

Siedem mitów głównych o Jednorodnych Grupach Pacjentów

Nowy system rozliczeniowy ze szpitalami oparty na Jednorodnych Grupach Pacjentów wywołuje wiele dyskusji, w wyniku których do opinii publicznej dochodzą nieprawdziwe, często sprzeczne informacje. Oto odpowiedź na siedem najczęściej stawianych zarzutów w dyskusjach o JGP.

1. Szpitale tracą na systemie JGP, ponieważ służy on tak naprawdę uszczelnianiu systemu i oszczędności pieniędzy.

Nowy system ma zracjonalizować finansowanie leczenia szpitalnego, a nie spowodować oszczędności. W drugim półroczu 2008 r. na leczenie szpitalne rozliczane wg JGP Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył dodatkowo 2,8 mld złotych. Trudno zatem mówić o oszczędnościach, kiedy do systemu wpływają tak znaczące środki. Jak wynika z pilotażu JGP, szpitale nie tylko nie tracą na nowym systemie, ale na samej zmianie sposobu rozliczenia zyskują średnio 12 proc. Warunkiem uzyskania takiego wyniku jest wykonanie kontraktu i prawidłowe kodowanie, a w konsekwencji rozliczenie wykonanych hospitalizacji.

2. Wprowadzenie JGP obniży jakość leczenia pacjentów.

System rozliczeniowy nie ma i nie powinien mieć bezpośredniego wpływu na jakość leczenia pacjentów. Wprowadzenie JGP podniesie standard prowadzenia dokumentacji medycznej z obowiązkowym zastosowaniem międzynarodowych klasyfikacji chorób i procedur (ICD 10 i ICD 9), co pośrednio pozytywnie wpłynie na leczenie pacjentów. Ułatwi też urzędnikom NFZ kontrolowanie wykonywania przez szpitale umów.

Kontrola jakości i merytorycznych standardów leczenia jest zadaniem nadzoru specjalistycznego, który ma prawo i obowiązek wyznaczać standardy leczenia i kontrolować, czy są przestrzegane.

3. NFZ nie płaci za dwa pierwsze dni pobytu na OIT.

Koszty dwóch pierwszych dni pobytu pacjenta na OIT po zabiegu operacyjnym zostały uwzględnione w wycenie punktowej 48 grup zabiegowych. Jeśli pacjent po zabiegu przebywa na OIT dłużej niż dwa dni, wówczas koszty dalszej hospitalizacji na OIT są sumowane i dodatkowo finansowane poza grupą.

Do odrębnego rozliczenia pobytu na OIT kwalifikują się pacjenci, którzy w ciągu jednego dnia pobytu na oddziale osiągnęli co najmniej 19 pkt w skali TISS-28 lub w skali TISS-28 dla dzieci. Rozliczanie świadczeń z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii odbywa się przez sumowanie i ten rodzaj rozliczenia jest zdecydowanie bardziej korzystny niż w przypadku stosowania katalogu świadczeń szpitalnych.

4. Szpitale czekają na oprogramowanie, które NFZ ma im przekazać, a do tej pory nie przekazał.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie przekazał szpitalom żadnego oprogramowania do rozliczania się wg JGP. Gruper jest własnością NFZ i służy do przeprowadzania rozliczeń. Szpitale muszą dostosować swoje oprogramowanie do potrzeb nowego systemu rozliczeniowego. Od kilku tygodni na stronach internetowych NFZ znajduje się dokumentacja przeznaczona dla producentów oprogramowania szpitalnego. Dokumentacja ta jest podstawą przygotowania aplikacji grupera na potrzeby szpitalnych systemów informatycznych, umożliwiającego kwalifikację rekordu pacjenta i wyznaczenie do rozliczenia właściwej grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.

5. Za poród NFZ będzie płacił mniej, niż było w katalogu.

Cena porodu w katalogu świadczeń szpitalnych była stała i nie uwzględniała dodatkowych kosztów związanych ze stanem zdrowia ciężarnej i ewentualnymi powikłaniami. W systemie JGP nośnikiem kosztów nie jest procedura, ale hospitalizacja pacjentki. W związku z tym cena hospitalizacji, której elementem był poród, może być różna w zależności od stanu pacjentki, dodatkowych schorzeń, powikłań itp. Im cięższy przypadek, tym wyższa cena hospitalizacji. Wybrana procedura (np. cięcie cesarskie) musi być jednak uzasadniona medycznie i powiązana z rozpoznaniem. W systemie JGP hospitalizacja ciężarnej, która urodziła dziecko, może być zakwalifikowana do trzech różnych grup kosztowych, których wartość punktowa jest zróżnicowana.

6. Nie ma możliwości rozliczenia leczenia niektórych chorób i rozliczenia różnych procedur w systemie JGP w porównaniu z katalogiem.

Katalog zawierał ok. 1400 pozycji, z których ponad połowa była rozliczana sporadycznie. Wprowadzenie grup JGP jest 472, jednak nie stanowią one odpowiedników pozycji katalogowych. Każda procedura uwzględniona w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9-CM), która została zastosowana w leczeniu chorób uwzględnionych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) może być rozliczona w systemie JGP. Klasyfikacja ICD-10 zawiera ponad 14 tys. pozycji, a ICD-9-CM ok. 4800. W procesie grupowania istotnych jest 7357 pozycji ICD-10 oraz 2992 pozycje z klasyfikacji ICD-9-CM.

7. Urzędnicy NFZ wymyślają nierealne warunki wykonywania świadczeń w postaci trudnych do spełnienia warunków sprzętowych i kadrowych.

Warunki wykonywania świadczeń i wymogi dotyczące kwalifikacji personelu medycznego ustalają konsultanci krajowi poszczególnych dziedzin medycyny. Wymogi NFZ jedynie te ustalenia uwzględniają. Nadzór specjalistyczny ma obowiązek wyznaczać standardy warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych, ponieważ odpowiada za jakość leczenia.

Jacek Grabowski