

Jednorodne Grupy Pacjentów na Dolnym Śląsku – próba rekonstrukcji

Historia polskiej wersji Jednorodnych Grup Pacjentów rozpoczęła się już w roku 1999 – to właśnie w tym czasie zespoły nadzoru merytorycznego wraz z właściwymi pracownikami medycznymi ówczesnej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – Dolnośląskiej Kasy Chorych – wykorzystywały doskonałe narzędzie weryfikacji, czyli potwierdzania zasadności realizacji hospitalizacji do polskich warunków – najbardziej rozpowszechniony wówczas system, stworzony w USA (*Diagnosis Related Groups*), któremu zwyczajowo przydaje się polską nazwę Jednorodne Grupy Pacjentów.

Ówczesna sytuacja szpitali Dolnego Śląska jest zbyt szeroko opisywana w prasie fachowej, by ją tu przytoczyć; ważne, że trzeba było przyjąć taki sposób finansowania świadczeń, by tej szpitalnej bazy nie zniszczyć. Jednym z pomysłów – z dzisiejszej perspektywy – było finansowanie wszystkich zrealizowanych świadczeń (pojęcie limitów po prostu nie istniało), z uwzględnieniem oczywiście ich zgodności z zapisami umowy. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych nie mogła pozwolić sobie na finansowanie świadczeń realizowanych pacjentom znajdującym się w bazie zgonów bądź wówczas, gdy hospitalizacja trwała w czasie innej.

We Wrocławiu podstawowym kryterium wpływającym na poziom finansowania świadczeń była liczba łóżek szpitalnych, spełniających odpowiednie wymogi. Przyjęcie takiej strategii kontraktowania nie tylko spełniało odpowiednie standardy, ale także w naturalny sposób kierowało ruch migracyjny pacjentów. Oczywiście, jak w każdej sytuacji związanej z systemem ochrony zdrowia, nic nie da się sztywno ograniczyć zapisami umowy – przykładem jest wrocławska klinika neurochirurgii, której pacjenci byli często obserwowani w pobliskiej klinice neurologii – i w tym przypadku Kasa zrezygnowała z formalistycznego trzymania się zapisu o czasie pobytu – jednym z wyznaczników uznania hospitalizacji. W oczywisty sposób system ten nie przystawał do polskich realiów – rozbudowana baza, szpital jako największy bądź jedyny pracodawca itp.

Pamiętajmy, że wówczas nikt nie sądził się, że pojawi się mityczne zjawisko pod nazwą *gruper*, i większość kwalifikacji hospitalizacji wykona za nas. Zresztą, nawet gdyby się pojawiło, niekoniecznie miałyby co weryfikować. Z natury rzeczy każdy hospitalizowany przypadek jest niezwykle zróżnicowany i konia z rżędem temu, kto w krótkim czasie stworzy homogeniczne, racjonalne, ekonomiczno-medyczne przypadki.

Artykuł ten nie ma być panegirkiem na cześć stworzonego we Wrocławiu systemu, lecz raczej próbą wskazania, że wprowadzenie Jednorodnych Grup Pacjentów jest możliwe, wykonalne i słuszne, biorąc pod uwagę, że bardzo szczupły zespół pracowników, pozbawiony w praktyce na początku potężnego zaplecza informatycznego, w 2000 r. na Dolnym Śląsku stworzył stosunkowo silnie rozwinięty system Jednorodnych Grup, na który składały się:

- Jednorodne Grupy Pacjentów,
- Jednorodne Grupy Świadczeń,
- Jednorodne Grupy Chemoterapii,
- Jednorodne Grupy Hospitalizacji (tak roboczo określano świadczenia realizowane na oddziałach rehabilitacyjnych).

Dojście do skonsolidowanego, spójnego systemu trwało 3 lata. Wsparciem technicznym była obsługująca nas firma, która oprócz stosunkowo prostego przeniesienia zasad finansowania DRKCh, stawiała mnóstwo pytań, które dotyczyły bezpośrednio konkretnych sytuacji rozliczeniowych. Pamiętamy, że początek Kasy to ręczna weryfikacja raportów przez część medyczną personelu w najprostszym z narzędzi – MSExcel. Dziś niewielu chce wierzyć, że weryfikowany był przypadek każdej hospitalizacji.

Wśród ekipy weryfikującej poprawność wykazywanych danych do dziś żywa jest historia załącznika 6H: zbiór informacji służący do identyfikacji poszczególnej hospitalizacji. Załącznik ten zawierał np. nie tylko datę przyjęcia do szpitala, ale i jego godzinę (podobnie było z przyjęciem na inny oddział w tym samym szpitalu). W załączniku tym wykazywano także koniecznie czteroznakowe rozpoznanie główne bądź kod trzyznakowy z koniecznym drugim kodem – jego rozwinięciem.

Z czasem udoskonalono wersję oprogramowania, także ofertowego do tego stopnia, że w tzw. grupie C załączników ofertowych zadawano konkretne pytania związane z poziomem kosztów i proponowaną liczbą wykonywanych procedur. Zapewne – stanowiło to znaczne obciążenie dla pracowników szpitali, jednak dawało możliwość zrelatywizowania poziomu wynagrodzenia za świadczenia do tzw. punktu bazowego, którego wartość ustalana była corocznie. Nie ukrywajmy, relatywizm wyceny świadczeń do punktu bazowego DRKCh także przejęła z oryginalnej wersji DRG, co w zmieniającym się otoczeniu ekonomicznym jest chyba dobrym wyjściem.

Wszystkie hospitalizacje, które nie mieściły się w kategoriach przyjętych przez Kasę, a kształtujących JGP, finansowane były jako hospitalizacje ryczałtowe A (hospitalizacja jednodniowa), B (powyżej 72 godzin) i C (powyżej trzech dni), przy założeniu, że pierwszy i ostatni dzień hospitalizacji liczy się jako jeden.

Dolnośląskie JGP ewoluowały w trakcie dyskusji klinicznej, niemniej od początku jasnym było, że są oddziały realizujące znacznie szersze spektrum świadczeń, niż wynikałoby to z ich podstawowej działalności. Spektakularnym przykładem był oddział chirurgii ogólnej dysponujący 105 łózkami (zgodnie z obowiązującymi przepisami), na których realizowano świadczenia w zakresie typowej chirurgii ogólnej zaledwie na 15 łózkach. Nie jest to wcale dziwne, a raczej wymaga zaakceptowania ze względów tak na zabezpieczenie świadczeń, jak spełnianie przez ten oddział stosownych wymogów.

Konstrukcja Jednorodnych Grup Pacjentów

Każda Jednorodna Grupa Pacjentów składała się z określonych warunków do jej realizacji; podstawowymi były:

- Posiadanie oddziału, który uzyskał prawo do hospitalizacji w danej specjalności medycznej po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.
- Wykonanie określonych procedur medycznych (ICD-9-CM), ale z zaznaczeniem, że były one wykonane ze ściśle określonych przyczyn, czyli zgodnie z:
- Rozpoznaniami zgodnymi ze słownikiem ICD-10 (jak wskazano, Rozpoznanie nieposiadające rozszerzenia czteroznakowego wymagało podania drugiego rozpoznania);
- Rozpoznanie współistniejące (jeśli było wymagane);
- Inne warunki, mające wpływ na finansowanie (użycie specyficznego leczniczego środka technicznego);
- Minimalny czas pobytu;
- Cena (wyrażona w punktach);
- Minimalny i maksymalny wiek pacjenta;
- W szczególnych przypadkach podanie dodatkowej, określonej procedury bądź procedur/rozpoznań z podanych list.

Przykład: JGP Nr 96: *Replantacja kończyn, zaopatrzenie biodra i uda w urazach wielonarządowych i wielomiejscowych* mogło być wykonywane na oddziałach np. chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, mikrochirurgii ręki, chirurgii ortopedycznej i urazowo-ortopedycznej. Wymagało zrealizowania jednej z 27 procedur przy 69 rozpoznaniach. Minimalny czas pobytu to 10 dni, ale to nie wszystko – konieczne było podanie dwóch rozpoznań różnych od siebie i od rozpoznania zasadniczego: list tych było 8.

Owszem, podano powyżej jeden z najbardziej skomplikowanych konstrukcyjnie przypadków JGP, jednak wynagrodzenie na poziomie 3,031 punktu bazowego rekompensowało zarówno leczenie pacjenta, jak trud włożony w odpowiednie jego wykazanie (dla porównania – operacja zaćmy była wyceniona na 0,8129 pkt). Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych zdawała sobie sprawę z tego, że pacjent z urazem wielonarządowym może trafić do szpitala powiatowego, zdejmuje także sprawę z jego kosztochłonności.

W swojej historii Kasa Dolnośląska stworzyła ok. 43 *dużych* grup JGP, z ich modyfikacjami: wszystkich grup było ok. 216 (niektóre *duże* JGP odpowiadały 5 *mniejszym*). Ale to nie wszystko: w ramach tzw. Jednorodnych Grup Świadczeń finansowano – na bazie przede wszystkim szpitalnych izb przyjęć – ok. 578 procedur (wg. ICD-9-CM), pogrupowanych w 9 grup diagnostyczno-terapeutycznych.

W swojej historii DRKCh brała pod uwagę niedoskonałości związane z konstrukcją JGP w przypadku hospitalizacji zachowawczych, dlatego pozostawiła możliwość rozliczania całości pobytu pacjenta na oddziałach na podstawie tzw. hospitalizacji ryczałtowych (wspomniane wyżej hospitalizacje A, B i C). Należy jednak zwrócić uwagę, że wartość hospitalizacji ryczałtowych na poszczególnych oddziałach o różnych poziomach referencyjnych była różna. Ustalenie poziomów referencyjnych nie następczo wóczas wielu problemów: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (DzU Nr 164, poz. 1193) pozwalało z mocy prawa na przyznanie stosownego poziomu referencyjnego placówce. Problemy zaczęły się wraz z dezaktualizacją tego rozporządzenia i wówczas poziomy referencyjne były uzależniane od obiektywnych czynników – takich jak infrastruktura techniczna, kadra – słowem, zasoby szpitala.

Uśredniona różnica w poziomie finansowania oddziałów na I, II i III poziomie to ok. 100%, 125%, do 150% (przy czym najwyżej wycenione były oddziały hematologiczne, immunologiczne i onkologiczne, a najniżej – otorynolaryngologiczne i okulistyczne). Wynikało to bezpośrednio z prowadzonej na bieżąco analizy pokrycia zapotrzebowania na świadczenia w tych specjalnościach. Decyzja na finansowanie świadczeń wg metodologii DRG wynikała przede wszystkim z tego, że Dolny Śląsk słynie nie tylko ze swoich walorów turystycznych, ale – przynajmniej wówczas – słynął z zagłębia szpitali.

Zasadą obowiązującą w DRKCh było przypisanie jednej hospitalizacji do jednego produktu, czyli nośnika przychodu; Kasa nie abstrahowała jednak od szczególnych przypadków, w których istniała możliwość odstępstwa od faktu pobytu pacjenta na różnych oddziałach, gdzie wykonano różne świadczenia. Ruch międzyoddziałowy istnieje – czy tego chcemy, czy nie. Rozwiązaniem, zastosowanym we Wrocławiu, było uznanie takiego ruchu jako średniej ważonej, przy czym za podstawę wynagrodzenia świadczeniodawcy przyjmowano średnią ważoną wartość punktową hospitalizacji, obliczoną proporcjonalnie do długości leczenia w poszczególnych oddziałach i jednostkowych wartości przypisanych tym hospitalizacjom. Średnia ważona dotyczyła także tak szczególnych przypadków, jak łączenie pobytów na oddziałach szpitalnych oraz oddziale anestezjologii i intensywnej terapii czy z chemioterapią, dializoterapią itp.

Wrocławski system JGP, poza okresem ręcznej weryfikacji plików, dysponował narzędziem, tworzonym od końca 2000 r. W sumie zasada działania systemu obsługi rozliczeń szpitalnych zasadzała się na bazie istniejącej już Karty Szpitalnej. Karta Szpitalna, dostępna świadczeniodawcom, stała się podstawą konstrukcji Systemu Obsługi Rozliczeń Kontraktów, zastępując anachroniczny już i czasochłonny proces weryfikacji *ręcznej*. Jak każdy system informatyczny, rozwijała się sukcesywnie, osiągając poziom, w którym świadczeniodawca miał możliwość dokonywania *prekwalifikacji* pacjentów pod koniec miesiąca, osiągając w ten sposób niemal gotowe rozliczenie. Oczywiście, zdarzały się wyjątki, wymagające interwencji pracownika szpitala (rozliczanie pacjentów intensywnej terapii), jednak stanowiły niewątpliwie ułatwienie w pracy z systemem rozliczeniowym. Podobnie zmieniła się praca w DRKCh. To system podpowiadał, czy dana hospitalizacja jest rzeczywiście zgodna z wymogami określonymi w umowie. Najistotniejsze jest to, że ów *gruper* rozpoczynał swoją działalność po stronie świadczeniodawcy, kwalifikując pacjentów do rozliczenia, a płatnikowi publicznemu – wówczas instytucji ubezpieczeniowej – pozostało sprawdzić, czy świadczeniodawca nie popełnił jakiegoś błędu.

Można pisać jeszcze o prowadzonym na Dolnym Śląsku pilotażu austriackiego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych – LKF. Prowadzony w dwóch polskich województwach pozostawił po sobie świetnie zebrane dane kosztowe, przypisane poszczególnym grupom. Temat ten wymaga odrębnego, obszernego artykułu, niewątpliwie interesującego dla profesjonalistów w systemie ochrony zdrowia. Podkreślić należy, że pilotaż LKF miał niewątpliwie wpływ na wzrost świadomości kosztowej szpitali i konieczność racjonalności ich działalności, bez jakiegokolwiek szkody dla procesu leczenia, w tym leczenia kosztochłonnego.

Tyle historii wrocławskich JGP; z konieczności nie zawiera ona wielu sporów, dyskusji, rozmów ze wspaniałym i rozumiejącym potrzeby środowiskiem wrocławskich medyków. Obyśmy potrafili do takich rozmów powrócić – *sine ira et studio*.