

Jednorodne grupy pacjentów

Diagnosis-Related Patient Groups

Adam Kozierekiewicz

Były pracownik Instytutu Zdrowia Publicznego *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, obecnie Europejski Bank Inwestycyjny w Luksemburgu

Słowa kluczowe: finansowanie, opieka szpitalna, jednorodne grupy pacjentów

Key words: payment methods, hospital care, Diagnosis Related Groups

Kardiologia Pol 2008; 66: 708-710

Od czasów II wojny światowej baza szpitalna w większości krajów rozwiniętych znacznie się zwiększyła. Do końca lat 60. ubiegłego wieku trwał ogólnoswiatowy trend polegający na rozbudowie bazy szpitalnej i przenoszeniu na szpitale dużego ciężaru leczenia. Jednocześnie znacznie wzrastały nakłady na leczenie, co w dużej części było związane z rozwojem tejże bazy.

Na wzrost kosztów szpitalnych miały również wpływ niektóre metody finansowania szpitali. Obecnie są one finansowane w różnorodny sposób, jednak historycznie to finansowanie miało formę:

- opłat za usługę – jak w Stanach Zjednoczonych do początku lat 80. XX wieku,
- budżetów globalnych – jak w zdecydowanej większości krajów europejskich, w tym w Polsce.

Wbrew temu, co czasem można usłyszeć ze strony środowisk medycznych, sposób finansowania w istotnym stopniu wpływa na postępowanie medyczne. Finansowanie w formie opłaty za usługę, mimo różnych zabiegów „obronnych” ubezpieczycieli, prowadzi do znacznego wzrostu konsumpcji usług, a co za tym idzie – wzrostu kosztów. W Stanach Zjednoczonych w latach 70. koszty opieki szpitalnej wobec pacjentów Medicare wzrastały rocznie o 20%. Można powiedzieć, że była to cena postępu medycyny i lepszej opieki, ale system Medicare, utrzymywany z podatków, osiągał górne pułapy wydolności. Wzrost kosztów opieki szpitalnej powodował, że nie można było poszerzać spektrum (koszyka usług) leczenia, nie można było zmniejszać współpłacenia pacjenta (co niektóre osoby skutecznie pozbawiało faktycznego dostępu do świadczeń), nie można było także objąć programem refundacji leków. W tej sytuacji Kongres Stanów Zjednoczonych w 1982 r. zdecydował o wprowadzeniu systemu jednorod-

nych grup pacjentów (ang. *Diagnosis Related Groups*, DRG) w miejsce dotychczas stosowanego systemu *fee-for-service*. Po podliczeniu po kilku latach skutków tej zmiany okazało się, że wzrosty nakładów w dalszym ciągu miały miejsce, ale zmniejszyły się do 7% rocznie.

Po II wojnie światowej w krajach europejskich szpitale były finansowane inaczej. Wprowadzenie powszechnie publicznego systemu zabezpieczenia społecznego, z jego częścią ubezpieczeń zdrowotnych, które były obowiązkowe i (zasadniczo) powszechne, spowodowało, że system stał się bardziej „biurokratyczny” niż rynkowy. Szpitale finansowano tak jak szkoły czy urzędy, przyznając im budżety na roczną działalność. Te budżety w dużej części kształtowane były na podstawie historycznych wydatków; jeśli zatem w poprzednim roku budżet szpitala wynosił 100, to w kolejnym zwykle 102–105. Budżety te modyfikowano także czasem na podstawie ogólnych wskaźników produktywności, np. w Niemczech czy Szwajcarii na podstawie liczby dni pobytu pacjentów w szpitalu w poprzednim roku. Zapewne nieprzypadkowo pod koniec lat 90. w tych krajach czasy pobytu w szpitalu były najdłuższe (odpowiednio 12,4 i 12,0 dni) [1]. W innych krajach, np. w Polsce i krajach byłego bloku socjalistycznego, budżety historyczne można było zmodyfikować, rozbudowując infrastrukturę. Prawdopodobnie wielu Czytelników pamięta czasy, gdy metodą powiększenia budżetu szpitala było stworzenie nowego oddziału, pracowni czy poradni i „wyszarpanie” od wojewody (w latach 90.) kilku etatów na ten cel. Szpitale skandynawskie, brytyjskie czy południowoeuropejskie, finansowane przez te same instytucje [odpowiednio: powiaty (*counties*), NHS i regiony], otrzymywały budżety w drodze decyzji polityczno-budżetowych. Często decy-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Adam Kozierekiewicz, ul. Dawska 14c/32, 02-200 Warszawa, e-mail: a.kozierek@eib.org

zje te zupełnie nie były związane z tzw. potrzebami zdrowotnymi, a głównie z zamożnością i priorytetami władz poszczególnych jednostek administracji samorządowej. W tej sytuacji w szpitalach europejskich, w przeciwieństwie do amerykańskich, pojawił się problem niskiej produktywności rozumianej jako intensywność leczenia, liczba procedur przypadających na pobyt w szpitalach oraz liczba pobyków szpitalnych. Często zjawiskiem stały się także kolejki do przyjęć szpitalnych, z czasem organizowane w formę oficjalnych list oczekujących.

W latach 90. XX wieku większość krajów zachodnioeuropejskich oraz duża część środkowoeuropejskich wprowadziła w swoich krajowych systemach opieki zdrowotnej różne odmiany DRG. Odwrotnie niż w Stanach Zjednoczonych, gdzie wprowadzenie DRG miało służyć zmniejszeniu i optymalizacji konsumpcji usług szpitalnych, w krajach europejskich zaczęto wprowadzać to narzędzie jako sposób na pobudzenie produktywności szpitali. Jednocześnie, w przeciwieństwie do prostego systemu *fee-for-service*, koncepcja DRG oparta była na płaceniu za wynik (*outcome*), a nie za pracę (*output*). Płatnicy zdefiniowali zatem produkt, za który zamierzają płacić, jako pacjenta wyleczonego z danego schorzenia (z fazy ostrej choroby, wymagającej leczenia szpitalnego). Znacznie mniej istotny, w pierwotnych założeniach, był sposób leczenia tego pacjenta, czyli procedury, jakie wykonano w trakcie leczenia. Pacjentów wypisywanych ze szpitala należało zatem zakwalifikować, na podstawie schorzenia, do jednej z predefiniowanych tzw. grup diagnostycznych.

System DRG zasadniczo definiował cennik na podstawie schorzenia. Z czasem, w toku rozwoju i modyfikacji, do kryteriów różnicujących cenę grupy diagnostycznej dodawano procedurę czy wiek, jednak z zachowaniem zasady, że liczba grup musi być ograniczona – w praktyce dla całego spektrum leczenia szpitalnego oscyluje w granicach 700–1200 pozycji. W konstruowaniu poszczególnych grup diagnostycznych przyjmowano następujące zasady:

- Każda grupa diagnostyczna ma mieć swoją charakterystykę i znaczenie kliniczne, a lekarze stykający się z daną grupą problemów medycznych powinni ją kojarzyć ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką pacjenta w sensie długości pobytu w szpitalu, rodzaju zlecanych procedur diagnostycznych, leków, zabiegów itp. Skala tego podobieństwa klinicznego powinna zostać potwierdzona badaniami statystycznymi dotyczącymi sposobów postępowania w określonych sytuacjach klinicznych.
- Poszczególne grupy muszą obejmować pacjentów o podobnej „kosztocłonności” w sensie zużycia zasobów szpitala. Ta cecha z kolei powinna być potwierdzona badaniami statystycznymi dotyczącymi zużycia zasobów zarówno w sensie fizycznym (np. liczba i rodzaj badań diagnostycznych), jak i monetarnym (tzw. koszty leczenia).
- Poszczególne grupy diagnostyczne muszą być definiowane na podstawie ogólnie dostępnych danych, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii,

ujętych w dokumentacji szpitala [2]. To z kolei wymaga określenia systemu kodowania chorób i procedur medycznych oraz zasad stosowania kodów.

Praktyczne aspekty stosowania systemu DRG

Najprostszym i – wydawałoby się – najbardziej logicznym sposobem wykorzystania systemu DRG jest opłacanie szpitali wg skali punktowej tego systemu, za każdego przyjętego pacjenta należącego do danej grupy. Jest to zatem model typu *fee-per-case* w czystej postaci. Tego typu rozliczenia stosuje się jednak stosunkowo rzadko, głównie w rozliczeniach między płatnikiem a świadczeniodawcą, którzy nie mają ze sobą stałych relacji. Przykładem takiego zastosowania systemu jest Portugalia i rozliczenia między funduszami ubezpieczeń czy Dania i rozliczenia między powiatami, za leczenie „nie swoich” pacjentów.

Klasycznym sposobem użycia DRG jest sytuacja, gdy w kontraktach ze szpitalami zakłada się pewną liczbę pacjentów, co daje pewną pulę punktów przeliczeniowych, i pod koniec okresu rozliczeniowego następuje sprawdzenie, na ile założone wielkości zgadzają się z rzeczywistymi. Wtedy też kwoty te są ewentualnie korygowane (w górę lub w dół) najczęściej wg stawek regresywnych – uznaje się, że przyjęcie kolejnego pacjenta „ponad limit” nie jest już tak kosztowne jak poprzednich pacjentów, ponieważ tzw. koszty stałe zostały już pokryte. Stosuje się zatem zasadę pokrywania tzw. kosztów marginalnych. W ten sposób działa tzw. *Prospective Payment System*, czyli dominujący w Stanach Zjednoczonych sposób wykorzystania DRG, realizowany przez stanowo-federalne programy Medicare.

Sytuacja szpitali amerykańskich jest jednak radykalnie różna od szpitali w Europie Zachodniej. W Stanach Zjednoczonych szpitale narażone były od zawsze na konkurencję i walkę na rynku, wobec czego są w stanie poradzić sobie z ryzykiem innego, niż spodziewany, wyniku finansowego. Sytuacja szpitali europejskich jest bardziej komfortowa. Z reguły szpitale te są w jakiś sposób powiązane z administracją państwową lub lokalną. Są bardziej biurokratyzowane i mniej skore do walki na rynku. Wobec tych faktów zastosowanie DRG w Europie nieco się różni od modelu amerykańskiego.

We Francji na przykład szpitale dostają roczne budżety bez możliwości ich zmiany w ciągu roku [3]. Jednocześnie na próbie ok. 30 szpitali corocznie obliczane są koszty leczenia poszczególnych przypadków z grup francuskiego odpowiednika DRG. Danej grupie diagnostycznej przyporządkowana zostaje określona liczba punktów (wag punktowych), i tak transplantacja serca jest warta 16 646 punktów, transplantacja nerek – 7954, poród siłami natury bez powikłań – 1000. Wartość punktu w danym regionie (odpowiednik polskiego dużego województwa) uzyskuje się przez podzielenie sumy wydatków na szpitalnictwo w regionie w danym roku przez liczbę

wytworzonych punktów (zwanymi syntetycznymi punktami aktywności medycznej ISA). Obliczenia te wykonuje się zarówno dla regionu (średnia międzyszpitalna), jak i dla każdego szpitala w regionie indywidualnie. Otrzymuje się w ten sposób listę szpitali z przyporządkowanymi im kosztami wytworzenia jednego punktu. Mając do dyspozycji takie narzędzie, płatnicy w tym kraju negocjują ze szpitalami kontrakty, porównując koszty uzyskania jednego punktu ISA oraz budżety tzw. teoretyczne (wynikające z pomnożenia liczby wypracowanych punktów w danym szpitalu przez średni koszt punktu w regionie) i rzeczywiste. Zalecenie dla jednostek, których usługi (mierzone kosztem wytworzenia punktu) są zbyt wysokie, brzmi: [...] *zintensyfikować przyjęcia, skrócić pobyty, wykonywać bardziej specjalistyczne usługi. W przeciwnym razie w ciągu następnych kilku lat budżet szpitala będzie rósł w wolniejszym niż gdzie indziej tempie, co w praktyce oznaczać będzie spadek wartości realnej kwot.*

Podobne sposoby oceny aktywności szpitali są stosowane w innych krajach europejskich. W większości tych krajów roczne budżety szpitali w pewnym stopniu są uzależnione od liczby wytworzonych punktów, lecz duża ich część wynika z wielkości historycznych, tworzących tzw. część stałą budżetu. Wielkość części zmiennej budżetu waha się przy tym od 10 do 60%.

W każdym z wymienionych krajów system wymaga podobnych warunków technicznych działania, na które składają się następujące elementy:

- instytucja utrzymująca system i modyfikująca skład oraz wartość grup diagnostycznych, z reguły na podstawie obserwacji kosztów rzeczywistych w pilotażowych szpitalach,
- mechanizm aktualizacji i weryfikacji grup diagnostycznych i ich wartości oparty na pewnej liczbie pilotażowych szpitali wykonujących analizę kosztów leczenia pacjentów na podstawie jednolitego i szczegółowego rachunku kosztów,
- jednolity w skali kraju schemat kodowania chorób i procedur medycznych, na który składają się system kodowy oraz zasady nadawania tych kodów,
- jednolity w skali kraju zestaw danych, na podstawie których generowane są grupy diagnostyczne, zwany zwykle „minimalnym zestawem danych”, pochodzący ze szpitalnych systemów informacyjnych.

Szczegółowy sposób wykorzystania systemu DRG w Polsce nie jest jeszcze znany. Prawdopodobnie konstrukcja będzie następująca:

- Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) predefiniuje grupy diagnostyczne, przypisując im wartość punktową na podstawie obserwacji kosztów leczenia w danych grupach.

- Zarówno definicja grup, jak i wartość punktowa będą zapewne podlegały corocznej modyfikacji w miarę gromadzenia danych i opinii z „rynku”.
- Szpitale będą deklarować spodziewaną liczbę punktów, jakie zamierzają „sprzedać” NFZ, ewentualnie z podziałem na szerokie grupy diagnostyczne.
- Na podstawie tych deklaracji podpisywane będą kontrakty i ustanawiane wielkości *de facto* budżetów szpitalnych.
- W razie „niewytworzenia” planowanej liczby punktów w określonym czasie płatność dla szpitala zostanie pomniejszona, w razie przekroczenia planowanej wielkości „produkcji” – zostanie podwyższona, przy czym skala i proporcje zmian budżetów są obecnie nieznanne.
- Wszyscy pacjenci wypisywani ze szpitali muszą zostać odnotowani w raporcie, w którym prócz danych pacjenta znajdują się kody chorób (wg ICD-10) oraz procedur (wg ICD-9-CM).
- Za leczenie pacjentów znacznie odbiegających od średnich w danej grupie diagnostycznej (np. pacjent przyjęty w celu operacji wyrostka robaczkowego, który w trakcie pobytu w szpitalu przeszedł zawał serca) możliwe będzie zwiększenie płatności poprzez osobne szczegółowe rozliczenie.

Ten ostatni problem – leczenie niestandardowo kosztownego pacjenta – rozwiązywany jest w różnych krajach różnie. W Stanach Zjednoczonych pacjentów takich kwalifikuje się do tzw. *outyers* i rozlicza na podstawie wykonanych procedur, przy czym rozliczenie takie jest szczegółowo kontrolowane przez płatnika i wymaga ważnego uzasadnienia. W Wielkiej Brytanii w przypadku pacjentów tego typu, którzy zwykle przebywają w szpitalu dłużej, niż wynosi średnia w danej grupie, rozliczane są dodatkowo kolejne dni pobytu. W Niemczech z kolei istnieje tendencja, by corocznie dodawać nowe grupy diagnostyczne, obejmujące m.in. takich niestandardowych pacjentów. Dla ośrodków wysokospecjalistycznych sposób rozwiązania tego problemu jest najważniejszy. Wydaje się, że w Polsce w tym celu powinien zostać wykorzystany mechanizm zgody na indywidualny sposób leczenia i rozliczenia, który stosowany jest w pewnym stopniu od lat. W ten sposób możliwe będzie połączenie dwóch sprzecznych elementów: uśrednienia i indywidualizacji.

Piśmiennictwo

1. OECD Health Data 2006, OECD Paris France.
2. Jasiński G, Kozierekiewicz A. Organizacja systemów finansowania ochrony zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. *Medycyna Praktyczna*, 2001.
3. Kozierekiewicz A, Laurent JF. Ocena aktywności szpitali dla celów kontraktowania i monitorowania kontraktów – analiza narodowego systemu jednorodnych grup pacjentów. *Antidotum* 1997; 7.