System Jednorodnych Grup Pacjentów – różne zastosowania systemu

Diagnosis-Related Groups: Various system applications

Krzysztof Osiński^D

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(3):227–233

Adres do korespondencji

Krzysztof Osiński
e-mail: bonux86@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.11.2016 r.

Po recenzji: 29.12.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 23.03.2017 r.

Streszczenie

Autor artykułu przedstawia historię powstania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów oraz stara się odpowiedzieć na pytanie o użyteczność wprowadzanego systemu opierającego się na spójnych zasadach jako narzędzia do osiągania odmiennych celów. W zależności od państwa, w którym system był wdrażany, starano się uzyskać inne rezultaty dla systemu opieki zdrowotnej. W celu zbadania postawionej hipotezy (zastosowanie systemu JGP pozwala na osiągnięcie odmiennych efektów w systemie opieki zdrowotnej) przedstawiono proces wprowadzania oraz oczekiwań odnośnie do systemu w 4 krajach Europy (w Niemczech, Szwajcarii, Francji oraz Polsce). Po analizie literatury przedmiotu określono problemy, które starano się rozwiązać w poszczególnych krajach (monitorowanie kosztów świadczeń zdrowotnych, ujednolicenie systemu rozliczeń z płatnikiem instytucjonalnym, poprawa jakości świadczeń medycznych oraz skrócenie czasu hospitalizacji). Można zauważyć, że wprowadzenie systemu pozwala na osiągnięcie różnych celów, mimo specyfiki jego funkcjonowania. Opiera się on na mechanizmie grupowania, który działa na ściśle określonych zasadach. Należy pamiętać, że system może być w określony sposób modyfikowany, do czego potrzebne są odpowiednie założenia oraz regulacje prawne.

Słowa kluczowe: Jednorodne Grupy Pacjentów, finansowanie systemu opieki zdrowotnej, historia Jednorodnych Grup Pacjentów

DOI

10.17219/pzp/69711

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

This position describes the origins of Diagnosis-Related Groups and considers the usefulness of the introduced system, based on consistent rules, as a tool to achieve different goals. Depending on the country in which the system was implemented, different impact on the healthcare system was expected. In order to investigate the hypothesis that the application of the DRG system allows to achieve distinct effects in the healthcare system, the introduction process, as well as the expectations for the system in four European countries (Germany, Switzerland, France and Poland) were presented. After analyzing the literature, the author identified problems which are being solved in particular countries (monitoring health services costs, standardization of the payment system with the institutional payer, improvement of medical services quality and shortening the hospitalization time). It can be observed that the introduction of the system serves different purposes, despite its functional specificity. It is based on the mechanism of grouping, which operates under strict rules. It should be noticed that the system can be modified in a certain way but it requires proper premises and regulations.

Key words: Diagnosis-Related Groups, financing of the healthcare system, DRG history

Wprowadzenie

Rozliczanie szpitala z płatnikiem usług medycznych jest jednym z istotnych elementów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Zaniedbania w tej kwestii mogą prowadzić do powstania znacznych odstępstw od uzyskiwania zapłaty za usługi medyczne w sposób sprawny i adekwatny do przeprowadzonego leczenia. W odpowiedzi na brak możliwości jednolitego rozliczania świadczeń medycznych oraz na bardzo szybko zwiększające się wydatki na opiekę zdrowotną w latach 80. powstał system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Na przestrzeni lat wdrożono go w wielu krajach Europy.

Istotą tego artykułu jest zbadanie, czy system JGP opierający się na jednakowych zasadach może mieć różne zastosowania w zależności od potrzeb kraju, w którym jest wprowadzany. Praca przedstawia problemy, które miały być rozwiązane za pomocą JGP oraz wyniki, jakie udało się uzyskać po jego wdrożeniu w poszczególnych krajach.

W niniejszym artykule postawiono następującą tezę: zastosowanie systemu JGP pozwala na osiągnięcie odmiennych efektów w systemie opieki zdrowotnej.

Weryfikację postawionej tezy przeprowadzono na podstawie dostępnej literatury przedmiotu. Autor niniejszej pracy przedstawia problemy, proces wprowadzenia oraz oczekiwania wobec Jednorodnych Grup Pacjentów w 4 krajach Europy.

Historia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów

Główną misją szpitala jest leczenie pacjentów przyjętych na odpowiednie oddziały zgodnie z ich specjalizacją. Analizując proces terapeutyczny, uwzględnia się jego złożoność. Należy pamiętać, że jest on różny dla poszczególnych schorzeń oraz długotrwały, co sprawia, że proces rozliczania szpitala także jest bardzo złożony. Znacznym uproszczeniem byłoby zastosowanie modelu rozliczeń z płatnikiem (ubezpieczyciel finansujący świadczenia) na podstawie liczby przyjętych pacjentów, osobodni bądź metod hospitalizacji. Nie można porównywać pacjentów

leczonych na zapalenie płuc z pacjentami przyjętymi do szpitala z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Każdy z tych przypadków jest indywidualny, powoduje różne koszty leczenia, potrzebuje innego czasu na hospitalizację oraz zróżnicowanego wysiłku personelu medycznego. W latach 60. w USA zaobserwowano, że pacjenci cierpiący na identyczną jednostkę chorobową, diagnozowani i poddani leczeniu z zastosowaniem zbliżonych metod, generowali bardzo podobne koszty terapii. Na przełomie lat 60. i 70. prof. Robert B. Fetter z Uniwersytetu Yale po raz pierwszy przedstawił założenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (Diagnosis Related Groups – DRG). Profesor Fetter zdefiniował 54 główne kategorie diagnostyczne oraz 333 docelowe grupy diagnostyczne. System JGP został skonstruowany na podstawie następujących założeń:

1. Każda z grup ma własną charakterystykę oraz znaczenie kliniczne.
2. Lekarz, stykając się z daną jednostką chorobową, musi ją łączyć z określonym sposobem leczenia (długość hospitalizacji, diagnostyka, zabiegi).
3. Stworzenie grup wskazuje miejsca niedofinansowane oraz zbyt finansowane w strukturze szpitala.
4. Poszczególne grupy zostają utworzone na podstawie ogólnodostępnych informacji o chorobie pacjenta oraz procesie terapeutycznym (dokumentacja medyczna).
5. Poszczególne grupy diagnostyczne składają się z pacjentów generujących zbliżone koszty terapii dla szpitala.
6. Liczba powstałych grup jest możliwa do kontrolowania i prowadzenia analiz.

W celu opracowania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w II kwartale 1979 r. poddano analizie 1 400 000 przypadków. Początkowo otrzymywane wyniki opracowywano z zastosowaniem metod statystycznych. Powtarzając cyklicznie analizy dużych zbiorów informacji, osiągnięto zbliżone do rzeczywistości dane. Kolejny etap badawczy objął mniejszą liczbę przypadków (330 000 pozycji pochodzących z 33 szpitali w New Jersey). Pierwsze wyniki poddano analizie przez specjalistów z różnych dziedzin. Ostateczne tworzenie grup diagnostycznych przebiegało w następującej kolejności:

1. Przyporządkowanie pacjenta do jednej z 23 głównych grup na podstawie rozpoznania zasadniczego stawianego na koniec hospitalizacji.
2. Utworzenie podziału na pacjentów niezabiegowych oraz zabiegowych wewnątrz każdej z grup.
3. Grupowanie pacjentów pod kątem generowanych kosztów dla szpitala z uwzględnieniem jednostki chorobowej.
4. Użycie algorytmu dzielącego grupy diagnostyczne na dalsze kategorie (wiek, płeć, choroby współistniejące).

Główną przyczyną wprowadzenia systemu JGP była walka z nadmiernie zwiększającymi się kosztami państwowego programu Medicare. System opierał się na metodzie finansowania w trybie opłat za usługę (fee for service – FFS).¹ W przypadku rozliczania metodą FFS istnieje silna tendencja zwiększania liczby usług medycznych prowadząca do nadkonsumpcji świadczeń opieki zdrowotnej, nadmiernego wzrostu obciążeń finansowych zarówno pracodawców (szpitali), jak i samych pacjentów, co często nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w stanie zdrowia chorego. Ostatecznie system JGP w Stanach Zjednoczonych wprowadzono w życie decyzją Kongresu w 1982 r. Został on aktualnym sposobem prospektywnego systemu opłacania świadczeń przez Medicare.²

Główną ideą JGP jest finansowanie świadczeń zdrowotnych na podstawie tabeli stabilnych cen. Niezależnie od rzeczywistych kosztów szpitala zapłata następuje zgodnie z oszacowanymi wartościami. Skutek to niedofinansowanie lub zbytne finansowanie świadczeń szpitalnych. Zgodnie z powyższym systemem nie uwzględniano poniesionych nakładów na wyleczenie pacjenta, zapłata następowała na podstawie rozpoznania danej jednostki chorobowej, a kwestia płatności była uregulowana na podstawie przeciętnych kosztów leczenia.

W systemie Jednorodnych Grup Pacjentów zdefiniowano grupę pacjentów jako „grupę chorobową wyróżnioną ze względu na diagnozę”. Szpital przynosił stratę, ponosząc większe koszty leczenia danej jednostki chorobowej, a mając mniejsze koszty, generował zysk.

JGP w Stanach Zjednoczonych wprowadzono w celu przeciwdziałania drastycznemu zwiększeniu kosztów ponoszonych przez szpitale. Umożliwiło to skupienie się kadry zarządczej na kontroli kosztów. Aby opanować wydatki, podczas wdrażania systemu utworzono „sztuczny rynek”, na którym ceny były ustalone z góry, bez względu na podaż i popyt. W szpitalach zakazano pobierania dodatkowych opłat od pacjentów oraz udzielania im rabatów na świadczenia zdrowotne. Po upływie pewnego czasu poddano analizie statystyki i rozliczenia szpitalne. Analiza wykazała, że narzucenie sztywnych cen, niezależnych od popytu i podaży, wpłynęło na rozdzielanie usług. Świadczenia dobrze wycenione, czyli przynoszące zyski, stały się bardziej popularne od świadczeń wycenionych gorzej, które generowały straty dla szpitala. Pojawiły się jednak dylematy, czy przeprowadzać takie gorzej wycenione procedury chirurgiczne. Zauważono

nagminne skracanie czasu hospitalizacji pacjenta w celu redukcji kosztów. Doprowadzało to do komplikacji (ostre wypisy), ponownych hospitalizacji, obniżenia skuteczności terapii, a nawet zgonów. Według personelu medycznego na początku wprowadzenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów znacznie obniżyła się jakość udzielanych świadczeń medycznych. Starano się bardzo ograniczać wydatki w gorzej wycenionych procedurach, aby uniknąć zmniejszenia rentowności szpitala bądź pogłębienia strat finansowych. Jakość świadczeń szpitalnych przywrócono do odpowiedniego poziomu przez wprowadzenie klauzul jakości oraz systemów zarządzania jakością w szpitalach. Kolejny problem, jaki powstał po wprowadzeniu systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, to koncentracja wykonywanych świadczeń w szpitalach o uznanej renomie. Małe szpitale będące na etapie zdobywania swojej pozycji na rynku, rozwijające się oraz zdobywające prestiż i dbające o jakość walczyły z problemem utrzymania się na rynku usług zdrowotnych. Przy niskich wycenach świadczeń nie miały możliwości pokrywania kosztów stałych swojej działalności. Dodatkowym problemem stało się zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości świadczonych usług medycznych w tych szpitalach. Kolejną trudność stworzyła sama idea systemu. Zakładano ustandaryzowanie wydatków na poszczególną jednostkę chorobową i związany z nią proces terapeutyczny. Społeczeństwo jest różnorodne, nie ma 2 identycznych osób, a więc i 2 takich samych procesów terapeutycznych. Każdy niesie za sobą inne koszty poniesione na leczenie. W grupie pacjentów mniej pożądanym znalazły się osoby starsze, wymagające przeprowadzenia większej liczby badań diagnostycznych, w przypadku których okres przebywania w szpitalu jest dłuższy oraz częściej obciążony powikłaniami. Przyczyniło się to do wydłużenia czasu oczekiwania przez te osoby na świadczenia szpitalne. Aby nie doprowadzić do powstania bardziej złożonych procesów diagnostycznych i terapeutycznych, wprowadzono limity na przyjęcia. Celem tych działań było uniknięcie znaczących strat dla szpitali, mogących zagrozić ich płynności finansowej. W skrajnych przypadkach osoby starsze odsyłano do oddalonych szpitali lub placówek prywatnych będących poza podstawową opieką zdrowotną w USA. Kolejnym problemem powstałego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów stały się nowe, bardzo kosztowne technologie medyczne.³

Standardem stało się stosowanie technologii starszych generacji, niepowodujących podwyższonych kosztów dla szpitala. Niosło to za sobą znaczne konsekwencje w postaci uzyskania średnich efektów procesów terapeutycznych. Jedynym rozwiązaniem wyżej opisanej sytuacji było wystąpienie do osób wyceniających świadczenia o weryfikację kosztów dostępnych usług medycznych z uwzględnieniem nowatorskich metod leczenia i diagnostyki. Zdarzało się to jednak rzadko. Wprowadzenie systemu JGP zaowocowało powstrzymaniem bardzo szybko zwiększających się kosztów w opiece szpitalnej.⁴

Skutkiem zmniejszenia kosztów w leczeniu szpitalnym jest alokacja nakładów w systemie opieki zdrowotnej na opiekę pielęgniarską. Koszty opieki pielęgniarskiej zaliczają się do bardzo trudnych do oszacowania.⁵

Istnieje klasyfikacja ujednolicająca terminologię w pielęgniarstwie (ICNP) – jest to odpowiednik lekarskiej ICD. Ma zastosowanie w różnego rodzaju raportach oraz planowaniu opieki dla pacjentów.

System Jednorodnych Grup Pacjentów dąży do krótszego pobytu chorego w szpitalu, a więc niektóre czynności muszą być wykonane przez pielęgniarkę podczas wizyty domowej. Ukazuje to wadę systemu: koszty opieki pielęgniarskiej są ponoszone w ramach hospitalizacji pacjenta. Można zauważyć, że za niektóre elementy procesu terapeutycznego szpital płaci 2 razy – raz podczas hospitalizacji pacjenta, a drugi raz za okres rekonwalescencji w domu.⁵ Należy wspomnieć, że system JGP nie uwzględnia w kosztach promocji zdrowia oraz profilaktyki.

System Jednorodnych Grup Pacjentów w wybranych krajach Europy

Niemcy

Funkcjonujący w Niemczech system Jednorodnych Grup Pacjentów jest uważany za największą reformę strukturalną od 30 lat.⁶ W celu stworzenia niemieckiego systemu zobligowano samorządowe organy opieki zdrowotnej: Naczelne Kasy Chorych, Niemieckie Stowarzyszenie Szpitali oraz Stowarzyszenie Prywatnych Ubezpieczycieli do wybrania z działających na świecie modeli systemów JGP jednego oraz zbudowania własnego systemu z uwzględnieniem tego wzorca. Wybrano australijską wersję systemu. Podstawy prawne niemieckiego systemu JGP opracowano w 2000 r. Wprowadzanie produktu trwało kilka lat. Długotrwały proces wdrożeniowy miał na celu uniknięcie negatywnych skutków rozliczeń z płatnikiem oraz niedopuszczenie do nieefektywnego wydatkowania funduszy na leczenie szpitalne. Niemcy wprowadzili uregulowania prawne określające poziom jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W maju 2001 r. niemiecki instytut systemu rozliczania świadczeń szpitalnych rozpoczął proces wdrażania JGP. Od stycznia 2003 r. szpitale mogły dokonywać wyboru sposobu rozliczania w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów, pod warunkiem rozliczania w wyznaczonych terminach. Od 1 stycznia 2004 r. wprowadzono obligatoryjne rozliczanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z systemem JGP. Jego wprowadzenie spowodowało kłopoty, niektóre niemieckie szpitale zaczęły działać ze znacznym opóźnieniem i dołączyły do wymaganego modelu rozliczeń w 2005 r. Podczas klasyfikowania przypadków medycznych do JGP w Niemczech brane są pod uwagę dołącznie te same czynniki, co w innych krajach. Są nimi:

- rozpoznanie ogólne oraz przeprowadzone procedury,
- liczba godzin sztucznego oddychania z wykorzystaniem respiratora,
- komplikacje oraz choroby współistniejące,
- wiek, płeć.

Przebieg procedury kodowania jest bardzo podobny do stosowanego obecnie w Polsce. Pierwszy etap to zakodowanie rozpoznania głównego oraz rozpoznań dodatkowych, które mogą mieć wpływ na przebieg leczenia. Kolejny etap to zakodowanie wykonanych procedur (zabiegi, badania), a w końcowym etapie za pomocą specjalnie przygotowanego grupera uzyskuje się wynik.

Wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Niemczech miało kilka celów. Starano się doprowadzić do wyrównania kosztów poszczególnych świadczeń oraz uregulowania kwestii płatności zgodnie z procedurami, a także skrócić czas hospitalizacji pacjenta. Niezasadne stało się wydłużanie pobytu chorego w celu wygenerowania większych zysków dla szpitala. Wprowadzenie systemu miało również umożliwić lepsze porównywanie świadczeń oraz znacząco podnieść jakość usług medycznych.

Wdrożenie JGP w Niemczech spowodowało kilka znaczących zmian dla systemu opieki zdrowotnej. Stopniowo zmniejszała się liczba osób leczonych na oddziałach szpitalnych, a doprowadziło do tego zwiększenie liczby zabiegów dokonywanych w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej bez konieczności hospitalizacji pacjenta. Niemieckie szpitale zaczęły tworzyć poradnie przyszpitalne, aby kompleksowo realizować świadczenia dla pacjentów.⁶

Niemieckie szpitale niekiedy zbyt drastycznie skracają czas hospitalizacji. Rozliczanie z uwzględnieniem zleconych badań oraz wykonanych zabiegów powodowało brak uzasadnienia ekonomicznego dla zbyt długiej hospitalizacji pacjenta na oddziale, co w skrajnych przypadkach wpływało na przedwczesne wypisy pacjentów.

Ostatnim skutkiem wprowadzenia Jednorodnych Grup Pacjentów dla niemieckiego systemu opieki zdrowotnej było ograniczenie wzrostu kosztów usług medycznych oraz poprawa ich jakości. Niemieckie władze wprowadziły odpowiednie dokumenty regulujące kwestie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednym z elementów ww. regulacji jest coroczne sprawozdanie sporządzane przez świadczeniodawców. Wdrożono również zabezpieczenia uniemożliwiające szpitalom przeprowadzanie tylko najprostszych procedur medycznych i odsyłanie pacjentów na bardziej skomplikowane zabiegi do innych szpitali.⁶

Szwajcaria

Wdrażanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Szwajcarii rozpoczęto w drugiej połowie lat 80. Za główny cel wprowadzenia JGP uważano ujednolicenie zakresu usług medycznych w kraju podzielonym na kantony (podstawowa, terytorialna jednostka administracyjna Szwajcarii). Powstały system funkcjonuje jako system

Bismarckowski. Państwo nie ingeruje w kwestię opieki zdrowotnej, sprawuje jedynie nadzór nad jej działaniem. W każdym z kantonów funkcjonował system opieki zdrowotnej opierający się na własnych, odrębnych przepisach. Skutkiem tego stało się zdecentralizowanie systemu opieki zdrowotnej w Szwajcarii. Poszczególne kantony miały swoje regulacje dotyczące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz inne listy usług medycznych. Stało się to podstawą do wprowadzenia systemu JGP.

W 1997 r. zaczęto wdrażać system w poszczególnych kantonach Szwajcarii. W latach 1997–2001 opracowano własną wersję systemu opierającą się głównie na doświadczeniach związanych z wycenianiem świadczeń zdrowotnych. Aby wdrożyć system, konieczne było uchwalenie ustawy obligującej szpitale z terenu całego kraju do prowadzenia dokładnych statystyk uwzględniających czynniki zarówno ekonomiczne, jak i medyczne.

W szwajcarskim systemie sprawozdania zawierały bardzo dużo informacji (liczba i rodzaj danych przypadków klinicznych, czas hospitalizacji, liczba wykorzystanych łóżek szpitalnych oraz zrealizowanych zabiegów, badań diagnostycznych i laboratoryjnych). Uwzględniano ponadto czas wykonywania badania oraz datę i godzinę przyjęcia i wypisu pacjenta ze szpitala. Spowodowało to powstanie bardzo obszernych baz danych, na podstawie których dokonano obliczeń ponoszonych kosztów przez szpitale.

W 1999 r. stwierdzono, że wymagane sprawozdania są sporządzane przez 62% szpitali z zakresu statystyki medycznej oraz 95% szpitali w kwestii statystyki ekonomiczno-administracyjnej. Nie były to zadowalające wyniki, co było spowodowane nieprecyzyjną formą kodowania obejmującego cały kraj. Skutkiem tego był sprzeciw personelu medycznego w kwestii sprawozdawczości. Problem został rozwiązany przez zmianę systemu sposobu klasyfikacji świadczeń. Wprowadzono klasyfikację pacjentów bazującą na diagnozie medycznej. Głównym celem wdrożenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w Szwajcarii było ustandaryzowanie usług medycznych (również pod kątem jakości) na terenie całego kraju. Drugorzędnym celem wprowadzenia systemu było przedstawienie zużycia zasobów w systemie opieki zdrowotnej.^{7,8}

Francja

System Jednorodnych Grup Pacjentów wdrożono we Francji w latach 80. XX w. Za wzór posłużył system stosowany w Stanach Zjednoczonych, ale we Francji ukierunkowano go głównie na pozyskiwanie danych dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kraju. W początkowym etapie skupiono działania na tworzeniu baz danych, na podstawie których opracowano zestawienia mające pomóc w zarządzaniu placówkami medycznymi.⁹

Już w 1985 r. możliwe stało się wykazanie grup chorych przyczyniających się do wystąpienia zbliżonych kosztów świadczeń dla systemu. W 1989 r. wprowadzono regulacje prawne zmuszające wszystkie szpitale do prowadzenia

wymaganych statystyk. Zobligowano lekarzy do przygotowywania odpowiedniej dokumentacji medycznej. Stała się ona podstawą do sporządzania wymaganych zestawień realizowanych usług. Na przestrzeni kolejnych lat gromadzono dane i opracowywano siatkę wskaźników kosztów. Przeprowadzono testy mające na celu całkowite oszacowanie budżetu szpitala wyłącznie z wykorzystaniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Szpitale zostały zaopatrzone w odpowiednie systemy komputerowe dostosowane do prowadzenia sprawozdawczości. Administracja publiczna otrzymała oprogramowanie pozwalające na prowadzenie analiz przekazanych danych oraz kalkulację budżetów szpitali. Pozyskała także idealne narzędzie do analizy oraz kontrolowania zarówno kosztów szpitali, jak i stanu zdrowia populacji. Jednym z głównych celów wdrożenia systemu było doprowadzenie do wyrównania wydatków ponoszonych na leczenie pacjentów oraz zwiększenie efektywności szpitali.

System francuski funkcjonuje z wykorzystaniem bardzo wielu danych, co pozwala na oszacowanie produktywności placówek medycznych. W 2002 r. w systemie sklasyfikowano 510 grup diagnostycznych w leczeniu szpitalnym oraz 85 grup w lecznictwie ambulatoryjnym. W celu oszacowania grup wykorzystuje się bardzo obszerne ilości danych, takich jak rozpoznanie zasadniczej choroby oraz rodzaj przeprowadzonej głównej procedury terapeutycznej podczas hospitalizacji. Dodatkowo są zbierane informacje na temat czasu pobytu w szpitalu, wykorzystanych leków, czasu pracy personelu medycznego związanego z terapią pacjenta oraz wiele innych czynników. Lekarz prowadzący jest odpowiedzialny za przekazanie danych dotyczących terapii. Zobowiązany jest także do wypełnienia odpowiedniego formularza podczas sporządzania dokumentacji medycznej pacjenta. Wypełniony formularz trafia do działu zajmującego się procesem grupowania świadczeń. Przypisanie pacjenta do odpowiedniej grupy diagnostycznej odbywa się według następującej kolejności:

1. Po zakończeniu okresu hospitalizacji do pacjenta jest przyporządkowywana choroba zasadnicza, którą wpisuje się do elektronicznej dokumentacji pacjenta.
2. Dane zostają uzupełnione o wykonane zabiegi medyczne oraz przeprowadzone badania.
3. Ostatni etap to wpisanie informacji dotyczących płci, wieku, rozpoznania chorób współistniejących, a w przypadku noworodków wagi urodzeniowej.

Podczas jednego pobytu w szpitalu istnieje możliwość przyporządkowania pacjenta wyłącznie do jednej grupy diagnostycznej. Pacjent, u którego rozpoznano rzadką lub powodującą bardzo duże koszty terapii chorobę, jest automatycznie oznaczany jako generujący wysokie koszty. System wskazuje również osoby często hospitalizowane. W przypadku pacjenta leczonego na więcej niż jedną jednostkę chorobową należy uwzględnić w sprawozdaniu dolegliwość generującą większe koszty dla szpitala, jednocześnie uzupełniając dane o rozpoznania współist-

niejące, towarzyszące im zabiegi oraz badania. Przypisanie pacjenta do odpowiedniej grupy jest możliwe dzięki oprogramowaniu korzystającemu z utworzonego przez Ministerstwo Zdrowia Francji algorytmu grupowania obowiązującego na terenie całego kraju. Dane są corocznie gromadzone w celu ich analizy oraz oszacowania kosztów leczenia szpitalnego. Konsekwencją działań jest coroczna modyfikacja systemu punktowego poszczególnych grup diagnostycznych. W rankingu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 r. francuski system Jednorodnych Grup Pacjentów uzyskał najwyższe oceny pod względem 3 kryteriów:⁹

1. Zaspokojenie potrzeb społeczeństwa.
2. Sprawiedliwość obciążeń finansowych.
3. Stan zdrowia populacji.

Francuski system Jednorodnych Grup Pacjentów jest obecnie jednym z najdroższych. Prowadzenie dokładnych analiz opierających się na bardzo dużych ilościach danych oraz wprowadzanie corocznych zmian w punktacjach świadczeń powoduje wysokie koszty funkcjonowania systemu.¹⁰

Polska

System Jednorodnych Grup Pacjentów wprowadzono w Stanach Zjednoczonych w latach 80. XX w., a w ciągu kolejnych lat także w innych państwach: Francji, Austrii, Belgii, Norwegii, Wielkiej Brytanii oraz Szwecji.

W Polsce pod koniec lat 90. w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych podjęto pierwsze próby wdrożenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.¹¹ W 1999 r. opracowano grupy świadczeń dla ginekologii oraz położnictwa. W celu zdefiniowania procedur posłużono się bazami danych z 10 szpitali znajdujących się w województwie warmińsko-mazurskim. Stworzenie polskiego modelu systemu Jednorodnych Grup Pacjentów zostało sfinansowane z pożyczki z Banku Światowego.¹²

W grudniu 2000 r. w Warszawie zaprezentowano projekt mający za zadanie sporządzenie zbiorów JGP, co umożliwi tworzenie planów finansowych placówek medycznych w Polsce. Naczelnikiem projektu został dr Jacek Grabowski. Wyłoniono 2 województwa oferujące pomoc, które intensywnie uczestniczyły w wyborze szpitali do udziału w programie. W dalszym etapie wybrano 7 szpitali znajdujących się w województwie podkarpackim oraz 15 szpitali z obszaru Dolnego Śląska. Dużym problemem było scharakteryzowanie sposobu klasyfikacji algorytmów do systemu. Postanowiono skorzystać z austriackiego sposobu grupowania. W szpitalach biorących udział w projekcie przeprowadzono szkolenia dla personelu medycznego. Wykorzystywano prezentacje multimedialne, uczestnicy szkoleń wypowiadali się na następujące tematy: „narzędzia finansowania szpitali z użyciem austriackiego modelu LKF (JGP)” oraz „finansowania oddziałów intensywnej terapii”. Duży nacisk położono na tematykę gromadzenia danych dotyczących nakładów pieniężnych

na leczenie. Kolejnym etapem projektu była analiza i recenzja algorytmów. Przedostatni etap stał się jednocześnie najdłuższym oraz najtrudniejszym do realizacji. Zebrano informacje kliniczne oraz dane finansowe w celu przeprowadzenia odpowiednich analiz. Grupa ekspertów ze sfery finansowej oraz medycznej szkoliła przedstawicieli systemu ochrony zdrowia oraz służyła pomocą szpitalom w trudnych kwestiach. W okresie od 2000 do marca 2001 r. pozyskano bardzo duże ilości danych. Pochodziły głównie ze szpitali znajdujących się na Dolnym Śląsku (9 placówek), jednego szpitala z Podkarpacia oraz z Regionalnej Kasy Chorych we Wrocławiu. Wszystkie informacje zostały zgromadzone w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Aby wykorzystać informacje uzyskane od szpitali niezbędne stało się dostosowanie ich formy do przyjętego na czas projektu austriackiego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Konieczna okazała się zmiana kodów procedur z polskiego wydania klasyfikacji ICD-9 na katalog MEL stosowany w austriackim systemie. Analiza danych przebiegała w kilku etapach. Na początku przygotowano tabele grupowania w celu przypisania wyników pacjenta do wykorzystanych procedur medycznych. Kolejnym etapem było przeprowadzenie badań z zakresu prawdopodobieństwa wystąpienia danej jednostki chorobowej bądź zlecenia danego badania. Był to najważniejszy oraz najtrudniejszy etap projektu. W dalszym postępowaniu uzyskane dane uzupełniono o czas hospitalizacji. Wykorzystano do tego ponad milion zestawów danych zebranych ze 102 szpitali znajdujących się na terenie Dolnego Śląska. Łącznie do sporządzenia projektu posłużono się około 170 tys. danych o pacjentach. Przeprowadzenie analiz umożliwiło określenie przybliżonych kosztów poszczególnych grup pacjentów. W końcowym etapie zespół zajmujący się tworzeniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów został wysłany na szkolenia. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i regionalnych kas chorych odwiedzili Uniwersytet w Innsbrucku, dzięki czemu mogli zapoznać się ze specyfiką regionalnej administracji finansowania szpitali. Kolejne szkolenie objęło prezentację nowopowstałego systemu oraz cyklu przetwarzania danych, opracowania końcowej dokumentacji i przedstawienia wyników.¹³

Podstawą do stworzenia polskiej wersji systemu Jednorodnych Grup Pacjentów stał się brytyjski system Health Resources Groups (HRG). Wprowadzenie systemu miało zoptymalizować oraz zmniejszyć liczbę usług szpitalnych. Zakładano pozytywny wpływ wdrożenia systemu na produktywność szpitali. Zmienił się sposób rozliczania. Poprzedni system przypisywał do pacjenta pozycję z katalogu szpitalnego, co nie odzwierciedlało problemów terapii rozpoznanej choroby. Kosztem była procedura nieuwzględniająca indywidualnych procesów podczas leczenia pacjenta. Obecnie system Jednorodnych Grup Pacjentów przyporządkowuje chorych do grup o podobnym podejściu diagnostycznym i terapeutycznym, a więc pacjenci są przypisywani do grup o podobnej charakterystyce kosztowej.^{14,15}

Podsumowanie

Celem artykułu było zbadanie, czy wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów pozwala na zaspokojenie potrzeb systemów opieki zdrowotnej w różnych państwach. Przeprowadzone badania pozwoliły na zrealizowanie tego założenia.

Analizowana w artykule literatura przedmiotu mimo niewielkiej skali pozwoliła na udowodnienie przedstawionej tezy. Potwierdzono, że wdrożenie systemu JGP pozwala na osiągnięcie odmiennych celów w systemie opieki zdrowotnej.

Z przedstawionych opracowań dla 4 krajów Europy wynika, że w każdym z nich wprowadzenie systemu JGP miało zupełnie inne cele: począwszy od monitorowania kosztów świadczeń medycznych przez ujednolicenie systemu rozliczeń z płatnikiem, aż do poprawy jakości świadczeń medycznych wraz ze skróceniem czasu hospitalizacji. Mogłoby się wydawać, że system funkcjonujący z wykorzystaniem jednego mechanizmu – grupowania – jest możliwy do zastosowania w zbliżonych warunkach oraz pozwala na osiągnięcie tożsamyh efektów. Z przedstawionych opracowań wynika, że zastosowanie systemu JGP może prowadzić do osiągnięcia zamierzonych celów w zależności od zapotrzebowania. Należy mieć na uwadze, że do osiągnięcia pożądaných rezultatów jest potrzebne stworzenie odpowiedniego systemu oraz uregulowań prawnych.

Piśmiennictwo

1. Kozierkiewicz A. Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej. *Materiał szkoleniowy*. 2011; 15, 27.
2. Kartynicz A: Zyskowe Grupy. *Gazeta Lekarska. Naczelna Rada Lekarska*. 2008; 7–8, 211–212.
3. Kozierkiewicz A, Laurent JF. Ocena aktywności szpitali dla celów kontraktowania i monitorowania kontraktów – analiza narodowego systemu jednorodnych grup pacjentów. *Antidotum*. 1997; 7(6): 2–21.
4. Sobczak A. Dylematy wprowadzenia DRG w Polsce. *Zdrowie Publiczne*. 1999; 109(4): 150–153.
5. ICN: Arkusz danych pielęgniarskich: Grupy oparte o diagnozy. *Pielęgniarka i Położna*. 2005; 9: 20–21.
6. Wieczorkowska A. Co piszczy w G-DRG. *Menedżer Zdrowia*. 2009; 1: 48–52.
7. Macuda M. Wykorzystanie Jednorodnych Grup Pacjentów w planowaniu kosztów świadczeń zdrowotnych na przykładzie szpitali w Szwajcarii. [W:] *Prace Katedry Rachunkowości z okazji jubileuszu 75-lecia*. Red.: Gabrusewicz W. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu*. 2006; 82: 119–128.
8. Macuda M. Kierunki wykorzystania systemu jednorodnych grup pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej. [W:] *Rachunkowość zarządcza w warunkach globalizacji*. Red.: Nowak E. *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2008; 15: 271–277.
9. Bryła M. Niektóre zagadnienia szpitali we Francji. *Zdrowie Publiczne*. 1993; 3(104): 170–174.
10. Kozierkiewicz A. Godzenie jednolitości z różnorodnością – francuski system finansowania świadczeń zdrowotnych. *Zdrowie i Zarządzanie*. 2003; 5(3–4): 25–36.
11. Rój J. Znaczenie systemu JGP dla poprawy efektywności usługowej szpitali w Polsce (w świetle badań empirycznych). *Zdrowie i Zarządzanie*. 2004; 6(1): 43–49.
12. Paszkiewicz J. Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie. *Menedżer Zdrowia*. 2008; 4: 2–46.
13. Opracowania Systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Raport sporządzony przez Cyber World Informatik GesmbH, Health Services Development Project IBDR loan Nr 3466- PL TOP 3.4.1.40". 1–17. <http://www.bpz.gov.pl/old/file/JGPraportpl.pdf> (data dostępu: 12.06.2016).
14. Kozierkiewicz A. Jednorodne Grupy Pacjentów. *Kardiologia Polska*. 2008; 66: 708–710.
15. Wrona B. Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne*. 2011; 11: 379–395.