

Jednorodne grupy pacjentów – za i przeciw





fot. Piotr Waniosek/FORUM

Ograniczenie usług zdrowotnych do najprostszych i najtańszych może się przyczynić do zmniejszenia wydatków przy wzroście liczby świadczeń

Wojciech Maksymowicz

były minister zdrowia, dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Na zastosowanie jednorodnych grup pacjentów zdecydowano się w Wielkiej Brytanii i w USA z podobnych pobudek. Był to jeden z elementów systemu sterowania opieką zdrowotną, tzw. *managed care* (mającego na celu redukcję kosztów ochrony zdrowia). Prace nad przygotowaniem podobnego mechanizmu z pobudek oszczędnościowych, poszukiwania ograniczenia wydatków z funduszy publicznych prowadzono już w kierowanym przeze mnie ministerstwie, początkowo pod kierunkiem wiceministra Michała Kornatow-

skiego, a potem wiceministra Macieja Piróga, późniejszego dyrektora CZD. Ewentualne korzyści dotyczą właśnie wymuszania wyboru oszczędniejszych, tańszych procedur spośród względnie alternatywnych i to jest godne uwagi. Zagrożeniem jest to, przed czym przestrzegałem polityków i moich współpracowników, np. wiceminister Annę Knysok, aby budując oszczędniejszy system, nie ograniczyć polskiej medycyny do poziomu, jak to nazywałem, *plebejskiego*. Z punktu widzenia zdrowia publicznego i wymiernych, krótkowzrocznych korzyści ograniczenie usług zdrowotnych do najprostszych i najtańszych może przyczynić się do zmniejszenia wydatków przy wzroście liczby świadczeń. Jednak zawsze musimy pamiętać o konieczności uczestniczenia w rozwoju medycyny, a to jest możliwe tylko wtedy, gdy będziemy wykonywać nowe, często kosztowniejsze, a czasem kontrowersyjne procedury. Uważałem, że za ten ważny, ale i kosztowny obszar polskiej medycyny musi odpowiadać państwo. Argumentacja ta pozwoliła mi przeforsować znaczne zwiększenie centralnego budżetowego finansowania tzw. procedur wysokospecjalistycznych, do których przekonałem nawet wicepremiera Leszka Balcerowicza. Niestety, moi następcy stopniowo ulegali presji głównych księgowych z Ministerstwa Finansów i to ważne zadanie państwa zostało ostatecznie finansowane z budżetu w szczątkowej formie. Podsumowując, DRG czy HRG? Tak dla oszczędności, ale jedynie wtedy, gdy zapewni się znaczące finansowanie przez państwo rozwoju medycyny i nowych procedur medycznych. ■



fot. Agencja GAZETA

Przez kilkanaście lat zajmowania się problematyką jakości nie natknąłem się na wiarygodną informację, że DRG poprawiały jakość opieki

Rafał Niżankowski

były wiceminister zdrowia

Korzyści z wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów odniosą firmy modyfikujące systemy raportowania i obróbki tych informacji. Biorąc pod uwagę skalę przedsięwzięcia, to niemałe pieniądze. Szkoda, że państwa redakcja i ja nie mamy odpowiedniej firmy. Dla pacjentów jednym z podstawowych problemów będzie niedostępność procedur kosztochłonnych.

Przestaniemy bowiem je wykonywać, gdyż staną się ekonomicznie nieracjonalne. Pacjent ma prawo wyboru, więc niech sobie szuka kogoś, kto mu to zrobi! Mankamentem podstawowym dla lekarzy – mówiąc w uproszczeniu – będzie dylemat moralny, czy wykonać procedurę X, która może być korzystna dla pacjenta, czy dbać o finanse szpitala i oferować wyłącznie procedury tańsze. Komplikacją dla szpitali będzie to, iż każda duża zmiana powoduje przejściowe zamieszanie, większą liczbę błędów – a to wszystko kosztuje. Tymczasem placówki medyczne nie dostaną zwrotu poniesionych kosztów. Pozwolę sobie wyjaśnić, dlaczego. Dobrze jest poświęcić chwilę na krytyczną refleksję. Na początku lat 80. pracujący na Uniwersytecie Yale prof. Robert Fetter chciał, podobnie jak dr Lodman, porównywać wyniki uzyskiwane przez amerykańskie szpitale. Okazało się to niewykonalne, gdyż liczba kodów stosowanych do opisu świadczeń przekraczała 23 tys.! W związku z tym prof. Fetter uznał to za wyzwanie i postanowił racjonalnie pogrupować procedury. W efekcie uzyskał ok. 700 pozycji. Zarządzająca budżetem opieki zdrowotnej federalna agencja HCFA (*Health Care Financing Administration*) szybko zorientowała się, że ten wykaz może być dla niej użyteczny. Jak z tego jednak wyraźnie widać, sytuacja NFZ (który chce wszystko pogrupować prawdopodobnie do 1,5 tys. procedur) bliższa jest efektowi pracy Fettera niż sytuacji w amerykańskich szpitalach, która go zainspirowała. Zatem podstawowy argument, który motywował HCFA do wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów, czyli DRG (DRG – *Diagno-*

sis Related Groups), odpada. Może jest inny argument przemawiający za rewolucyjną zmianą listy procedur? Czyżby wprowadzenie DRG zmniejszało koszty opieki medycznej? Nic podobnego! Proszę spojrzeć na doświadczenia krajów skandynawskich. Jeżeli dobrze pamiętam, chodzi o Danię, Szwecję i Norwegię, które wprowadziły DRG w różnym zakresie. Tam, gdzie ich udział w finansowaniu szpitali był większy, wydatki wzrosły bardziej. A może DRG poprawi jakość opieki? Przez kilkanaście lat zajmowania się problematyką jakości nie natknąłem się na wiarygodną informację, że DRG poprawiały jakość opieki. Wydaje się, iż to są niezależne obszary. Czy zatem grupowanie świadczeń do celów ich finansowania nie ma sensu? Oczywiście, czasem ma sens. Bardzo zasadne jest np. grupowanie i objęcie łącznym finansowaniem świadczeń i ich powikłań. Wiadomo, iż powikłania są kosztowne i zdarzają się nawet w najlepszych ośrodkach. Jeśli ten fakt uwzględnimy w wyliczeniu opłaty za procedurę, koszty leczenia powikłań spadną na świadczeniodawców i będą oni zainteresowani, aby minimalizować ich częstość. Interes ekonomiczny szpitala stanie się zgodny z interesem pacjenta. Inny przykład to procedury wykonywane nadmiernie często z przyczyn ekonomicznych. Jeżeli np. wprowadzono wyższą stawkę za cesarskie cięcie niż za poród siłami natury, to stale będzie rósł odsetek dzieci tak rodzonych. Połączenie porodu i cięcia w jedną grupę skutecznie (przy np. założeniu, że w średniej opłacie jest uwzględniona wyższa stawka za cięcie u 10 proc. pacjentek) zlikwiduje bodziec ekonomiczny do zwiększania liczby cięć. ■



foto: Grzegorz Michalowski/PAP

Piotr Kuna

dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego UM w Łodzi

Na pytanie o korzyści wynikające z pogrupowania pacjentów odpowiadam z punktu widzenia osoby zarządzającej wielospecjalistycznym szpitalem klinicznym. W naszej placówce kilka miesięcy temu porównaliśmy, jakich przychodów możemy oczekiwać przy systemie rozliczeń jednorodnych grup pacjentów w porównaniu z obecnym systemem. Pod uwagę wzięliśmy realne wykonanie usług z 3 kolejnych miesięcy. Okazało się, że taki szpital jak nasz traci na tym rozwiązaniu ok. 20 proc. wpływów, mając nadal te same koszty i wykonując te same usługi. Konkluzja jest więc dla nas oczywista – takie rozwiązanie w proponowanej formie szpitalowi klinicznemu nie daje żadnych korzyści. Więcej, jest szkodliwe i doprowadzi do bankructwa placówki. W związku z powyższym wystosowaliśmy pisma z konkretnymi uwagami (pokazaliśmy w tabelach, jak jest teraz, a jak ma być) i postulatami do mi-

Pogrupowanie pacjentów w proponowanej formie szpitalowi klinicznemu nie daje żadnych korzyści. Więcej, jest szkodliwe i doprowadzi do bankructwa placówki

nistra zdrowia, NFZ i rektora uczelni będącej organem założycielskim. Jednocześnie, wraz z konsultantem krajowym byłem osobiście zaangażowany w konsultacje z NFZ, dotyczące jednej ze specjalności medycznych, a mające na celu poprawienie systemu jednorodnych grup pacjentów. Konsultacje te, mimo wielu obietnic ze strony NFZ, niewiele zmieniły. Podejrzewam więc, że zmodyfikowany dokument będzie zawierał takie same błędy, jak jego wcześniejsza wersja. O mankamentach tego rozwiązania mogę mówić tylko z punktu widzenia dyrektora szpitala klinicznego. Nie wymienię wszystkich, bo jest ich kilkaset i można by na ich temat napisać książkę. Kierownicy klinik podsumowali to jednoznacznie – jest to tak źle przygotowana propozycja, że po prostu nie da się jej poprawić. W dokumentach, które otrzymaliśmy do konsultacji, bzdura goni bzdurę. Uogólniając – wycena wielu drogich procedur jest niższa niż dotychczas. Nowe propozycje wynikają z uśrednienia wyceny tanich i drogich procedur wrzuconych do jednego koszyka. Niestety, proporcja chorych z poważnymi schorzeniami w naszym szpitalu (myślę, że podobnie jest w innych szpitalach klinicznych) jest inna, niż w pozostałych placówkach w Polsce. Leczymy skomplikowane przypadki i ludzi ciężko chorych, i to powoduje, że na uśrednionej wycenie tracimy 20–30 proc. w zależności od oddziału. Proponowany system może zachęcić do leczenia wielu lekko chorych (często niewymagających hospitalizacji), tylko dlatego, że będzie to bardziej opłacalne niż dotychczas. To przeczy zasadom zdrowej ekonomii. Zachęca także do dłuższej hospitalizacji pacjentów, bo na nich szpital więcej zarobi, nawet jeśli nie będzie

wskazań medycznych. To wbrew logice, zaleceniom medycznym i ekonomii. Klasycznym przykładem jest trzymanie chorego z zapaleniem płuc co najmniej 8 dni, żeby NFZ za to zapłacił. Współczesne standardy światowe mówią o leczeniu sekwencyjnym i 3–5-dniowej hospitalizacji. Tak też postępowano w naszym szpitalu, ale teraz cofamy się o 20 lat, do innej epoki w medycynie. Zarazem, jak odnieść propozycję zmniejszenia liczby procedur katalogowych z 1,5 tys. do 400 w sytuacji, kiedy minister Kopacz zapowiada wprowadzenie koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych, w którym ma się znaleźć 18 tys. procedur? Czy te prace są skoordynowane z NFZ? Jak pogodzić zapowiedzi prezesa NFZ, że system jednorodnych grup pacjentów zostanie wprowadzony od czerwca, z obietnicami minister Kopacz, że system będzie testowany w kilkudziesięciu szpitalach różnych typów w całej Polsce przez 6 mies. i dopiero na podstawie wyników tej próby zostaną podjęte decyzje o wprowadzeniu lub wstrzymaniu nowego systemu rozliczeń? Czy prezes NFZ działa wbrew minister zdrowia, czy to minister Kopacz nie dotrzymuje obietnic? Wszystkie te uwagi nie wyczerpują problemu. Warunkiem wprowadzenia JGP powinna być rzetelna wycena kosztów leczenia na podstawie standardów medycznych, które muszą być spełnione przez szpital. Nie każdy szpital ma identyczną strukturę chorych. Nie każdy spełnia standardy medyczne. Szpitale kliniczne leczą najczęściej chorych, bardzo często kierowanych z innych placówek. Nie otrzymują z tego tytułu żadnych dodatkowych funduszy, a teraz jeszcze pojawiają się propozycje, które – co można przewidzieć – uderzą w te szpitale. ■

Jarostaw J. Fedorowski



foto: Archiwum

profesor Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych

System finansowania usług zdrowotnych oparty na wycenie punktowej w wielu wypadkach nie odzwierciedla rzeczywistego wkładu pracy konkretnej jednostki w proces diagnostyczno-leczniczy. Wiele specjalistycznych zabiegów krótkoterminowych jest wyżej wycenianych niż czasochłonne i pracochłonne procedury szpitalne. Obecny system nie stwarza bodźców do efektywnego leczenia. Pacjenta często trzeba hospitalizować przez określoną liczbę dni, niezależnie od wyniku tera-

System finansowania usług zdrowotnych przez NFZ jest zacofany i nieefektywny. Wykorzystanie nowoczesnych wzorców w finansowaniu usług zdrowotnych jest zatem konieczne

pii, po to, aby szpital otrzymał zapłatę z NFZ. Biorąc pod uwagę doświadczenia międzynarodowe, wypada stwierdzić, że system finansowania usług zdrowotnych przez NFZ jest zacofany i nieefektywny. Wykorzystanie nowoczesnych wzorców w finansowaniu usług zdrowotnych jest zatem konieczne. Pierwszym krokiem był amerykański system grup diagnostycznych (DRG – *Diagnosis Related Groups*), wprowadzony przez federalny plan ubezpieczeniowy Medicare w 1983 r. System ten został skopiowany i zastosowany m.in. w Niemczech. DRG uwzględnia dodatkowe koszty związane z leczeniem powikłanych przypadków, wymagając jednocześnie, aby lekarze stawiali bardzo precyzyjne diagnozy i leczyli pacjenta całościowo. Dopełnieniem DRG stał się w USA *Resource Based Relative Value Scale* (RBRVS), opracowany w 1985 r. przez naukowców z Harvardu, który jest stosowany z powodzeniem przez Medicare oraz większość prywatnych instytucji ubezpieczeniowych, a szczególnie chętnie przez organizacje kompleksowej ochrony zdrowia. RBRVS wycenia wartość pracy lekarzy oraz innego wyższego personelu medycznego w zależności od stopnia skomplikowania procedury, jej czasu, wymaganych kwalifikacji oraz warunków lokalnych. System ten jest koniecznym elementem prawidłowego funkcjonowania jednorodnych grup pacjentów. Na przykład wizyta lekarza prowadzącego pacjenta w szpitalu ma 3 stopnie, w zależności złożoności dzia-

łania lekarza. Im większy rzeczywisty i udokumentowany wkład pracy, tym wyższe jest wynagrodzenie. W Wielkiej Brytanii dopiero w 2000 r. rząd postanowił wprowadzić do NHS system oparty na odpowiedniku amerykańskich jednorodnych grup pacjentów, nazwany *Healthcare Resource Groups*. Po długich konsultacjach, w latach 2003–2004 zaczęto stopniowo wprowadzanie systemu, który obecnie nazywa się *Payment by Results*, czyli zapłata za wynik. Właśnie ta nazwa odzwierciedla istotę przedsięwzięcia. W Szwajcarii, gdzie system ochrony zdrowia jest jednym z najlepszych na świecie, dopiero w ostatnim czasie rząd postuluje wprowadzenie tzw. płatności za patologię, czyli odpowiednika DRG w miejsce obecnych kosztownych mechanizmów finansowania typu *fee-for-service*. Uważam, że system uwzględniający wkład środków i pracy, a przy tym stymulujący efektywność procesu diagnostyczno-leczniczego, jest najefektywniejszy. Należy jednak koniecznie w tym samym czasie wprowadzić system oceny wartości pracy lekarzy typu RBRVS. Czy powinniśmy brać przykład z Wielkiej Brytanii? Po pierwsze, to nie Brytyjczycy wymyślili ten system, a jedynie wzorowali się na rozwiązaniach amerykańskich. Po drugie, z własnego doświadczenia jako konsultant w UK wiem, że na wizytę u konsultanta i ważne badania czeka się tam często miesiącami, a wyniki leczenia szpitalnego, np. w kardiologii, nie są imponujące. ■



fot. Roman Konarz/FORUM

Marian Zembala

dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca,
wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa
Chirurgii Serca i Naczyń

W polskiej kardiologii, w świadczeniach w całości refundowanych przez NFZ – takich jak operacje wieńcowe – już mamy taki system. Uśredniona cena zabiegu – 1400 punktów – obejmowała zarówno bardzo ciężkiego chorego o bardzo dużym poziomie ryzyka wycenionego wg Euro jako bardzo duże, jak i chorego z grupy małego ryzyka. Oczywiście jest, że stopień ryzyka dość liniowo przekłada się na wyniki leczenia i jego koszty. Pacjent trudny – z grupy dużego ryzyka – to osoba starsza, coraz częściej powyżej 70. roku życia, z dużym uszkodzeniem serca, współistniejącymi obciążeniami, takimi jak cukrzyca, przebyte incydenty mózgowo, miażdżycy tętnic szyjnych i obwodowych czy obturacyjne choroby płuc. O efektywności medyczno-ekonomicznej danego ośrodka decyduje nie tylko doświadczenie zespołu i organizacja pracy, ale przede wszystkim rodzaj chorych trafiających na oddział.

O efektywności medyczno-ekonomicznej danego ośrodka decyduje nie tylko doświadczenie zespołu i organizacja pracy, ale przede wszystkim rodzaj chorych trafiających na oddział

Taki uśredniony system wyraźnie sprzyja odsuwaniu od operacji pacjentów najtrudniejszych, z grupy bardzo dużego ryzyka i my wiemy, jakich ośrodków kardiochirurgicznych ten problem najczęściej dotyczył. Równocześnie fakt, że przez ostatnie 5 lat (mimo zmiany profilu chorych na starszych, trudniejszych) nie zmieniono stawki za operacje wieńcowe, także świadczy o inercji i wadach systemu. Dlatego decyzje ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniające wartość punktu w województwie śląskim z 10 zł na 12 zł, należy przyjąć jako zapowiedź działań w dobrym kierunku, czyli urealniania kosztów świadczeń. Następny krok to zróżnicowanie wartości punktu w zależności od referencyjności szpitala, a nawet – co ważniejsze i bardziej obiektywne – od referencyjności danego oddziału. Wówczas ambitniejsze zespoły i oddziały, podejmując się leczenia chorych trudniejszych, mają większą kompensację poniesionych kosztów niż te, które tego nie robią. Takie rozwiązania funkcjonują

w krajach Europy Zachodniej i oznaczają z jednej strony otwarcie na konkurencyjny – nie tylko ilościowo, ale także jakościowo – rynek usług medycznych, ale z drugiej strony, stanowią rodzaj ważnego regulatora dla płatnika – jacy chorzy, z jakimi rozpoznaniem i o jakim poziomie trudności w leczeniu i kosztach trafiają na dany oddział. Jestem zwolennikiem systemu DRG. Mam jednak świadomość, że w naszym systemie jest za wcześnie na jego wprowadzenie. Brakuje właściwego zabezpieczenia finansowego, a dodatkowe fundusze związane z możliwościami systemu i doubezpieczaniem się przez pacjentów nadal zależą głównie od politycznych ukłonnów i konstelacji, a nie od medyczno-ekonomicznych uwarunkowań. Dlatego zamiast tracić czas, rozum, ale nawet i serce na ogólnonarodowy lament nad dyrektywami unijnego czasu pracy, nie tylko warto, ale i trzeba zdecydowanie wprowadzać sprawdzone dla leczonych i leczących efektywne pod względem medyczno-ekonomicznym rozwiązania. ■



foto: Archiwum

W moim odczuciu idealnym modelem byłby stary katalog, tylko bardziej sprecyzowany. Przecież jeśli wykonywanych jest ok. 1800 rodzajów operacji, to nagle nie zmniejszymy ich liczby do 400

Piotr Reszelski

lekarz, kierownik medyczny TERMEDICA sp. z o.o.

Wprowadzanie jednorodnych grup pacjentów jest próbą przelewania z pustego w próżne. Katalog, który obowiązywał dotychczas, zawierał ok. 1800 procedur, i to mniej więcej odpowiadało liczbie wykonywanych zabiegów. Jeżeli w jakimś punkcie te zabiegi były zblokowane, to jednak zawsze były one bardzo podobne i o tej samej cenie. Uśrednienie, jakie ma nastąpić – czyli skomasowanie wszystkich zabiegów do ok. 400 – spowoduje, że w tej samej grupie znajdą się zabiegi, które dotychczas były wycenione taniej, oraz te, które

są droższe. *De facto* zmieni się tylko nazwa; coś, co dotychczas nazywało się operacją przepukliny czy wycięciem wyrostka, teraz zostanie nazwane średnim zabiegiem na jamie brzusznej. Cóż to zmieni? Naprawdę nic, oprócz wyceny, a uśrednienie wcale nie uszczelni systemu, tylko otworzy pole do naciągania wyceny. Jak zresztą sprawdzałem w nowym katalogu – ten sam zabieg znajduje się w różnych punktach. Poza tym należy podkreślić, że 400-punktowy katalog to nie wszystko – dokumentując wykonane zabiegi, trzeba bowiem korzystać z katalogu B, w którym nadal znajduje się 1800 procedur. Katalog B jest niezbędny, dlatego że przecież wykonywane zabiegi trzeba podporządkować do węższej, 400-punktowej grupy. W całym tym rozwiązaniu widzę jeszcze jeden mankament; należy bowiem przypomnieć, że wiele zabiegów jest limitowanych i te, które dotychczas były droższe – a teraz cena będzie uśredniona – staną się mniej albo wręcz nieopłacalne. W efekcie będą wybierane te zabiegi, które dotychczas były tańsze – a obecnie ich uśredniona cena wzrosła. Nie wiem, jak to ma uszczelnić system – widzę w tym krok wstecz w finansowaniu polskiego leczenia. W moim odczuciu idealnym modelem byłby stary katalog, który jednak zostałby bardziej sprecyzowany, z odpowiednią – odpowiadającą realiom – ceną punktu. ■