

Jednorodne Grupy Pacjentów

# Niewygodna prawda

Wielu *znawców* uważa na przykład, że lekarz ma leczyć, a nie zajmować się *papierologią*. Nie życzymy żadnemu choremu człowiekowi, żeby trafił do specjalisty bez gruntownie opisanej i udokumentowanej historii swojej choroby. Warto tu przypomnieć, że prowadzenie dokumentacji medycznej ma regulacje prawne. System JGP wymaga zaś od lekarzy znajomości Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja X), którą stosują niemal wszystkie kraje świata, i do której stosowania zobowiązała się także Polska.

Błędem wprowadzania systemu było może zbyt idealistyczne myślenie o zapleczu informatycznym polskich placówek ochrony zdrowia, oraz o odpowiedniej liczbie koniecznej kadry statystycznej. Błędem samego początku reformy było być może oszczędzanie właśnie na zapleczu informatyczno-informacyjnym szpitala. Być może.

## Jak hartowała się stal

– *Macie pracować tak, żeby żaden szpital w Polsce nie stracił na tym systemie* – takie słowa usłyszeli pracownicy różnych oddziałów wojewódzkich NFZ od prezesa Funduszu w trakcie jednego ze spotkań zespołu, którego zadaniem była analiza materiałów dotyczących zmian w systemie rozliczeniowym szpitali. Łącznie z prowadzeniem pilotażu JGP, w Centrali NFZ trwały intensywne prace nad doskonaleniem systemu, czasem w atmosferze bardzo gorącej dyskusji, zwłaszcza że nie wszystkie problemy polskich szpitali widoczne są z perspektywy Warszawy. Dyskutowaliśmy zarówno z pracownikami Centrali, jak i pomiędzy sobą, przekonując się nawzajem do naszych racji. Tak powstawały nie tylko Jednorodne Grupy Pacjentów, ale i samo zarządzenie ich dotyczące.

Pilotaż i praca nad tworzeniem systemu zbiegły się w czasie – szpitale, które uczestniczyły w pilotażu, polegającym na tym, że musiały posługiwać się właściwą wersją słownika procedur i wykazywać hospitalizacje zgodnie z zasadami kodowania określonymi przez WHO, miały w zamian za ten trud dostęp do najświeższych informacji.

W okresie przygotowań do wprowadzenia systemu JGP pojawiały się różne głosy, m.in. kontestujące wszystko, co wiązało się z wymogami dokładnej sprawozdawczości. Nie dziwiło nas to – w 2006 r. nie

Niezwykle ciekawie o JGP (systemie jednorodnych grup pacjentów), w ujęciu *Jak Płacić Gorzej*, napisano w *Przeglądzie Technicznym*, co pokazuje, że na temat wprowadzania nie rewolucyjnie nowego na świecie, lecz racjonalnego systemu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym piszą dziś wszyscy. Niestety, nie zawsze ze znajomością tematu.

wszystkie szpitale mazowieckie sprawozdawały w raportach statystycznych kody rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10, nie wspominając o procedurach! W ciągu dwóch lat udało się MOW NFZ doprowadzić do pełnej sprawozdawczości szpitalnej, co nie było zadaniem łatwym. Właśnie dzięki temu, że MOW NFZ jednoznacznie wskazywał konieczność właściwego kodowania hospitalizacji, część świadczeniodawców bez specjalnych przeszkód mogła wejść do systemu rozliczeń wg JGP. Inne województwa mają z tym znacznie więcej problemów.

### Ostrze krytyki

Wracając do głosu specjalisty w zakresie ochrony zdrowia publikującego w *Przeglądzie Technicznym* uprzejmie informujemy, że żaden system w Polsce nie obejmował tysięcy pozycji, a kwalifikacja do rozliczenia niekoniecznie realizowana jest przez lekarza – zgodnie z dobrą praktyką to, co lekarz opisze w historii choroby, powinno być w innym miejscu – np. w komórce statystycznej – sprawdzone i przypisane do właściwego produktu rozliczeniowego. W oczywisty sposób specjaliści *do spraw sprzedaży* powinni to jeszcze odpowiednio skorelować z realiami kontraktu zawartego z płatnikiem publicznym. Niestety, część lekarzy od lat używa kilku, kilkunastu kodów, które kiedyś tam poznali i dlatego (*casus realis*) leczenie chorego w trakcie diagnostyki onkologicznej wykazywane jest jako nadciśnienie, cukrzyca, bądź zapalenie płuc (kody tych chorób z uwagi na epidemiologię, stosowane są najczęściej)!!!

Ci, którzy ze wszystkich sił bronili się przed JGP jeszcze cztery miesiące temu, dziś twierdzą, że przecież byli *za*, tylko bardzo się rozczarowali...

Międzyleski Szpital Specjalistyczny był jedną z placówek, która uczestniczyła w pilotażu JGP. W tym miejscu należy nadmienić, że pilotaż nie był z założenia działaniem, które miało na celu podanie na tacy gotowych rozwiązań szpitalom, tylko wspólną pracą nad korygowaniem niedoskonałości ówczesnej wersji systemu. Nie dość, że dyrektor Międzyleskiego Szpitala nie spotkał się w ogóle z liderem projektu, który – żeby dokładnie wyjaśnić zasady – odwiedził szpital, to jeszcze pracownicy szpitala nie dotrzymali zobowiązania – nie przekazali we właściwym czasie danych, dlatego pilotaż *de facto* nie dał im żadnych informacji zwrotnych. Łatwo jest wypowiadać w branżowej prasie uwagi typu: *pracownik oddziału nie miał dla nas czasu*, trudniej jest przyznać się, że w odpowiednim momencie samemu było się nieprzygotowanym.

Szpitale, które uczestniczyły w pilotażu, musiały ponieść spory wysiłek m.in. z powodu konieczności prowadzenia podwójnego systemu sprawozdawczego w zakresie procedur. Dzięki temu były przygotowane

do złożenia rozliczenia za lipiec wg JGP; знаły system m.in. dlatego, że dostawały raporty zwrotne z symulacjami przed tym miesiącem. Szpital Międzyleski, nie zadając sobie tego trudu, dziś głosi, na szczęście w czasopiśmie poświęconym ochronie zdrowia, a nie nowościom technicznym, fikcję pilotażu, nie wspominając jednak, że większość placówek będących w tymże pilotażu poradziła sobie znakomicie.

### Magiczny software

Wielu świadczeniodawców w sposób niepojęty wierzy w moc sprawczą tzw. gruperów, posuwając się w swoich narzekaniach do twierdzenia, że gruper świadczeniodawcy jest inny niż gruper NFZ. Wielka szkoda, że osoby prezentujące takie stanowisko nie znalazły się wśród 3 tys. uczestników szkoleń organizowanych przez MOW NFZ. Podczas każdego szkolenia prowadzący zwracał uwagę na fakt, że najistotniejszym elementem procesu grupowania jest charakterystyka grup, a nie ten czy inny *software*, którego używa szpital. Oprogramowanie może

„ Lekarze używają kilku, kilkunastu kodów, które kiedyś tam poznali ”

wspomagać proces grupowania pobytu pacjenta w szpitalu, jednak nikt i nic nie zastąpi wiedzy lekarki, dotyczącej zasad kodowania, właściwej kadry statystycznej i odpowiednich menedżerów sprzedaży. W trakcie pilotażu padły bardzo ważne i pokrzepiające dla NFZ słowa jednego z szefów pewnego instytutu: *my kodujemy zgodnie z zasadami WHO, ponieważ inaczej niemożliwym byłby kontakt ze światem!*

Jeśli nie starcza już argumentów przeciw systemowi, niektórzy wyciągają skargi na rzekome wielodniowe awarie systemu informatycznego – które, owszem, zdarzały się ale... w innym projekcie, prowadzonym w październiku ubiegłego roku (portal świadczeniodawcy). System informatyczny MOW NFZ nie odnotował żadnego istotnego przestoju od lipca br., zatem twierdzenia oponentów wprowadzenia JGP są zwykłym wymysłem. Podobnie, jak twierdzenie o złym momencie wprowadzania JGP (okres urlopowy) – tam, gdzie leczeni są ludzie, często w stanach zagrożenia życia, nie może być okresu urlopowego! Choroba i śmierć pojęcia urlopu nie znają – jeśli menedżer zakładu opieki zdrowotnej nie potrafi tak ustawić pracy, żeby w ciągu całego roku, z uwzględnieniem koniecznych i przysługujących pracownikom urlopów, zabezpieczać właściwą, na stałym poziomie dostępność



do świadczeń opieki zdrowotnej, powinien zastanowić się nad sensem dalszej działalności menedżerskiej.

### Granice możliwości

Zasłoną milczenia należy pokryć wypowiedzi niektórych dyrektorów szpitali na temat tego, co można, a czego nie można leczyć na konkretnych oddziałach; na ten temat głos powinni zabrać ci, którzy po prostu znają zarządzanie prezesa i znają charakterystyki grup. Łatwo jest epatować dziennikarza tragiczną informacją (zresztą błędną), iż nowotwory

mie niemal 1500 zł zabiegu usunięcie podskórnie położonego materiału zespalającego niezależnie od rodzaju tej procedury; system ten nie pozwoli na skomplikowane sumowanie świadczeń, które prowadziło do absurdalnych sytuacji, w których nikt już nie wiedział, które świadczenie było istotne, i które rozpoznanie było rozpoznaniem zasadniczym. Dziś za hospitalizację, w której wykazano nefrologiczne rozpoznanie zasadnicze, NFZ nie zapłaci stawki jak za świadczenie kardiologiczne. Uszczelnienie systemu made by JGP polega na znacznie bardziej, niż dotąd precyzyjnym powiązaniu choroby, zabiegu czy diagnostyki z pacjentem, jego wiekiem i stanem.

Termin wprowadzenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów obecny prezes NFZ odziedziczył w spadku po swoim poprzedniku, który nie bardzo interesował się stanem prac nad JGP, zajmując się intensywnie programami terapeutycznymi (przypomnijmy: A. Sośnierz zaplanował wprowadzenie JGP na 1 maja 2008 r.). A propos – ci, którzy ubolewają nad ciągłą transformacją systemu powinni zacząć szukać mniej stresującej pracy, ten system będzie ewaluował praktycznie bez końca (choć może nie w takim tempie jak dziś).

Zarządzenie prezesa NFZ, wprowadzające JGP, zawiera także zestaw wymogów, jakie świadczeniodawca musi spełnić, żeby móc realizować świadczenia opieki zdrowotnej we wskazanym zakresie – tak jest od 2004 r. (zresztą wcześniej kasy chorych też wymagały spełniania warunków określonych przez właściwe akty prawne). Jeśli menedżer szpitala twierdzi, że NFZ wchodzi w nie swoje buty, bowiem standardy ustala Ministerstwo Zdrowia, to miesza dwie zupełnie różne rzeczywistości. Przede wszystkim wprost i nie bez odwagi oświadcza, że nie zna ustawy, która reguluje relacje pomiędzy płatnikiem publicznym a świadczeniodawcami. *Wymogi NFZ* zostały wypracowane we współpracy z nadzorem merytorycznym, mimo że zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej... to *jednoosobowo* prezes Funduszu ma określać warunki wymagane od świadczeniodawców.

Wielu już dyrektorów szpitali otwierało ze zdumieniem oczy na widok raportu z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w kierowanych przez nich placówkach. Nie miejsce tu, żeby zastanawiać się nad poziomem chirurgii ogólnej np. w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym, gdzie częstym świadczeniem było... usunięcie zmiany skórnej, które tak naprawdę jest zabiegiem realizowanym najczęściej w poradni specjalistycznej (z rzadkimi wyjątkami). Nie dziwi zatem to, że JGP, nie dając możliwości rozliczenia drobnego zabiegu ambulatoryjnego w ramach umowy szpitalnej za horrendalne, jak było to przed 1 lipca, stawki, drażni niektórych.

Barbara Misińska, p.o. dyrektora  
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ  
Paweł Nawara, doktorant Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH



foto: Paul Harely/CORBIS

„ Zarządzanie w niektórych placówkach ochrony zdrowia jest fikcją – może powiedzieć wielu pracowników NFZ „

mogą być diagnozowane tylko na oddziałach onkologicznych, trudniej jest zakasać rękawy i szkolić swoich pracowników, nie licząc li tylko na mityczny grupowy *software*.

– *Pilotaż okazał się fikcją* – twierdzą niektórzy dyrektorzy zoz-ów. – *Zarządzanie w niektórych placówkach ochrony zdrowia jest fikcją* – może powiedzieć wielu pracowników NFZ, obserwując zmiany, jakie zachodzą na rynku usług medycznych. Pewien dyrektor szpitala (oczywiście publicznego) twierdzi, że część oddziałów była rozwijana dlatego, że generowały zysk, co bardzo ładnie prezentowało się w różnej jakości programach naprawczych etc. Co takie myślenie ma jednak wspólnego z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego populacji?

System JGP nie pozwoli dziś na wiele dziwnych praktyk. Nie będzie możliwe finansowane na pozio-