

Nowy system rozliczeń z płatnikami w Niemczech



Kilka lat zajęło Niemcom przygotowywanie się do wprowadzenia systemu DRG (*Diagnosis Related Groups*). Aby ustrzec się przed prawdopodobnymi negatywnymi efektami, nasi sąsiedzi zadbałi o nowe uregulowania prawne, np. dotyczące jakości świadczonych przez szpitale usług. Nie przewidziano jednak niektórych skutków nowego systemu.

Wprowadzenie systemu DRG nazywane jest w Niemczech największą od 30 lat reformą strukturalną w ochronie zdrowia, a główną przyczyną tych zmian była chęć poprawy efektywności wykorzystania funduszy na leczenie szpitalne.

Prawne podstawy wprowadzenia DRG w Niemczech powstały już w 2000 r. w ramach tzw. GKV-Gesundheitsreform 2000. Organy samorządowe opieki zdrowotnej – Niemieckie Stowarzyszenie Szpitali, Naczelne Związki Kas Chorych i Stowarzyszenie Prywatnych Ubezpieczycieli zostały wtedy zobowiązane do wybrania jednego z funkcjonujących na świecie systemów DRG i zbudowania na jego podstawie niemieckiego systemu DRG. Zdecydowano się na system australijski, zwany *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (AR-DRG), co można przetłumaczyć jako Au-

stralijskie Udoskonalone Jednorodne Grupy Pacjentów. Niemiecki system nazwany został G-DRG (G – *German*).

Czynności związane z wprowadzeniem oraz rozwojem DRG powierzono utworzonemu w maju 2001 r. Instytutowi Systemu Rozliczeń Świadczeń Szpitalnych z siedzibą w Siegburgu (niem. *Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus* – InEK).

Niemieckie szpitale począwszy od 1 stycznia 2003 r. mogły dobrowolnie się rozliczać w G-DRG. Warunkiem, oprócz oczywiście terminowego dostarczenia rozliczenia, było zakończenie negocjacji z płatnikami dotyczących planu finansowego. Z powodu przejściowych opóźnień w tych negocjacjach większość szpitali przeszła na DRG w trakcie 2003 r.

Od 1 stycznia 2004 r. wprowadzenie G-DRG było obowiązkowe. Ponieważ jednak warunkiem było zakończenie negocjacji z płatnikami, wiele szpitali mogło zacząć się rozliczać się w tym systemie w trakcie 2004 r. Spora grupa szpitali rozpoczęła rozliczenie w tym systemie dopiero w roku 2005.

Wprowadzanie nowego systemu zajęło kilka lat. To przede wszystkim dzięki temu techniczne aspekty rozliczania się przebiegały od początku dobrze, zaś wcześniejsze obawy okazały się bezpodstawne.

Warte podkreślenia jest, że prace adaptacyjne (tzn. wprowadzające zmiany w systemie DRG) realizowane są w rocznych odstępach.

Podstawowe zasady klasyfikacji przypadków do jednorodnych grup pacjentów

Zasadniczymi kryteriami przyporządkowania leczenia do jednorodnej grupy są:

- rozpoznanie główne (często jest to podstawowa choroba),
- przeprowadzone procedury (np. zabiegowe – operacje i kosztowne badania diagnostyczne),
- rozpoznania dodatkowe, współistniejące i komplikacje, wpływające znacząco na przebieg leczenia,
- liczba godzin sztucznego oddychania za pomocą respiratora,
- czynniki związane z pacjentem, jak wiek, płeć, waga przy urodzeniu i waga przy przyjęciu w przypadku noworodków i niemowląt.

Warunkiem przypisania pacjenta do danej DRG jest kodowanie rozpoznania głównego i w razie potrzeby, istotnych z punktu widzenia leczenia rozpoznań dodatkowych jako kod ICD (dokładniej: wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) oraz przeprowadzonych istotnych świadczeń (procedur) jako kod OPS (OPS-Code)¹.

Algorytm ustalania DRG z tych danych jest upubliczniony i udostępniony jako specjalne oprogramowanie komputerowe zwane gruperem. Gruper certyfikowany jest przez Instytut InEK.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sporządza co roku katalog możliwych do rozliczenia jednorodnych grup pacjentów z danych o wykonanych świadczeniach i kosztach udostępnionych przez szpitale biorące udział w tzw. kalkulacji. Zachętą do udziału w kalkulacji jest ryczałtowa zapłata dla szpitali, uzależniona zarówno od liczby, jak i jakości danych. Udział w kalkulacji DRG jest jednak dobrowolny. W związku z tym krytykuje się katalogi InEK za to, że nie zawierają reprezentatywnych danych.

„ Po wprowadzeniu DRG wzrosło zapotrzebowanie na lekarzy „

Cele DRG w Niemczech

Podstawowym celem wprowadzenia systemu DRG w Niemczech była poprawa efektywności funkcjonowania szpitali, ale nie tylko. System ten ma również zwiększyć transparentność i porównywalność świadczeń, podwyższyć jakość wykonywanych usług, a także promować konkurencję.

Wspieranie poprawy efektywności jest związane z następującym wyznaczeniem celów cząstkowych:

- eliminacja bodźców do nadmiernego przedłużania pobytu pacjentów w szpitalu;
- wyrównanie cen poszczególnych świadczeń,
- pieniądź powinien płynąć do szpitala za wykonanym świadczeniem;
- zapłata za świadczenia powinna prowadzić do wzrostu konkurencyjności pomiędzy placówkami;
- dostosowanie bazy szpitalnej do rzeczywistych potrzeb populacji na danym terenie i likwidacja *nadprodukcji* świadczeń medycznych;
- ograniczenie oczekiwanego wzrostu kosztów w opiece stacjonarnej.

Skutki systemu G-DRG

Poniżej przedstawiono niektóre skutki wprowadzenia G-DRG. Trzeba jednak zaznaczyć, że zmiany w niemieckim systemie szpitali nie są wyłącznie skutkiem wprowadzenia DRG, ale również np. szeroko zakrojonej w ostatnim czasie prywatyzacji.

Zmniejszenie liczby leczonych w szpitalach

Po wprowadzeniu DRG zmniejszyła się liczba hospitalizacji. Stało się tak jednak z różnych przyczyn.

W ostatniej dekadzie ubiegłego tysiąclecia gwałtownie wzrastała liczba chorych przyjmowanych na oddziały szpitalne. Po wprowadzeniu nowego systemu rozliczeniowego udało się ten trend zahamować – począwszy od 2003 r. liczba hospitalizowanych zaczęła maleć. Ciekawostką jest to, że w innych krajach, w których wprowadzono DRG, występowały bodźce do nadmiernego zwiększania liczby leczonych w szpitalach.

Wydaje się, że za spadek liczby hospitalizacji w Niemczech nie odpowiada G-DRG, a głównym powodem było rozszerzenie katalogu operacji ambulatoryjnych.

¹OPS-Code – Klucz Operacji i Procedur [niem. *der Operationen- und Prozedurenschlüssel* (OPS)], wcześniej OPS-301, to niemiecka modyfikacja Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (*International Classification of Procedures in Medicine* – ICPM) i dzisiaj oficjalna klasyfikacja procedur do udowodnienia wykonanych świadczeń i rozliczenia świadczeń niemieckich szpitali

ryjnych. Chorzy, którzy niekoniecznie wymagali leczenia szpitalnego, byli *przekazywani* do leczenia ambulatoryjnego. Jednocześnie szpitale zaczęły wzbogacać ofertę świadczeń ambulatoryjnych, upatrując w tym możliwość osiągnięcia przewagi konkurencyjnej nad innymi placówkami.

W systemach DRG różnych krajów występuje tzw. *efekt drzwi obrotowych*, polegający na tym, że pacjenci są wprowadzani krócej leczenia, ale za to hospitalizowani są kilkakrotnie. W celu uniknięcia tego efektu niemieckie Ministerstwo Zdrowia już w 2004 r. wydało przepisy przeciwdziałające takim praktykom – kilka pobytów w szpitalu pacjenta jest rozliczanych technicznie jako jeden (pod pewnymi warunkami).

Jak pokazują dane statystyczne, w 2006 r., a szczególnie w 2007 r. ponownie znacznie wzrosła liczba świadczeń.

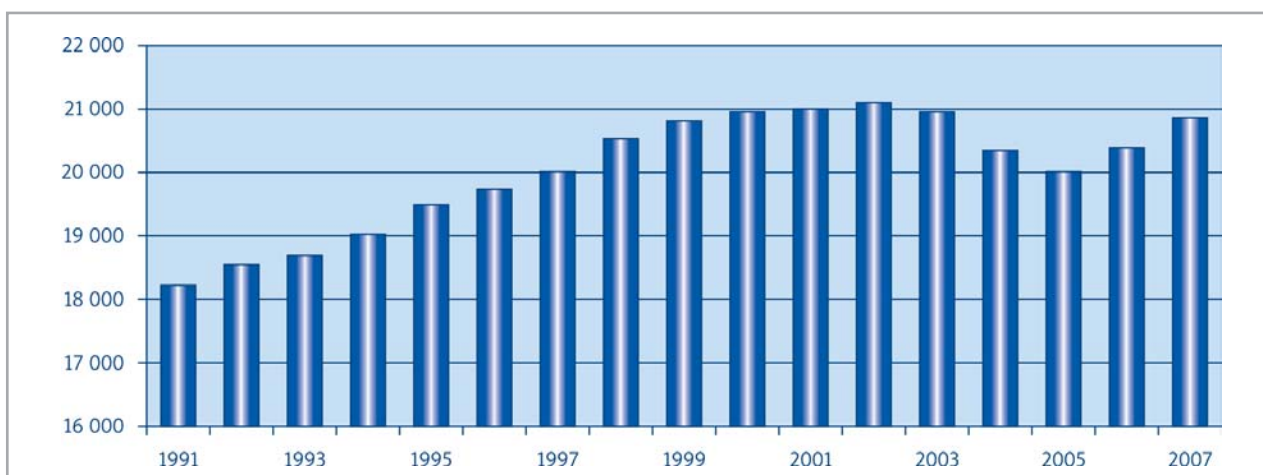
Krwawe wypisy

W niemieckich szpitalach w porównaniu z sytuacją w innych krajach europejskich pacjenci byli leczeni dosyć długo. W związku z tym już w 1995 r. zredukowanie okresu hospitalizacji uznano za ważny cel. Dzięki zmianom w systemie rozliczania co roku udaje się skrócić ten czas.

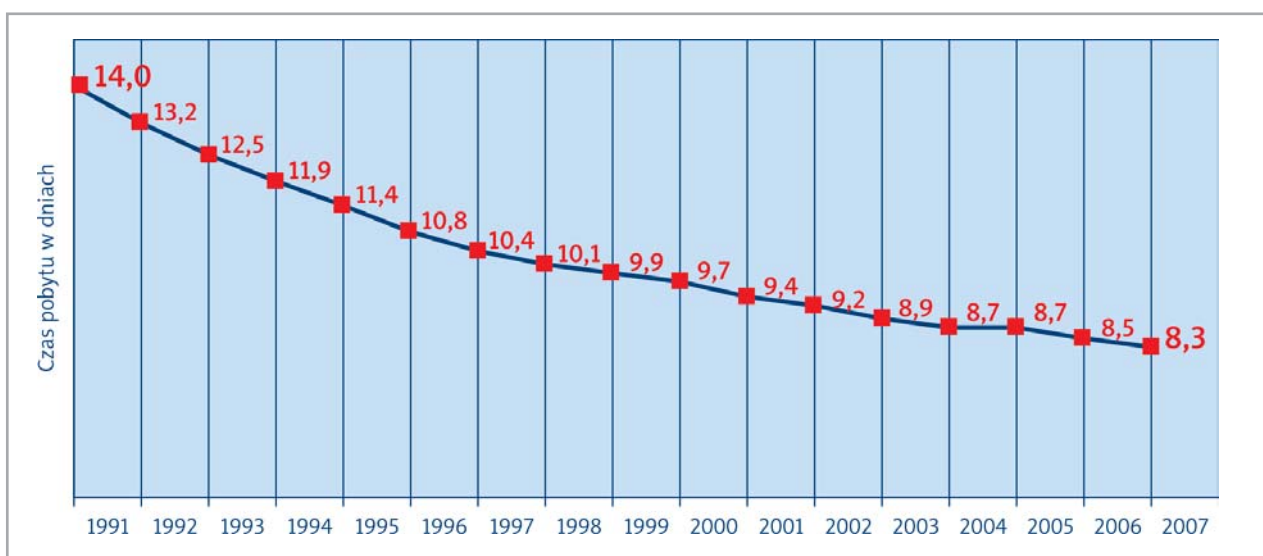
Każdy kij ma dwa końce, i o ile rozliczenie zorientowane na czas pobytu z ekonomicznego punktu widzenia powodowało nieuzasadnione przedłużanie leczenia, to rozliczanie w DRG jest impulsem raczej do przedwczesnego wypisywania pacjentów. Zyskały one wiele mówiącą nazwę *krwawych wypisów* (niem. *Blutige Entlassung*).

Redukcja łóżek w szpitalach

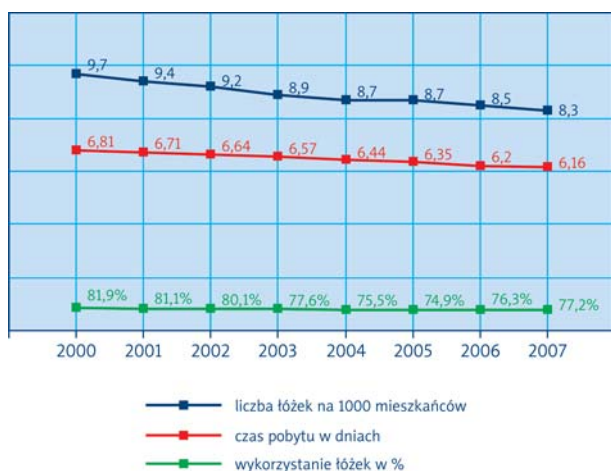
Począwszy od połowy lat 90. zwiększa się odsetek wykorzystania łóżek. Ten trend utrzymał się również



Ryc. 1. Liczba leczonych na 100 tys. mieszkańców w latach 1991–2006



Ryc. 2. Czas pobytu w niemieckich szpitalach w latach 1991–2007



Ryc. 3.

po wprowadzeniu systemu DRG. Ciekawe jest, że liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców nieznacznie się zmniejszyła i nadal jest wysoka w międzynarodowym porównaniu. Według danych OECD, w 2004 r. na 1 tys. Niemców przypadało 6,4 łóżka, podczas gdy w Szwecji tylko 2,2, we Francji i Szwajcarii 3,8, a w Wielkiej Brytanii 3,6 (OECD Health Data 2006). Wydaje się, że w Niemczech będzie następowała dalsza redukcja liczby łóżek, głównie przez skrócenie pobytu oraz dzięki większym możliwościom leczenia ambulatoryjnego.

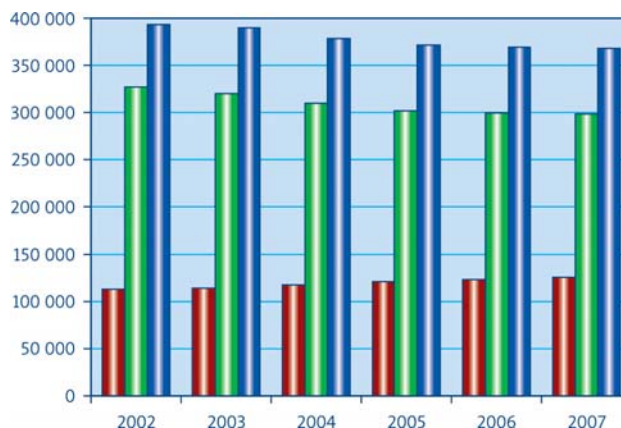
Powodem niewielkiej redukcji liczby łóżek w Niemczech jest to, że niejednokrotnie wielkość dotacji udzielanych szpitalom przez poszczególne landy jest powiązana z liczbą łóżek. Dopóki taka praktyka będzie stosowana, dopóty liczba łóżek będzie sztucznie utrzymywana na pewnym poziomie tylko po to, by otrzymać odpowiednio wysokie dofinansowanie.

Ograniczenie wzrostu kosztów

Po wprowadzeniu DRG obserwuje się redukcję zatrudnienia pielęgniarek, a równocześnie wzrost zatrudnienia lekarzy. Wskazuje się tu na kilka przyczyn.

Redukcja stanowisk pielęgniarskich powiązana jest najczęściej z programami oszczędnościowymi. Wzrost zatrudnienia lekarzy z kolei jest spowodowany przede wszystkim zmianami w przepisach o czasie pracy lekarzy. Poza tym po wprowadzeniu DRG zwiększyło się zapotrzebowanie na lekarzy w controllingu medycznym. Wykształcił się w szpitalach nawet dodatkowy zawód – kontroler medyczny. Controlling medyczny zyskał duże znaczenie w wewnętrznym zarządzaniu szpitalem.

W Niemczech czynności związane z kodowaniem rozpoznania i procedur wykonuje lekarz. W porównaniu z okresem przed wprowadzeniem nowego systemu rozliczeń na lekarzy spadło wiele dodatkowych czyn-



Ryc. 4. Średnioroczne zatrudnienie w niemieckich szpitalach w latach 2002–2007

ności administracyjnych. Efektem jest mniej czasu, który lekarz może poświęcić pacjentom. Jednocześnie więcej pracy mają działy administracyjne zarówno placówek medycznych, jak i płatników. Podczas gdy wcześniej cena za leczenie była w dość prosty sposób wyznaczana poprzez mnożenie liczby dni hospitalizacji i określonej stawki za dzień, obecnie konieczna jest wiedza medyczna – szpitale w celu odpowiedniego zakodowania przypadku oraz kas chorych (czy ubezpieczalni) do sprawdzenia rozliczenia.

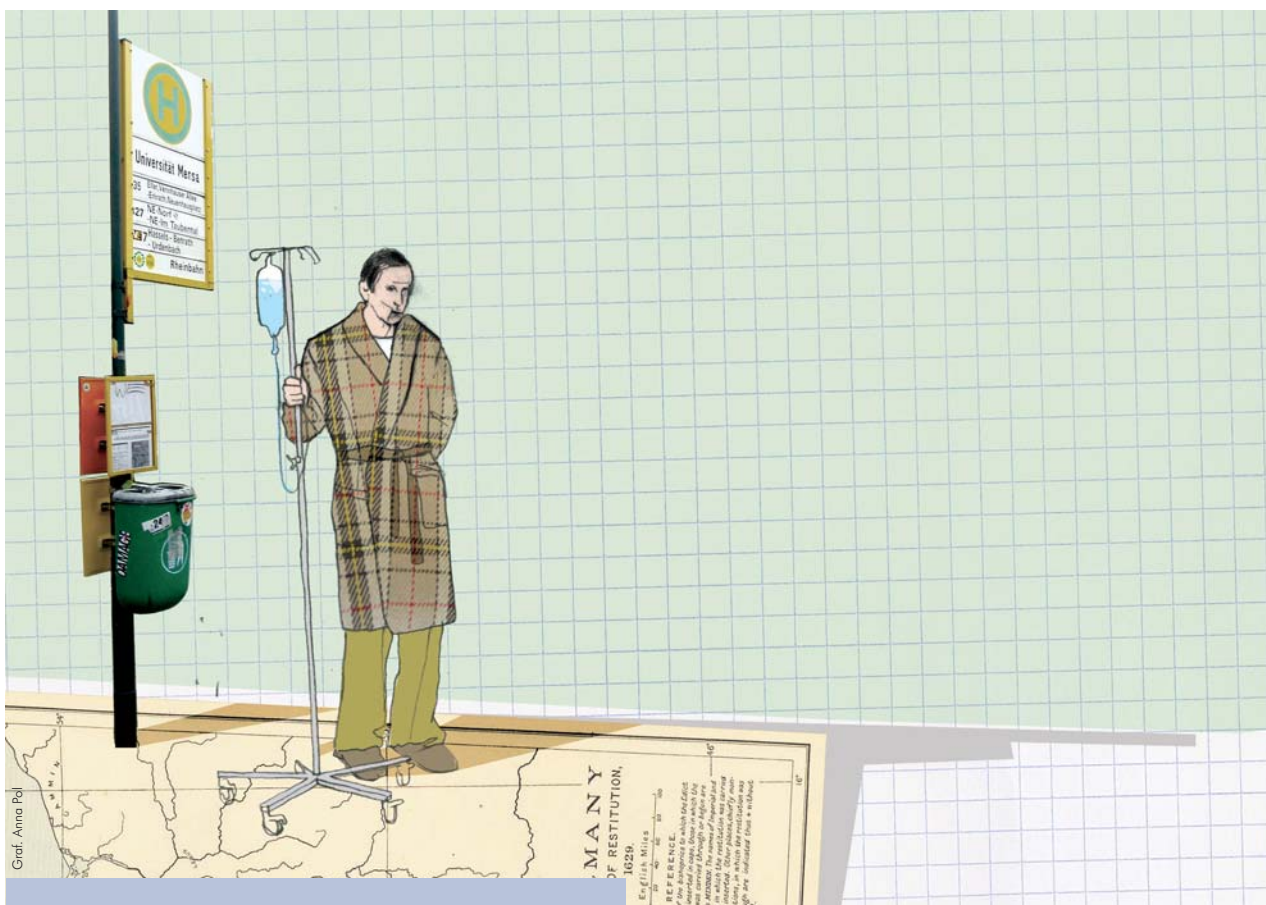
Wraz ze zwiększeniem się konkurencji pomiędzy szpitalami wzrosło również zapotrzebowanie na menedżerów z kompetencjami medycznymi.

Podczas gdy zatrudnienie lekarzy w 2007 r. w porównaniu z 2002 r. wzrosło prawie o 12 proc., odsetek pielęgniarek zmalał o 8 proc., a pozostałego personelu szpitale o ponad 6 proc.

Nacisk na ograniczanie kosztów (czyli czasu pobytu pacjenta w szpitalu) spowodowany na pewno wprowadzeniem DRG, ale również i innymi przyczynami (patrz: prywatyzacja szpitali, wcześniejsze artykuły autorki), spowodował redukcję personelu pielęgniarskiego oraz wzrost pracy administracyjnej. Pracownikom szpitali pozostaje więc niewiele czasu

Lata	Lekarze	Pielęgniarki	Pozostały personel	Razem
2002	112 763	327 384	393 394	833 541
2003	114 105	320 158	389 676	823 939
2004	117 681	309 510	378 797	805 988
2005	121 610	302 346	372 142	796 098
2006	123 715	299 328	368 872	791 915

Tab. 1. Średnioroczne zatrudnienie w niemieckich szpitalach w latach 2002–2007



„ Pielęgniarkom pozostaje niewiele czasu na opiekę nad pacjentami, a lekarzom na *psychologiczne* podejście do pacjenta „

na kontakty międzyludzkie, pielęgniarkom na opiekę nad pacjentami, a lekarzom na podejście *psychologiczne* do pacjenta.

Nakład pracy związany z kodowaniem rozpoznań i procedur nie jest mało znaczący. Przeprowadźmy następujące obliczenie: liczba hospitalizacji w 2007 r. wyniosła 17 178 533. Jeśli przyjmijemy, że lekarz musi przeznaczyć 15 minut na *zakodowanie* przypadku, otrzymujemy zapotrzebowanie na dodatkowe 2200 etatów lekarzy. Przy średnim koszcie pracy lekarza (dane za 2006 r.) wynoszącym 86 532 euro rocznie, daje to ok. 190 mln euro rocznie, czyli o tyle są szacunkowo wyższe koszty wynagrodzeń w szpitalach. Gdybyśmy policzyli dodatkowe koszty firm ubezpieczeniowych (kas chorych) związane z koniecznością zatrudnienia lekarzy do kontroli tych przypadków, koszty nowego systemu rozliczeniowego byłyby wyższe jeszcze o kilkadziesiąt milionów euro rocznie.

Poprawa jakości usług

W celu uniknięcia negatywnych efektów związanych z wprowadzeniem DRG w Niemczech wprowadzono jednocześnie pewne mechanizmy w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń szpitalnych, m.in. Minimalny Katalog Planowych Świadczeń. Szpitale, które nie zrealizują uzgodnionej minimalnej liczby świadczeń, zostają wykluczone z wykonywania tychże świadczeń. Zdarza się, że niektóre placówki realizują tylko to minimum, a koncentrują się na świadczeniach przynoszących im największe zyski. Jednakże dzięki tej rosnącej specjalizacji jakość świadczonych usług szpitalnych w Niemczech również wzrasta. Poza tym niemiecki system ma pewne *zabezpieczenia*, aby szpitale nie wykonywały tylko możliwie najprostszych, *wystandaryzowanych* świadczeń, a tych bardziej skomplikowanych nie przekazywały do innych placówek. Innym przykładem działań niemieckiego ustawodawcy w celu poprawy jakości jest obowiązek sporządzania przez szpitale standaryzowanych raportów o jakości.

Dane wykorzystane w artykule pochodzą ze strony niemieckiego urzędu statystycznego: www.destatis.de

Anna Wiczorkowska

Anna Wiczorkowska, bankowiec, ekonomista, uczestniczka seminarium doktoranckiego w Centrum Studiów Niemieckich i Europejskich im. Willy'ego Brandta, zajmuje się badaniem efektywności systemów zdrowotnych – polskiego i niemieckiego; zawodowo związana z Dolnośląskim Oddziałem NFZ. a.wiczorkowska@wp.pl