

Konsultacje systemu Jednorodnych Grup Pacjentów ze środowiskami medycznymi

Od września do grudnia 2007 r. w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia odbyło się 51 spotkań z 34 konsultantami krajowymi z poszczególnych dziedzin medycyny. Spotkania dotyczyły projektu zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów – leczenia szpitalnego na rok 2008, a w szczególności nowego systemu rozliczeń ze świadczeniodawcami opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP).

Po zakończeniu konsultacji uczestnicy otrzymali protokoły zawierające ustalenia oraz ankiety, w których specjaliści wyrazili swoje opinie dotyczące efektów współpracy z pracownikami centrali NFZ w zakresie systemu JGP. Zatwierdzone protokoły oraz wypełnione ankiety odesłało 19 respondentów. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że większość uczestników badania pozytywnie oceniło zarówno przebieg spotkań z pracownikami Centrali NFZ, jak i potrzebę wprowadzenia systemu JGP.

Następnie, zgodnie z art. 146 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekt zarządzenia został przedstawiony do zaopiniowania konsultantom krajowym oraz przedstawicielom reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Do Centrali NFZ wpłynęło 417 uwag zgłoszonych przez 71 uczestników systemu ochrony zdrowia.

W centrali NFZ rozpatrzono nadesłane uwagi, jak również poddano analizie opinie publikowane w prasie branżowej i ogólnej. Od pojawienia się przed rokiem pierwszych informacji prasowych o zamiarze wprowadzenia przez Fundusz nowych zasad finansowania świadczeń szpitalnych, większość wypowiedzi odnosiła się do koncepcji systemu Jednorodnych Grup Pacjentów ze zrozumieniem i akceptacją. Przywoływano również wcześniejsze doświadczenia, wskazując na brak konsekwencji i zdecydowania przy próbach wdrożenia polskiej wersji *Diagnosis Related Groups*. Niemal wszyscy respondenci wskazali m.in. na korzyści używania do rozliczenia obiektywnych i sparametryzowanych danych.

Obawy i zastrzeżenia dotyczyły finansowania opieki wysokospecjalistycznej, uśrednienia kosztów świadczeń, zapewnienia jakości, a przede wszystkim szybkiego tempa zmian. Wskazywano m.in. na konieczność zapoznania się z mechanizmami finansowania, wyszkolenia osób zajmujących się kodowaniem świadczeń oraz przygotowania narzędzi informatycznych i wydolności systemów.

Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia, przestrzegł przed sprowadzeniem systemu do finansowania świadczeń najprostszyc z pominięciem szczególnego znaczenia procedur wysokospecjalistycznych, umożliwiających rozwój medycyny. Profesor Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, wskazał z kolei, że o efektywności medyczno-ekonomicznej danego ośrodka decyduje nie tylko doświadczenie zespołu i organizacja pracy, ale przede wszystkim rodzaj chorych trafiających na oddział.

Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że przyjęte założenie stratyfikacji grup pacjentów jest dobrym kierunkiem. Dedykowanie wybranych grup, obejmujących leczenie pacjentów o najwyższej kosztochłonności, prowadzone przez nieliczne ośrodki wysokospecjalistyczne, jest rozwiązaniem korzystnym zarówno dla chorych, jak i dla placówek referencyjnych. Zapewnienie, że świadczenia te wykonywać będą szpitale mające doświadczoną kadrę i odpowiednio nowoczesny sprzęt, wynika z warunków wymaganych od świadczeniodawców określonych w materiałach informacyjnych. Dotyczy to np. zabiegów endowaskularnych, świadczeń z zakresu położnictwa i neonatologii czy leczenia udarów mózgu. Jednoczesne finansowanie z budżetu państwa wybranych procedur wysokospecjalistycznych zapewnia wdrażanie nowych technologii i gwarantuje realizację świadczeń o wysokim stopniu złożoności, wykonywanych w nielicznych ośrodkach.

W innych wypowiedziach i opiniach wskazywano wprost na potrzebę uwzględnienia w rozliczeniach poziomu referencyjnego szpitala. Narodowy Fundusz Zdrowia wyraża przekonanie, że stosowanie wskaźnikowego zróżnicowania finansowania nie ma podstaw, a poza tym byłoby mechanizmem promującym istniejącą bazę, a nie efektywne zużycie zasobów. Zmiana nastawienia – z finansowania przedmiotowego poszczególnych pro-

cedur na finansowanie podmiotowe, skierowane na diagnozowanie i leczenie człowieka chorego, ze wszystkimi towarzyszącymi okolicznościami, powikłaniami i schorzeniami współistniejącymi będzie sprzyjać opłacaniu świadczeń w powiązaniu z ich rezultatami.

Finansowanie kompleksowego postępowania leczniczego wymaga rozległej wiedzy statystycznej o schorzeniach i procedurach, którym przypisano określone wartości kosztowe. Prawidłowe zdefiniowanie takiego wszechstronnego postępowania będzie możliwe dopiero po kilku latach gromadzenia informacji. Dlatego też zastosowanie przez Fundusz rozwiązania polegającego na agregowaniu świadczeń generujących szczególnie koszty zastosowanych wyrobów medycznych czy produktów leczniczych można uznać za korzystne dla świadczeniodawców. Dotyczy to w szczególności kompleksowego postępowania w chorobach nowotworowych, kiedy podejmuje się decyzje terapeutyczne o różnorodności przekraczającej możliwość uśrednienia kosztów. Liczba schematów leczenia, kombinacji różnych metod terapeutycznych, zróżnicowanie czasu leczenia, rokowania i reakcji na zastosowaną metodę leczniczą uniemożliwia standaryzację finansowania. Przyjęcie możliwości sumowania postępowania diagnostycznego, zabiegowego, chemioterapeutycznego i radioterapii jest w tym przypadku ze wszech miar uzasadnione.

W trakcie prac nad koncepcją JGP wszystkie strony stwierdziły, że system ten nie wpływa na poprawienie jakości świadczeń zdrowotnych i dlatego działania na rzecz jakości leczenia szpitalnego muszą być podejmowane niezależnie. Jednym ze sposobów miało być określenie i egzekwowanie standardów świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich, które są oparte na ocenie technologii medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia uważa, że zapewnienie jakości opieki wymaga spełnienia kilku warunków. Przede wszystkim w materiałach informacyjnych wskazano na obowiązek stosowania się do wytycznych, rekomendacji i zaleceń opracowanych przez towarzystwa naukowe. W polskich warunkach płatnik nigdy nie będzie miał możliwości weryfikacji wszystkich świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wymaga to rozbudowy aparatu kontrolnego, na co nie ma i nie będzie zgody społecznej, spowodowałoby to bowiem ograniczenie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń o kilkanaście procent. Jedynym rozwiązaniem jest stworzenie możliwości monitorowania realizacji świadczeń w systemie informatycznym w oparciu o wybrane wskaźniki, np. powrotów do leczenia z tego samego powodu, przyjęć z powodu powikłań po leczeniu w innych ośrodkach. Do dbałości o zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń i zgodności postępowania z akceptowanymi przez środowisko medyczne rekomendacjami, opartymi o zasady ewaluacji badań medycznych (EBM), powinien poczuć się odpowiedzialny nadzór specjalistyczny, towarzystwa naukowe i samo środowisko profesjonalistów medycznych, np. poprzez działania korporacyjne.

W materiałach prasowych i nadsyłanych opiniach powtarza się stwierdzenie, że działania informacyjne i szkoleniowe Funduszu nie są wystarczające. Można uznać, że oczekiwania świadczeniodawców w tym zakresie nigdy w pełnym zakresie nie będą zaspokojone. Jednocześnie istotne jest stworzenie własnej aktywności świadczeniodawców. Są szpitale, które wszystkie informacje zamieszczają w swoich systemach informacyjnych, wykazują zainteresowanie i zaangażowanie, nie oczekując wyłącznie na dostarczenie gotowego produktu. Fundusz zainicjował wdrożenie kilkuletniego projektu szkolenia profesjonalnie przygotowanej grupy osób, wyspecjalizowanych w kodowaniu świadczeń, projektu finansowanego ze środków europejskich. Od jesieni 2007 r. na stronie internetowej centrali Funduszu zamieszczane są uaktualniane informacje o systemie JGP w formie prezentacji. W czasie spotkań ze szpitalami uczestniczącymi w pilotażu, ale również podczas spotkań z zespołami specjalistów, towarzystw naukowych wielokrotnie przedstawiano informacje o zasadach finansowania i kodowania schorzeń i procedur. Wyszkolono grupę trenerów spośród pracowników oddziałów koordynujących działania organizacyjne i informacyjne w zakresie systemu JGP na własnym terenie. Oddziały wojewódzkie od kilku miesięcy prowadzą z różną intensywnością działania promocyjne i informacyjne w środowisku lokalnym i wśród świadczeniodawców.

Uwagi nadsyłane do Centrali Funduszu w związku z opublikowaniem projektu zarządzenia miały różny charakter. Oczywiście, pominięto tutaj ocenę wystąpień wskazujących na kompletne niezrozumienie systemu JGP czy protestów epatujących kompletnym brakiem chęci zmian bez woli nawet elementarnej zapoznania się z podstawowymi elementami systemu. Tym niemniej zwrócono uwagę na kilka problemów istotnych. Pierwszym z nich jest finansowanie i zasady udzielania świadczeń dla noworodków, niemowląt i dzieci po ukończeniu pierwszego roku życia. Kolejny problem to jakość świadczeń warunkowana liczbą i doświadczeniem profesjonalistów. Wskazano również na kwestie natury technicznej – możliwość rozliczania określonych grup w odpowiednich zakresach świadczeń oraz poprawność charakterystyki grup ze względu na profil schorzeń i zakres (rozległość) zabiegów. Wielu specjalistów zwracało również uwagę na poziom finansowania świadczeń w określonych grupach.

Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnił zgłaszane propozycje dotyczące wyodrębnienia grup dla świadczeń specjalistycznych u noworodków i niemowląt – kardiologia dziecięca, chirurgia dziecięca; szczególnych zabiegów wykonywanych u małych dzieci – kardiologia dziecięca, otolaryngologia dziecięca. Utworzenie nowej grupy wymaga jej zdefiniowania – procedury, rozpoznania, częstość wystąpień, koszty. Dotychczasowe wnioski miały charakter ogólny, najczęściej ograniczający się do nazwy i wskazania oczekiwanej ceny. Proponowano również zastosowanie określonych wskaźników. Takie wnioski na obecnym etapie prac nie mogły być uwzględnione.

Proponowano również rozszerzenie uprawnień do rozliczania grup specjalistycznych w pediatrii. Postępowanie takie byłoby jednak niezgodne z założeniami i logiką systemu. Przyjęto, że świadczenia o charakterze wysokospecjalistycznym mogą być rozliczane jedynie na oddziałach specjalistycznych dla dzieci. Problem możliwości wykonywania zabiegów i prowadzenia leczenia dzieci na oddziałach niespełniających wymagań dla oddziałów dziecięcych uregulowany jest w przepisach prawa. Dodatkowo jednak zamieszczono odpowiedni przepis w treści zarządzenia.

Wymagania dla realizacji i rozliczania grup zostały określone przez Fundusz w drodze uzgodnień z różnymi często stanowiskami specjalistów. Brak standardów postępowania medycznego uniemożliwia jednoznaczną regulację. Podobnie uprawnienie do rozliczania określonych grup świadczeń ma fragmentaryczne umocowanie w przepisach prawa i zastrzeżenia takie budzą szereg wątpliwości. Z drugiej strony natomiast jest to też element gwarancji bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń.

Wiele racjonalnie uzasadnionych postulatów dotyczących charakterystyki grup, klasyfikacji procedur zostało uwzględnionych. Często jednak formułowane wnioski wynikają z braku znajomości systemu, np. propozycja Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy, wsparta przez konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii, dotycząca umieszczenia rozpoznania mukowiscydozy w kilkunastu grupach bazowych, jako sprzeczna z zasadami systemu, nie mogła być uwzględniona.

Konieczna jest publiczna dyskusja nad wynikami analiz realizacji świadczeń szpitalnych w nowym systemie JGP. Bezdyskusyjna jest też potrzeba sprawnego zarządzania szpitalami w oparciu o sparametryzowane informacje o postępowaniu medycznym. Trzeba jednak pamiętać, że wdrożenie nowego sposobu finansowania świadczeń szpitalnych jest tylko początkiem drogi. Najważniejsze będzie dalsze rozwijanie systemu JGP na podstawie rzetelnej analizy statystycznej. Narodowy Fundusz Zdrowia jako administrator systemu wzorem doświadczeń NordDRG zamierza celem wymiany doświadczeń organizować okresowe konferencje adresowane do użytkowników systemu.

Podstawą analizy systemu JGP muszą być wiarygodne dane kosztowe. W tym celu niezbędne jest prawne zobowiązanie zakładów opieki zdrowotnej do ujednoczenia metody rachunku kosztów i transparentność danych o kosztach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których dostęp powinien uzyskać również płatnik.