, za zdravstveno zavarovanje in samoupravo v njem ravno tako važen vzrok pa je ekonomska stran potrošnje zdravil. V zvezi s tem bi navedli samo nekaj podatkov:

1. V letu 1973 bomo — po predvidevanjih — za vsa izdana zdravila v Sloveniji porabili nekaj nad 41 milijard starih dinarjev, medtem ko bomo za financiranje celotne osnovne zdravstvene službe (vsi zdravstveni delavci, materialni stroški, razni prevozi itd.) porabili okoli 39 starih milijard. Ali če pokažemo na strukturni odnos: v strukturi zdravstvenega dinarja (100) porabimo za zdravila (podatki za 1. 1972) 16,9%, za osnovno zdravstveno službo pa 16,4%.

* Zdravstveno varstvo št. 11/12 l. 1973

2. V povprečju porabi vsak zdravnik v Sloveniji (okoli 2000) letno za zdravila ca. 20 starih milijonov dinarjev, medtem ko on sam s svojo ekipo obremeni zavarovanje v povprečju z nekaj nad 10 starimi milijoni din.

3. Struktura potrošnje zdravil v drugih evropskih državah se giblje okoli 10% — Anglija 9,7% (National Health Service, vol. 208/1972).

Na dlani je torej, da je tako kvantitativna kakor tudi kvalitativna potrošnja zdravil pri nas v zadnjih petih letih naraščala absolutno nesorazmerno. V zadnjih petih letih so se namreč izdatki za zdravstveno varstvo povečali za 277,7%, medtem ko je potrošnja zdravil narastla za 309,4%.

Taki podatki pa niso nekaj posebnega, kar bi ugotavljali samo pri nas. To je poseben problem v skoraj vseh evropskih državah. Svetovna zdravstvena organizacija je v zadnjih desetih letih organizirala nekaj mednarodnih simpozijev o temi potrošnje zdravil (Oslo 1968, London 1969, Heidelberg 1972), kjer so medicinski strokovnjaki celega sveta obravnavali ta pojav čezmerne potrošnje zdravil in ga obravnavali z dveh vidikov:

a) strokovno medicinski aspekt — vedno več podatkov se kopiči o dejstvu, da nekontrolirana potrošnja zdravil v svojem zdravilnem učinku lahko pomeni nevarnost za zdravje posameznika določene skupnosti in prek njega postaja problem nacionalnega zdravja. Tako so na evropskem simpoziju »klinično-farmakološka evalvacija v kontroli zdravil« (Heidelberg, nov. 1972) ugotovili, da lahko računamo, da pri 8 in celo do 50% vseh hospitaliziranih bolnikov prihaja do nezaželenega delovanja zdravil in da celo ena sedmina vseh bolniških dni odpade na »hrbet« nezaželenega ali strokovno neutemeljenega predpisovanja zdravil nasploh. V zvezi s tem je zanimiva ugotovitev angleškega znanstvenika Brodieja, ki je na osnovi analize 250.000 receptov postavil naslednji zaključek: »Kolikor višja je strokovna raven zdravnika in kolikor celovitejša je njegova orientacija proti pacientu kot osebnosti, toliko manjši je kvantum predpisanih zdravil vseh vrst.«

Z drugimi besedami povedano pomeni to, da je uveljavljanje določene strokovne doktrine pri zdravljenju naših bolnikov odvisno predvsem od tistega, ki je v neposrednem kontaktu z njim — torej zdravnika. Ta pa naj pri svojem vsakdanjem delu čuti pomoč stroke in njenih najvišjih in najkvalitetnejših predstavnikov.

To pomeni v potrošnji zdravil uporabo najsodobnejših metod — računalniške obdelave podatkov prek optičnega bralca, in zato tehnično zanj enako oblikovane podatke. Povezava neposredne medicinske operative prek strokovnega vrha z natančno postavljenim sistemom elektronske obdelave pa pomeni tisto sožitje, ki daje vse pogoje za uspešno delo. Tako je univ. profesor dr. Bojan Pirc v svojih razmišljanjih pred začetkom III. kongresa slovenskih zdravnikov v Ljubljani 1972. leta zapisal med drugim: »Če so informacije, ki jih vložimo v računalnik, nepopolne, netočne, pomanjkljive ali celo napačne, bo tudi informacija, ki jo dobimo iz računalnika, takšna, in to ne glede na dovršenost računalniškega sistema, s katerim delamo.« Sploh je III. kongres slovenskih zdravnikov ravno o temi: »računalniki v medicini in zdravstvu« povedal vrsto stvari, ki so pripravljale pot najprej zamisli, sedaj pa že realizaciji projekta AOR (avtomatske obdelave receptov).

Obdelava podatkov v medicini tudi pri nas ni nova stvar. Tako beležimo začetke avtomatske obdelave raznih podatkov na ljubljanski ginekološki kliniki že pred 13 leti in sedanji predstojnik prof. dr. Draško Vilfan je ravno za že omenjeni kongres zapisal: »Če bi se vse zdravstvene ustanove s svojimi terminali vključile v enovit računalniški sistem, bi dobili možnost kar se da

natančnega ter hitrega nadzora, načrtovanja in predvsem financiranja javnega zdravstva».

Za realizacijo pripravljeni projekt AOR lahko štejemo za začetek avtomatske obdelave podatkov v medicini in zdravstvu na področju SR Slovenije. Danes so to podatki iz potrošnje zdravil, jutri jim bodo sledili na isti način obdelani podatki v zobozdravstvu ipd.

Osebnostni faktor pri projektu je izredno pomemben. Priznani strokovnjaki ugotavljajo namreč, da je »računalnik samo ubogljiv in predvsem zelo hiter idiot, ki zato zmore obdelati velike množine podatkov po strogih in natančnih navodilih človeka«. Računalnik opravi delo zelo hitro, vendar »brez glave« — zato mu moramo »z glavo« preskrbeti predvsem točne in zanesljive podatke, ne pa namesto iz zdravstvene knjižnice izpisanega podatka telefonsko številko, ki nam ravno pride na misel, kakor se je zajedljivo izrazil znan ljubljanski zdravnik, ko je opredelil svoj odnos do opisane projekta.

Letno popišemo v Sloveniji nad 8 milijonov receptnih obrazcev. Če jih želimo obdelovati enotno in centralno, moramo za to pripraviti tem zahtevam primerno novo obliko receptnega obrazca. V enotnem obrazcu je treba zaobjeti vse potrebe tehnike, funkcionalnosti in primernosti za vsakdanjo uporabo. Oblika in vsebina obstoječega obrazca ni dokončna, ker bi to bilo nelogično glede na razvoj znanosti, tehnike in zahtev, ki se bodo pojavljale v bodočnosti.

Zagotovo pričakujemo celo, da bomo v prihodnosti lahko vsebino poenostavili, tako da bo za tehnično pripravo receptnega obrazca, kakršen mora biti za mehanografsko obdelavo, treba manj časa, kakor ga zdravnik ali farmacevt porabita sedaj. Možnosti za uvajanje enkratne matične številke zavarovanca, šifranta zdravil po kvalitetni sestavi (galenska oblika, skupina, podskupina) ter končno celo šifranta zdravil za uporabo zdravstvenemu delavcu pomenijo racionalizacijo celotnega postopka v zvezi z izpolnjevanjem receptnega obrazca. Menimo celo, da bomo z uvajanjem projekta AOR na neki način od vseh prizadetih izsilili, da čimprej dokončajo začeto delo ali pa pripravijo in izpeljejo že postavljene predloge za poenostavitev.

Projekt AOR so obravnavale in tudi sprejele praktično vse institucije v republiki, ki so dolžne ukvarjati se s problemi organizacije zdravstva v Sloveniji. Projektu so dale veljavo in ga po direktorjih strokovnih služb podprle tudi vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja v SR Sloveniji.

Prav gotovo je, da bo subjektivni faktor posameznika ali skupine lahko zaviral in oteževal ali za določeno dobo celo onemogočal celovito izpeljavo projekta tudi po večmesečni poskusni dobi »obratovanja«. V tej poskusni dobi namreč bo tehnična služba sama ugotavljala napake, optični bralec bo »metal« napačno izpolnjene recepte »ven« in jih »ne bo hotel brati«. Ekipe bodo prizadete opozarjale na napake, pri čemer pa pod nobenim pogojem ne sme biti prizadet bolnik, zavarovanec, da bi ga pošiljali nazaj iz lekarne k zdravniku, ali podobno. Ko bo ugotovljeno, da ni nobene ovire več, da pridemo na »redno« obratovanje, se bomo morali dogovoriti za primeren način sodelovanja, s katerim bomo sproti odpravljali napake.

Za zaključek: če smo se načelno odločili, da projekt pomeni napredek tako v strokovnem kakor tudi v ekonomskem smislu, potem naj nam ne bo žal objektivnih kritik na »dnevne« napake in naj nam ne bo žal časa za svetovanje kakršnegakoli izboljšanja v funkcionalnosti projekta AOR. Vsak dobronamerni predlog ali pripomba pa bosta pomagala pri izpeljavi te za naše zdravstvo tako pomembne naloge.