

JGP – jak przegrać wygrany mecz

(Nie)jednorodne grupy pacjentów

Marek Wesołowski



Jednorodne grupy pacjentów – metoda, według której NFZ płaci szpitalom za leczenie – pojawiły się w 2008 r. Wprowadzone w pośpiechu i bez przygotowania spowodowały spory zamęt na rynku medycznym. W początkowym okresie szpitale nie potrafiły użyć nowego systemu rozliczeń i traciły, nie mogąc wykazać świadczeń do zapłaty.

Szybko jednak sytuacja się zmieniła i NFZ, początkowo dumny z finezyjnego systemu, musiał zrezygnować na pozycję księgowego, wprowadzając prymitywne limity, które cofnęły nas do czasów budżetowania szpitali. Tyle że dołożono jeszcze szpitalom skomplikowany i w wielu aspektach wadliwy system raportowania – jednorodne grupy pacjentów (JGP). W ciągu 5 lat od jego wprowadzenia system był wielokrotnie łatany i poprawiany. Dla zobrazowania – obowiązuje czterdziesta wersja zasad grupowania. Do tego trzeba dołożyć niezliczone zmiany w wymogach dotyczących wyposażenia, personelu i organizacji pracy jednostki oraz innych wciąż zmieniających się warunków.

Nie sprawdza się

Pytanie, czy JGP się sprawdza. Czy jest lepszy od innych systemów rozliczeń? Czy zrealizował związane z jego wprowadzeniem cele? Czy spowodował, że płacimy za wyleczenie i należyłą opiekę nad pacjentem? Czy dzięki niemu poprawiła się efektywność medyczna jednostek, a pieniądze są wydawane na leczenie, a nie na utrzymanie nieefektywnych struktur? Wreszcie czy dobra praca jest wynagradzana, a partactwo skutkuje brakiem przychodów?

Wydaje się, że nie. Wydajemy na ochronę zdrowia znacznie więcej niż 5 lat temu. Populacja się nie zwiększyła, liczba łóżek wzrosła, dostępność do opieki

i satysfakcja pacjentów zmalały. Według *Euro Healthcare Consumer Index*, zajmujemy 32. miejsce na 35 monitorowanych krajów. Za nami są tylko Łotwa, Rumunia i Serbia. Dla porównania, Czechy są na miejscu 16., a Słowacja na 22. W 2008 r. zajmowaliśmy miejsce 25. na 32 monitorowane kraje, Czechy 16., a Słowacja 22. Wynika z tego, że przez 5 lat spadliśmy o 7 pozycji, a nasi sąsiedzi utrzymali swoje.

Nie można zrzucić całej winy za ten kiepski wynik na karb zmienionego systemu, choć JGP objęły prawie całe leczenie zamknięte, czyli prawie połowę pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia. Za ich pomocą rozlicza się rocznie 30 mld zł. Przy tak wielkich kwotach warto się przyjrzeć, jaki jest wpływ systemu na naszą medycynę, czy dobrze działa i czy można go udoskonalić. Przeanalizujemy główne problemy związane z JGP.

Zła wycena

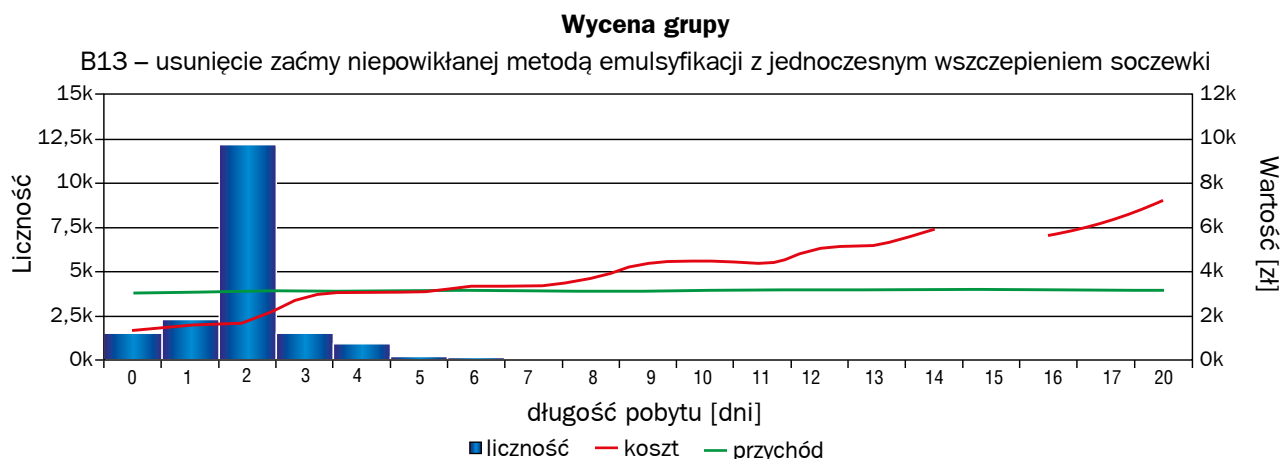
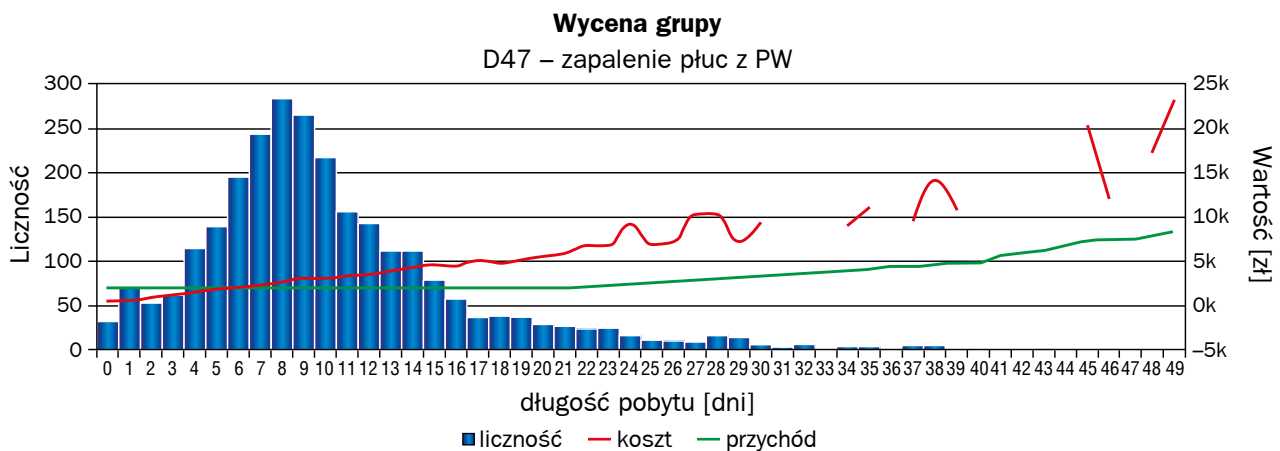
Wielokrotnie zgłaszane są tego typu zarzuty. Rzeczywiście sporo grup wyceniono poniżej kosztów szpitali lub na granicy opłacalności. Wycena na granicy opłacalności oznacza straty w wypadku powikłań i ucieczkę placówek od trudniejszych przypadków, które niosą ze

”NFZ, początkowo dumny z finezyjnego systemu JGP, musiał zrezygnować na pozycję księgowego, wprowadzając limity, które cofnęły nas do czasów budżetowania szpitali”

sobą pewną stratę finansową. Poniżej przykładowe porównanie kosztów i przychodów dla grupy D47 i D13 w zależności od długości hospitalizacji. Dodatkowo, w postaci słupków, pokazano częstość hospitalizacji o określonej długości mierzonej w dniach.

Na zaćmie nie sposób stracić, na zapaleniu płuc nie można zarobić

Narodowy Fundusz Zdrowia sam przyznał, że wycenie świadczeń (przede wszystkim grup JGP) daleko do ideału i rozpoczął działania zmierzające do poprawy



Źródło: opracowanie firmy SGA

tej sytuacji. Rzeczywiście, złą wycenę grup JGP podaje się często jako jedną z głównych przyczyn strat i zadłużania się placówek publicznych i równocześnie nadmiernych zysków prywatnych świadczeniodawców. Złą wycenę obwinia się o skrzywienie rozwoju ochrony zdrowia i dostępności usług medycznych itd.

Nadmierna sztywność

Wiemy, że nawet pacjenci z tą samą diagnozą, leczeni w ten sam sposób, generują różne koszty, bo jest wiele czynników warunkujących powrót do zdrowia. Część chorych leczy się koncertowo, a inni wikłają się i mimo wysiłków lekarzy terapia jest długa i kosztowna, a wynik niepewny. Oznacza to, że nawet w obrębie „identycznych” pacjentów koszt leczenia może się znacząco różnić. Oczywiście przypadki trudne i łatwe występują z określoną częstością i można tak wyznaczyć średnią cenę, że pokryje koszty leczenia wszystkich. Jeżeli częstość chorych trudnych i łatwych pokrywa się z częstościami szacowanymi przez NFZ, szpital wyjdzie na swoje. Gdy ma więcej łatwych przypadków, będzie miał zysk większy, niż przewidziano, a jeśli będzie miał dużo trudnych, poniesie stratę.

Tę ostatnią sytuację możemy obserwować w szpitalach o najwyższym poziomie referencyjnym, które skarżą się na niedoszacowanie, dlatego że trafiają do nich przypadki trudne. Natomiast korzystają na tym ośrodki wyspecjalizowane w obsłudze przypadków prostych.

Wszyscy zgadzają się, że trzeba to zmienić. Przygotowano program mający na celu opracowanie i wprowadzenie nowego rachunku kosztów w ochronie zdrowia. Planowana Agencja Taryfikacji, wzmocniona kompetencjami

AOTM i Centrum Monitorowania Jakości, miała stać na straży rzetelnej kalkulacji i efektywności świadczeniodawców. I co? I nic! Nie ma żadnej agencji. Narodowy Fundusz Zdrowia próbuje robić szczytkowe wyceny, bazując na własnym, bardzo ograniczonym personelu. Coś zrobiono w pediatrii, coś w okulistyce, coś w rehabilitacji – efekt w zasadzie niezauważalny.

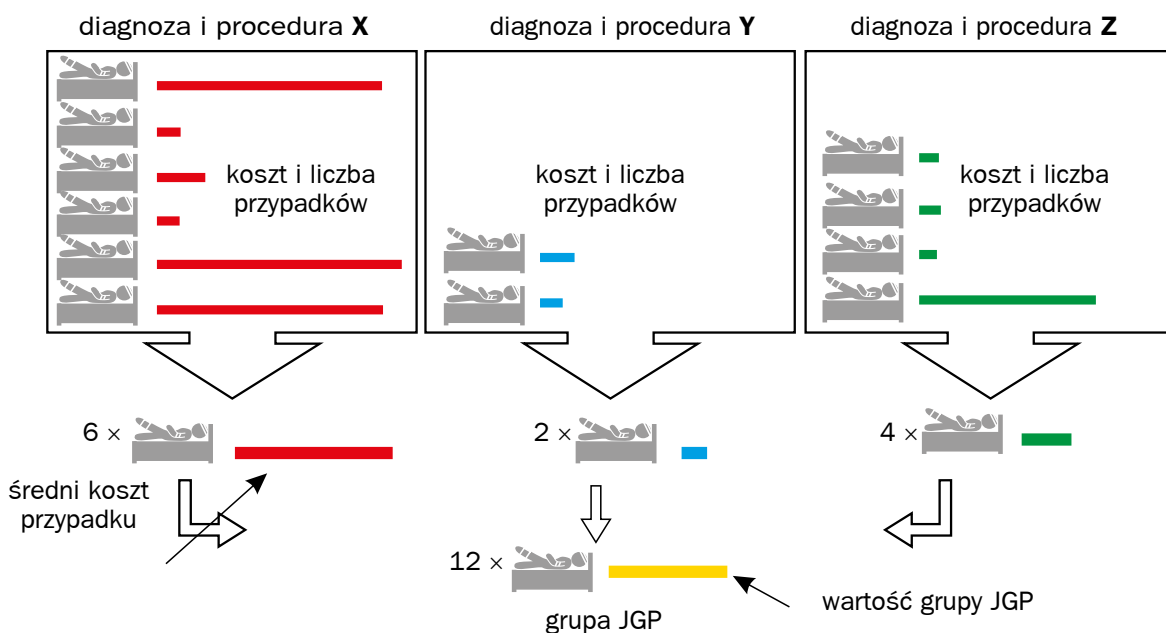
Jednorodne w praktyce są niejednorodne

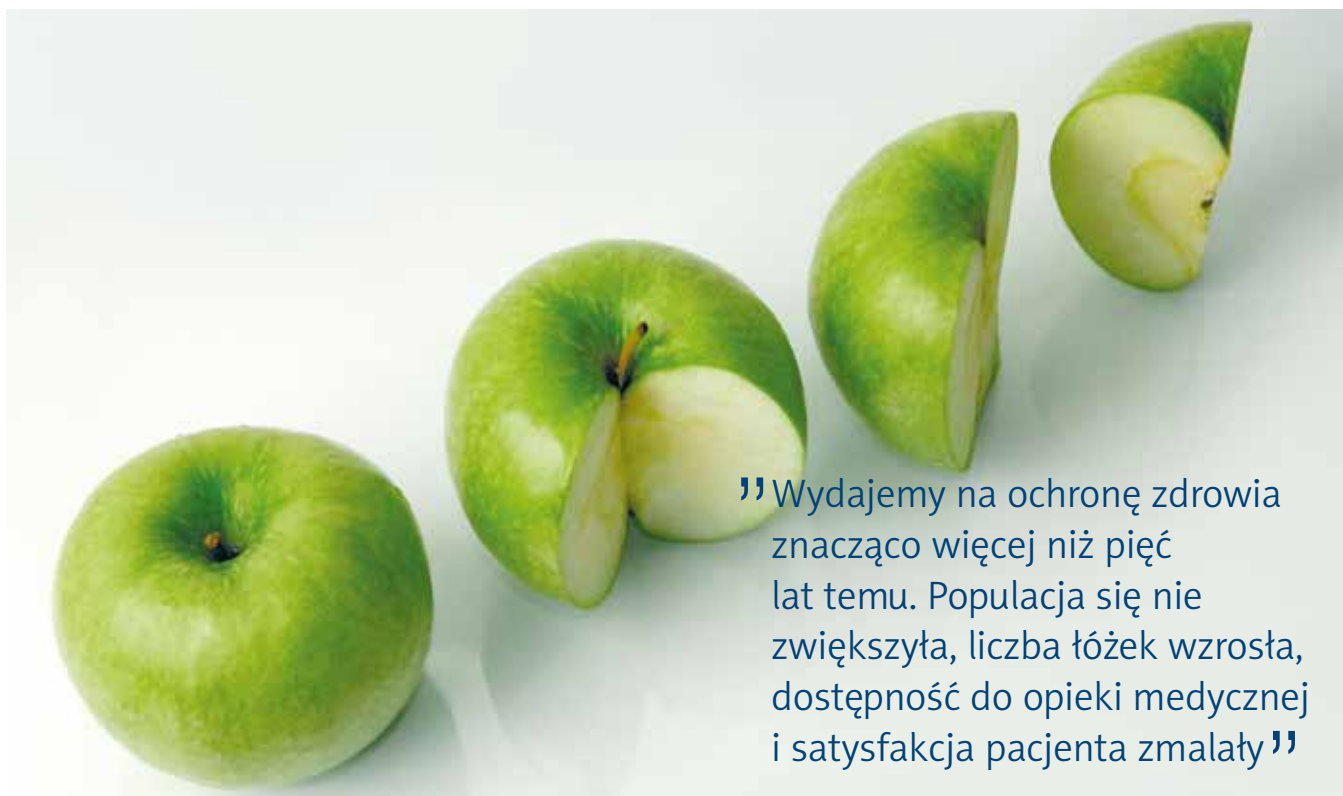
Jednorodne grupy pacjentów nie są jednorodne pod względem medycznym. Do jednej grupy należą chorzy o bardzo różnych diagnozach i procedurach, co powoduje, że JGP są również niejednorodne kosztowo. Do jednej grupy powinny trafiać chorzy, których diagnozy i procedury są zbliżone do siebie medycznie i kosztowo. Tak jednak nie jest. Na przykład do F32 (duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego) trafia ponad 50 schorzeń i diagnoz, od rzeżączki, przez nowotwory, po ciało obce w jelicie, pod warunkiem że w terapii zastosowano jedną z blisko 30 procedur, od zabiegów endoskopowych po duże resekcje.

Wróćmy jednak do zasad definicji JGP. Do jednej grupy należy wiele przypadków o różnych diagnozach i procedurach. Jak pisaliśmy wyżej, dla F32 to 50 diagnoz i 30 procedur. Każda z innym kosztem średnim, użytymi zasobami, czasem pobytu itd.

Poszczególne rodzaje przypadków występują w szpitalach w różnych proporcjach wynikających ze specjalizacji, stopnia referencji, wyposażenia i umiejętności, zaś NFZ, definiując grupę, oparł się na statystyce wystąpień danego schorzenia, nie uwzględniając w wycenie różnic między szpitalami.

Wyznaczanie wartości grupy JGP na podstawie kosztu poszczególnych przypadków





„Wydajemy na ochronę zdrowia znacząco więcej niż pięć lat temu. Populacja się nie zwiększyła, liczba łóżek wzrosła, dostępność do opieki medycznej i satysfakcja pacjenta zmalały”

Rozliczanie

Podsumowując – przypadki rozliczane w poszczególnych szpitalach tą samą JGP będą różniły się ciężkością i kosztami w tych samych terapiach (ta sama diagnoza i procedura) oraz proporcją wystąpień różnych rodzajów przypadków. Oddział chirurgii onkologicznej nie będzie np. leczył chorych nienowotworowych, oddział chirurgii ogólnej będzie leczył wszystkich należących do danej grupy, a oddział o mniejszych możliwościach będzie odsyłał przypadki cięższe, rozliczając z zyskiem proste.

Jeżeli za pomocą danego świadczenia (w większości są to JGP) rozlicza się przypadki powikłane, czyli kosztowne, i proste, o niskim koszcie, cena za to świadczenie powinna być średnią wydatków na jeden przypadek – takie postępowanie brzmi logicznie. Powstaje jednak kolejne pytanie: jaka jest częstość przypadków prostych i powikłanych. Narodowy Fundusz Zdrowia, mając dane z całej Polski, może to określić, ale taka kalkulacja ma się nijak do pojedynczego szpitala. Im wyższy poziom referencyjności, tym więcej chorych trudnych i kosztownych. Dlatego, z punktu widzenia szpitala, nie istnieje prawidłowa wycena grupy JGP, bo składają się na nią przypadki o różnym koszcie i wykorzystaniu zasobów.

Rozwiązania

O ile, w warunkach umowy z NFZ, nie chcemy wyszczególniać, ile i jakie terapie będą opłacone, i – jak dotychczas – opierać się jedynie na sumarycznej liczbie punktów JGP wypracowanych przez szpital, o tyle

wszystkie przypadki wchodzące w skład grupy muszą mieć zbliżony koszt i wykorzystanie zasobów, inaczej zawsze będą przegrani i spryciarze manipulujący *casemix*. Zatem konieczna jest rewizja definicji JGP, by każda grupa zawierała zgodnie z nazwą jednorodnie kosztowo i medycznie przypadki. To spowoduje, że proste (czytaj: wysoko zyskowe) trafią do tańszej grupy. Alternatywą jest określenie w kontrakcie z NFZ dokładnej liczby poszczególnych postępowań medycznych (przypadków o tej samej diagnozie i procedurze), które szpital może wykonać. Warto jeszcze dołożyć monitoring przyjęcia do innej placówki z tego samego powodu medycznego. To ukróci odsyłanie przypadków trudnych.

Ważne jest jeszcze jedno: specjalizacja placówek jest bardzo pożądana. Proste, słabo wyposażone centrum może być bardzo efektywne w leczeniu prostych przypadków. Ma za swoje usługi otrzymywać odpowiednie wynagrodzenie. Zaawansowane ośrodki z drogim wyposażeniem i unikatowymi fachowcami powinny się skupiać na przypadkach trudnych i powikłanych. Nie wolno im marnować potencjału na trywialne przypadki, ale muszą za to otrzymywać odpowiednią do zaangażowania zapłatę, a tak nie jest. System rozliczeń z NFZ wymaga pilnej nowelizacji, by jego zasady odzwierciedlały wysiłek i rzeczywistą wartość usług świadczonych przez poszczególne szpitale.

Brak danych

Nie ma danych do analizy kosztów częstości i efektywności procedur – NFZ nie wie, ile co kosztuje, a to



„W ciągu pięciu lat od wprowadzenia system JGP był wielokrotnie łatany i poprawiany. Dla zobrazowania – aktualnie obowiązuje czterdziesta wersja zasad grupowania”

oznacza, że wyceny JGP nie mają racjonalnych podstaw. Nasz zespół od kilku lat zajmuje się oceną efektywności szpitali. Siłą rzeczy rachunek kosztów leczenia i wycena procedur medycznych są naszym chlebem powszednim. Wiemy, ile co kosztuje, i potrafimy wyznaczyć taryfy dla poszczególnych świadczeń. Jesteśmy *de facto* prywatną Agencją Taryfikacji.

Czy Agencja Taryfikacji jest potrzebna? Zdecydowanie tak. Są jednak dwa warunki jej użyteczności. Pierwszy to niezależność od płatnika (NFZ) i od świadczeniodawcy (szpitale). Agencja będzie prezentować rzetelne dane tylko wtedy, gdy zainteresowane strony nie będą miały wpływu na jej działanie. Drugi warunek: wyniki jej pracy muszą mieć przełożenie na realne działania NFZ, a świadczeniodawcy mają mieć na tyle swobody gospodarczej, by działać według praw ekonomii i danych publikowanych przez agencję.

Deklaruje się, że NFZ byłby pierwszym i podstawowym beneficjentem agencji. Myślę, że to nie jest prawda. NFZ cierpi na dyskomfort związany ze świadomością, że część świadczeń jest przepłacana, a część płacona poniżej kosztów. Zastosowanie wyników pracy agencji ma znieść ten dyskomfort. Być może. Ale wielkość funduszy w NFZ się nie zwiększy. Nadal będą nadwykonania i żądania dofinansowania ze strony świadczeniodawców. Zmiana wyceny świadczeń spowoduje jedynie to, że będą miały zbliżoną rentowność. Do rozwiązania pozostanie problem różnych proporcji przypadków wchodzących w skład danego świadczenia w szpitalach o różnych poziomach referencyjnych. Powinien on być rozwiązany przez NFZ, a nie przez agencję. Podobna rentowność sprawi, że zniknie obawa

przed chorymi „nierentownymi” i niechęć do leczenia przypadków, które były niedoszacowane. Głównym beneficjentem agencji będą świadczeniodawcy, szczególnie jeśli pójdą za tym regulacje prawne pozwalające na łatwiejsze kształtowanie profilu świadczonych usług i specjalizowanie się jednostek w określonych usługach medycznych.

Wyniki pracy agencji – o ile będą to wyceny procedur i innych działań medycznych w ochronie zdrowia – mają kapitalne znaczenie w zarządzaniu. Prezentowane dane będą twardym punktem odniesienia dla wyników osiągniętych przez poszczególne placówki, jednoznacznie określając kierunek i zasięg koniecznych zmian.

Beton

Ograniczenie realizacji poszczególnych JGP do oddziałów o określonej specjalności utrudnia rozliczenia i betonuje organizację szpitala opartą na wzorcach z lat 50. XX w. To jest unikatowy polski wkład w „rozwój” światowej idei JGP (na świecie: DRG). Wszędzie na świecie, jeśli szpital ma uprawnienia do leczenia danych schorzeń, płatnika nie interesuje, jak się nazywał oddział, na którym leczono pacjenta, i ile razy był przenoszony między oddziałami. W Polsce mamy sytuację odwrotną, bezsensownie utrudniającą rozliczenie. Jeśli pacjent leżał na kardiologii, nie można rozliczyć grupy chirurgicznej, gdy na chirurgii – kardiologicznej. Każdy oddział ma osobne limity punktów JGP i zasady rozliczeń. Nie można tworzyć oddziałów o podejściu holistycznym.

Postęp powoduje, że coraz więcej procedur można wykonywać ambulatoryjnie. Ale z powodu wyceny JGP w AOS są one nieopłacalne, a w szpitalu – opłacalne. To powoduje, że pacjenci są hospitalizowani tylko z powodów ekonomicznych. NFZ próbuje temu przeciwdziałać, kontrolując poszczególne przypadki w celu udowodnienia zbyteczności hospitalizacji. To absurdalna sytuacja, którą rozwiązuje zrównanie wyceny bez względu na miejsce wykonania.

Fałszywe dane

Użycie niejednoznacznych kosztowo klasyfikacji ICD do wyznaczania grup powoduje zafałszowanie statystyk epidemiologicznych. Wprowadzenie JGP wpłynęło na sposób kodowania zdarzeń klinicznych, zamazując obraz chorobowości w Polsce. System rozliczeń za leczenie szpitalne oparty jest na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów ICD-10 i Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 CM. Jednorodne grupy pacjentów opiera się na tych dwóch klasyfikacjach, ale wykorzystuje je w specyficzny sposób. Nie jest istotne pełne udokumentowanie przypadku klinicznego, a jedynie zapewnienie podstawy do uzyskania kwot kalkulowanych przez grupe JGP.

Systemy informatyczne w szpitalach są jedynym realnym źródłem informacji statystycznej o stanie zdrowia

i sposobie leczenia obywateli. Dane te wysyłane są do agend odpowiedzialnych za statystykę i epidemiologię populacji. Na bazie zebranych komunikatów Państwowy Zakład Higieny ma obowiązek monitorowania i publikowania danych dotyczących lecznictwa zamkniętego i epidemiologii. NFZ i PZH korzystają więc z tych samych danych. Idea dobra – szpital ma mniej pracy, a instytucje otrzymują spójne dane. Wszystko wygląda dobrze, ale rzeczywistość jest inna, wręcz groźna.

Jak powstają dane przysyłane do PZH i NFZ? Kto i dlaczego wpisuje informacje do systemów komputerowych w szpitalach? Czasem jest to lekarz, czasem sekretarka medyczna lub pracownik działu dokumentacji. W żadnym wypadku nie chodzi o dokumentowanie przypadku klinicznego. Powodem wpisywania danych jest tylko konieczność rozliczenia z NFZ. Warunki rozliczeń są sztywne, należy używać tych diagnoz i procedur, które przyniosą pieniądze, pozostałych nie warto. Co więcej, część programów do rozliczania z NFZ miała ograniczoną liczbę procedur, które można było wpisać, a diagnozy musiały być podawane w określonej kolejności – najpierw istotne dla rozliczeń – w innym wypadku nie były brane pod uwagę przy kalkulowaniu kwot do wypłaty. Spowodowało to zmianę zachowań szpitali. Zamiast w pełni dokumentować przypadek kliniczny, wykorzystując do tego klasyfikacje ICD-10 i ICD-9 CM, zawężyły działania do minimum niezbędnego do rozliczeń. Mało tego, istnieje wyraźna i logicznie uzasadniona tendencja do wybierania diagnoz i procedur zapewniających lepsze finansowanie kosztem precyzji dokumentowania, a w karygodnych wypadkach, kosztem prawdziwości danych. Ze statystyk zniknęły nieopłacane diagnozy i procedury. Liczba i istotność diagnoz i procedur jest zaburzona przez wymogi NFZ. Ktoś może powiedzieć, że pełna dokumentacja jest przechowywana w papierowej formie w archiwach szpitala i każdy może po nią sięgnąć. Tak! Ale ta informacja jest niedostępna do opracowań statystycznych. Państwowy Zakład Higieny nie mając żadnych argumentów finansowych, stoi na przegranej pozycji. Dane, które otrzymuje, zawsze będą miały silne skrzywienie wprowadzone przez JGP. *De facto*, w dużej mierze będą bezwartościowe do oceny kondycji zdrowotnej Polski!

Jak wybrnąć z sytuacji

Jest kilka sposobów. Każdy ma swoje wady i zalety. Stosowanie oddzielnych klasyfikacji do grupowania JGP. ICD-10 i ICD-9CM będzie używane jedynie do dokumentacji klinicznej. Można też stosować wyłącznie ICD-10 i ICD-9 CM, ale pozwalając użytkownikowi wskazać w systemie komputerowym diagnozy i procedury, które chce użyć do grupowania JGP.

Musimy poradzić sobie z innym fundamentalnym problemem: brakiem realizacji podstawowego celu – wynagradzania za efekt. Nadal płacimy za działanie.

„System rozliczeń z NFZ wymaga pilnej nowelizacji, żeby jego zasady odzwierciedlały wysiłek i rzeczywistą wartość usług świadczonych przez poszczególne szpitale”

Nie ma jakiegokolwiek powiązania z efektywnością medyczną. Główna idea JGP – zapłata za wynik – nie została zrealizowana. Jednym z głównych powodów wprowadzenia JGP było zahamowanie lawinowo rosnącej liczby procedur medycznych. Szpitale otrzymywały zapłatę za każdą procedurę, więc ich liczba zaczęła rosnąć bez związku z wynikiem i jakością leczenia. Tę patologiczną sytuację miały powstrzymać JGP. Tu zapłata następuje na zakończenie terapii na podstawie wyznaczonej grupy i szpital nie dostaje pieniędzy za poszczególne działania. W praktyce nic się nie zmieniło poza mianownikiem. Dawniej była to procedura medyczna, teraz grupa JGP. Wciąż nie ma powiązania zapłaty z wynikiem leczenia i to tak dalece, że najbardziej opłacalne jest leczenie pacjentów, którzy szybko umrą. Smutne, ale prawdziwe.

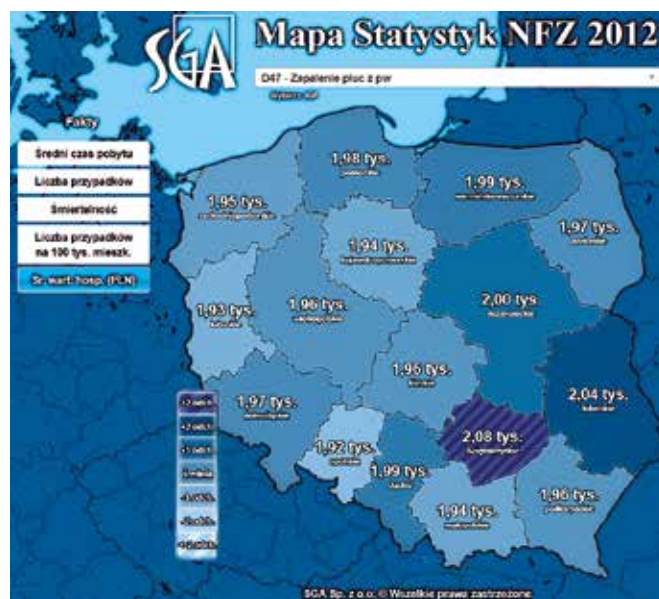
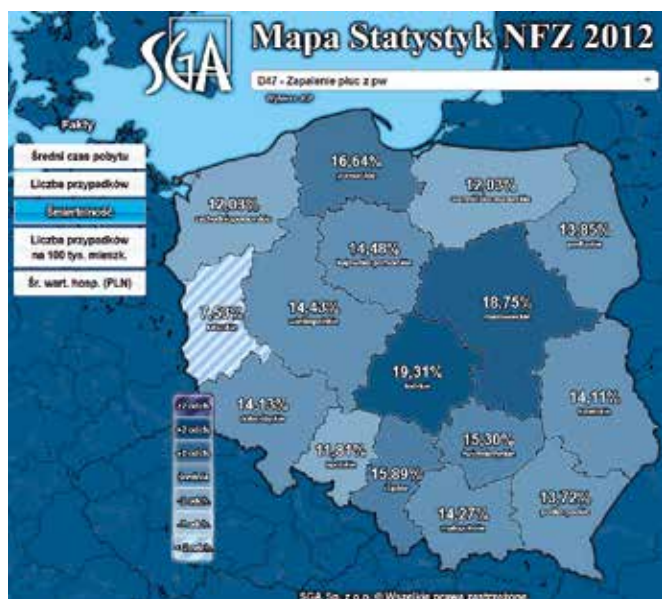
Proszę porównać śmiertelność i zapłatę NFZ w poszczególnych województwach na przykładzie grupy D47 – zapalenie płuc z powikłaniami.

Przy śmiertelności różniącej się ponad dwukrotnie, różnice w zapłacie wynosiły mniej niż 1 proc. i nie były związane ze śmiertelnością (źródło – oficjalne statystyki NFZ w opracowaniu firmy SGA).

Szpitale przyjmują i przetrzymują chorych, by uzyskać maksymalną zapłatę. Istnieje wiele grup JGP z warunkiem minimalnego czasu pobytu. To rodzi pokusę przetrzymania pacjenta, często dzień różnicy może spowodować znaczne zwiększenie zapłaty. Należy znaleźć kryterium kliniczne, a nie czasowe, inaczej pacjenci będą przetrzymywani.

W czasie leczenia pacjent powinien mieć lekarza lub zespół prowadzący i planujący kolejne etapy terapii. Ubezpieczyciel powinien zapewnić finansowanie całego procesu leczniczego na wcześniej uzgodnionych zasadach. Stosowanie poszczególnych terapii i ich zasadności wynikałoby z pełniej wiedzy o pacjencie i bieżącego monitorowania postępów przez lekarza koordynującego. Taka organizacja opieki medycznej przynosi trzy natychmiastowe efekty:

- znamy rzeczywistą efektywność postępowania leczniczego, a nie jedynie efekty poszczególnych zeteknięć pacjenta z ochroną zdrowia;
- poszczególne kroki leczenia są planowane i monitorowane przez profesjonalistę;



– finansowanie procesu pozwala na stosowanie poszczególnych terapii w najlepszym czasie i wymiarze.

Wypadkowa tych 3 efektów skutkuje podniesieniem efektywności leczenia. Warto to powiedzieć dobitniej: uratujemy więcej ludzi lub będą oni żyć dłużej.

Anty-JGP

Obecny sposób rozliczeń za pomocą JGP jest zaprzeczeniem powyższych postulatów. Pacjent jest pozostawiony sam sobie i albo w odpowiednim czasie znajdzie ścieżkę do lekarza, albo nie. Nawet jak znajdzie, to ze względu na rozdrobnienie leczenia między wiele jednostek medycznych proces diagnostyczny i leczniczy rozciąga się w czasie. Każda jednostka ma niezależny kontrakt z NFZ i własną kolejkę oczekujących. Taka organizacja umów z NFZ wyklucza możliwość skoordynowanej terapii. Co gorsza, taka organizacja zwalnia poszczególne jednostki z efektywności medycznej. Nikt nie odpowiada za leczenie pacjenta. Wszyscy jedynie wykonują procedury i są za nie wynagradzani.

Pacjenci i lekarze mają do czynienia z koniecznością zatrzymania postępowania leczniczego z powodu wyczerpania kontraktu lub kolejki oczekujących. Skutkuje to późnym rozpoznaniem, późnym rozpoczęciem terapii, wyższymi kosztami leczenia, gorszymi wynikami medycznymi z powodu zaawansowania procesu nowotworowego.

Innym problemem braku opieki skoordynowanej jest zamknięcie się poszczególnych placówek na problemy pacjenta i skupienie wyłącznie na procedurach. Powikłania terapii onkologicznych (np. po radioterapii) odsyłane są do „zwykłych” oddziałów chirurgicznych, bo problem nie jest *stricto* onkologiczny. To powoduje dalsze wydłużenie terapii i utratę kontroli nad pacjentem. Pozbawia też placówki bezpośredniej wiedzy o liczbie i wielkości powikłań stosowanych terapii.

Potrzeba zmian

Uważam, że nie jest ważne, czy używamy w Polsce JGP do rozliczeń w ochronie zdrowia. Jakiś system rozliczeń musimy mieć. Ten system ma zalety i wady. Wydaje się, że problemem jest nie sama idea, a jej wdrożenie i praktyka stosowania. Dowolny system rozliczeń, jeśli będzie stosowany bez oparcia na rzetelnych danych kosztowych, zawiedzie. Każdy system, który nie będzie uwzględniał jakości i efektywności medycznej, zawiedzie. Każdy system, który nie będzie stale monitorowany i doskonalony, wcześniej czy później zawiedzie.

Co należy zrobić?

- Na stałe uruchomić centrum mierzące koszty i efektywność w celu bieżącej zmiany wyceny poszczególnych grup JGP.
- Ponownie zdefiniować zasady grupowania.
- Wprowadzić do definicji grup JGP wymogi i miary efektywności medycznej.
- Zmniejszyć wymogi dotyczące zasobów i kontekstu świadczonych usług, kładąc większy nacisk na wyniki leczenia niż na zasady prowadzenia terapii.
- Pozwalać szpitalom na równoległe świadczenie usług w ramach kontraktu z NFZ i komercyjne. Szpital miałby obsługiwać w pierwszym rzędzie pacjentów, za których płaci NFZ, ale po wykorzystaniu limitów lub przy braku pacjentów, za których płaci Fundusz, mógłby przyjmować pacjentów komercyjnych.
- Oceniać całkowite koszty medyczne terapii, a nie tylko samego leczenia (zwolnienia, renty, zapomogi i zaopatrzenia finansowe) i uwzględnić to przy definicji grup JGP.
- Wprowadzić zasadę pełnego finansowania skoordynowanej terapii.

Autor jest ekspertem i prezesem firmy analitycznej SGA