

Małgorzata Macuda

Akademia Ekonomiczna w Poznaniu

KIERUNKI WYKORZYSTANIA SYSTEMU JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wstęp

Każdy szpital, prowadząc działalność usługową w postaci udzielania świadczeń zdrowotnych, stara się, aby jego funkcjonowanie było sprawne, zarządzanie jednostką jako całością efektywne, a poziom kosztów jego działalności utrzymywał się na racjonalnym poziomie. W tym celu poszukuje się coraz to nowszych rozwiązań. Jednym z nich jest system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), działający w wielu krajach europejskich (Francja, Wielka Brytania, Włochy, Hiszpania, Niemcy, czy Holandia [7, s. 215]), oparty na opracowanej w Stanach Zjednoczonych, w latach siedemdziesiątych, koncepcji DRG (*Diagnosis Related Groups*). Polski odpowiednik został skonstruowany na podstawie doświadczeń brytyjskich ze względu na zbliżony charakter brytyjskiego systemu narodowej służby zdrowia do NFZ w Polsce [6, s. 28]. Celem niniejszego artykułu jest scharakteryzowanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, a następnie zaprezentowanie kierunków jego wykorzystania przez zakłady opieki zdrowotnej.

2. Definicja systemu Jednorodnych Grup Pacjentów

W latach siedemdziesiątych naukowcy z Uniwersytetu Yale w Stanach Zjednoczonych, tacy jak: R. Fetter, J. Thompson, R. Mills, R. Averill i J. Freeman opracowali koncepcję Jednorodnych Grup Pacjentów (z angielskiego DRG – *Diagnosis Related Groups*), która miała służyć standaryzacji produktów i usług medycznych. Koncepcja ta pozwalała nie tylko na standaryzację świadczeń zdrowotnych, ale także na przyporządkowanie tym ostatnim jak najbardziej adekwatnych wartości zużycia poszczególnych zasobów materiałowych, rzeczowych, personalnych, a

także finansowych. Koncepcja Jednorodnych Grup Pacjentów szybko zastąpiła dotychczasową miarę usługi medycznej, jaką stanowił osobodzień (krytykowany głównie ze względu na swój niejednorodny charakter i niemożność prawdziwego odzwierciedlenia złożoności choroby pacjenta).

Jako główne kryterium klasyfikacji pacjentów do poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów, naukowcy amerykańscy wybrali diagnozę medyczną, gdyż jest łatwo dostępna, odzwierciedla dużą liczbę informacji (takich jak przyczyny i objawy choroby, możliwe sposoby jej leczenia itd.). Ponadto jest zrozumiała, a także jednoznaczna z punktu widzenia terminologii medycznej niezależnie od szpitala, w którym zostanie postawiona. Ze względów praktycznych przyjęto także dodatkowe kryterium, jakim jest czas pobytu pacjenta w szpitalu. Bierze się je pod uwagę w celu ustalenia przybliżonego zużycia niezbędnych w trakcie leczenia zasobów, których wartość w dużej mierze zależy od czasu hospitalizacji (dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu pociąga za sobą wzrost zużycia leków, opatrunków, żywności, a także wymaga czasu i wysiłku personelu medycznego, głównie opieki pielęgniarskiej). Pacjenci byli zatem przyporządkowywani do poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów ze względu na zdiagnozowaną u nich chorobę, a co za tym idzie, sposób leczenia (zastosowane procedury medyczne, przepisane leki itd.), jak również z punktu widzenia kosztowności ich hospitalizacji. U podstawy koncepcji Jednorodnych Grup Pacjentów leży bowiem przekonanie, iż mimo że każdy pacjent stanowi odrębny przypadek kliniczny, to jednak sposób jego leczenia może mieć wiele cech wspólnych z przypadkami innych pacjentów, podobne może być więc wykorzystanie w trakcie leczenia poszczególnych zasobów rzeczowych (sprzętu medycznego), materiałowych (leków, opatrunków, sprzętu jednorazowego użytku typu igły, strzykawki, a także żywności) oraz zasobów personalnych (wykonawczy zespół pracowników czyli personel medyczny – lekarze, pielęgniarki). W konsekwencji rodzaj i wielkość kosztów generowanych w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz różnych pacjentów, ale co ważne przyporządkowanych do tej samej JGP, są bardzo zbliżone.

Opracowując polską wersję systemu DRG, za parametry decydujące o kwalifikacji danego pacjenta do konkretnej JGP przyjęto:

- procedurę o najwyższej randze (wartości) – ICD 9¹,
- procedurę dodatkową – ICD 9,
- rozpoznanie kliniczne zasadnicze – ICD 10²,
- rozpoznanie kliniczne wtórne – ICD 10,
- wiek pacjenta,

¹ ICD 9 – zbiór kodów dotyczący grup zabiegowych (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 CM zawiera 6500 pozycji, jednak około 2600 ma znaczenie w definiowaniu grup i w procesie grupowania).

² ICD 10 – zbiór kodów dotyczący grup zachowawczych.

- czas pobytu,
- tryb przyjęcia,
- tryb wypisu,
- płeć pacjenta [6, s. 28].

Poszczególne JGP zawierają zatem wszystkie elementy kosztowe, które można zidentyfikować, odpowiadające podobnemu zużyciu zasobów, związanemu z leczeniem i pobytom pacjenta w szpitalu od momentu jego przyjęcia do wypisu.

3. Wykorzystanie systemu JGP w zakładach opieki zdrowotnej

Jednorodne Grupy Pacjentów to instrument o bardzo szerokim zakresie wykorzystania. Poza tym, że według planów NFZ stanowić będzie wkrótce narzędzie kontraktowania i finansowania szpitali, system JGP ma zastosowanie w planowaniu kosztów działalności szpitala, a także ich późniejszej kontroli. Ponadto stanowi swoisty instrument statystyczny, może być również przydatny do alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia.

Narzędzie kontraktowania i finansowania szpitali

System Jednorodnych Grup Pacjentów może służyć jako narzędzie kontraktowania i finansowania szpitali, jak w wielu krajach europejskich, takich jak Wielka Brytania, Szwajcaria, Niemcy, Włochy, Hiszpania, Holandia, Dania czy Francja [7, s. 217], a także w Stanach Zjednoczonych, gdzie system ten został opracowany. System JGP przyjęto jako formę taryfikacji (standardowe ceny usług medycznych) oraz perspektywnego finansowania świadczeń zdrowotnych, co przyczynia się do efektywnego zarządzania szpitalem, głównie zarządzania kosztami, pozwala na porównanie własnych wyników z wynikami innych szpitali, motywuje jednostki o wysokich kosztach działalności do ich obniżania oraz sprzyja tzw. zdrowej konkurencji między poszczególnymi zakładami opieki zdrowotnej. Finansowanie szpitali według klasyfikacji Jednorodnych Grup Pacjentów jest „obiektywne”, gdyż odzwierciedla rzeczywistą złożoność patologii przypadków z poszczególnych JGP oraz wielkość kosztów ponoszonych w trakcie ich leczenia. Według zapowiedzi prezesa NFZ [6, s. 29] system JGP nie obejmie w Polsce wszystkich usług szpitalnych, gdyż istnieje pewna grupa świadczeń, która nie poddaje się tej formule finansowania (np. chemioterapia). Niemniej jednak około 90% procedur szpitalnych będzie finansowanych na podstawie systemu JGP.

Planowanie i kontrola kosztów

System Jednorodnych Grup Pacjentów ma na celu wyodrębnienie grup pacjentów o zbliżonych do siebie cechach z ekonomicznego punktu widzenia. Przeporządkowanie do poszczególnych grup odpowiada nie tylko klasyfikacji medycznej, ale ponadto pozwala na określenie wykorzystywanych w trakcie leczenia zasobów materiałowych, rzeczowych oraz personalnych, a przez to oszacowanie poziomu

kosztów ponoszonych podczas świadczenia usług medycznych pacjentom z danych grup diagnostycznych, co można wykorzystać zarówno w planowaniu, jak i kontrolowaniu poziomu ponoszonych kosztów.

Wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w szpitalach daje możliwość szczegółowej charakterystyki procesu leczniczego (w wymiarze klinicznym oraz w kategoriach kosztowych). Proces ten zakłada bowiem, że jedni pacjenci wymagają większych nakładów na leczenie, drudzy zaś mniejszych. Ponadto realizacja świadczenia zdrowotnego wobec jednego pacjenta może wymagać dużej liczby, większego wysiłku i dłuższego czasu pracy personelu medycznego, podczas gdy usługa medyczna na rzecz innego pacjenta zostanie wykonana przykładowo przez jednego lekarza i jedną pielęgniarkę w stosunkowo krótkim czasie. Istnieje zatem znaczna różnica w kosztach leczenia poszczególnych pacjentów. Dzięki koncepcji JGP wskazujemy różnych pacjentów, z różnymi klinicznie dolegliwościami, a następnie przyporządkowujemy ich do grup o podobnej charakterystyce kosztowej i zbliżonym podejściu diagnostyczno-leczniczym. Zakwalifikowanie pacjenta do danej Jednorodnej Grupy Pacjentów umożliwi personelowi medycznemu podjęcie decyzji dotyczącej metod leczenia, jakie należy zastosować, a co za tym idzie, pozwala wskazać przewidywany czas wykonania usługi oraz liczbę personelu potrzebnego do jej zrealizowania, a także określić w sposób ilościowo-wartościowy, odpowiednio do przyjętego procesu leczenia, zużycie poszczególnych zasobów. Stosowanie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów przeciwdziała zatem podejmowaniu nietrafnych decyzji (np. zlecenie badań diagnostycznych nie uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta itp.).

Jednorodne Grupy Pacjentów mogą posłużyć jako swoisty instrument planowania kosztów działalności szpitala [5, s. 154-160]. To w ramach planowania podejmuje się decyzje co do zadań rzeczowych i finansowych, jakie należy wykonać w danych komórkach organizacyjnych szpitala – na oddziałach, w pracowniach specjalistycznych czy też laboratoriach medycznych. W zależności od przewidzianych zadań następuje planowanie zaopatrzenia zasobów, głównie materiałowych (leków, opatrunków, sprzętu jednorazowego użytku lub choćby żywności), a także osobowych (liczba i rodzaj personelu medycznego) oraz sprzętu medycznego niezbędnego w trakcie poszczególnych zabiegów czy operacji, czyli następuje szacowanie poziomu kosztów, jakie w przybliżeniu zostaną poniesione w celu realizacji świadczeń zdrowotnych. Rozpoznanie kosztów danej Jednorodnej Grupy Pacjentów jest sprawą bardzo istotną. Koszt ten bowiem jest ustalany ze względu na charakter grupy, do której przyporządkowano pacjenta z określoną jednostką chorobową oraz z racji ewentualnego występowania patologii. Istnieje zatem możliwość wykorzystania klasyfikacji JGP jako instrumentu planowania działalności szpitala, a co tym idzie, racjonalnego gospodarowania kosztami.

Identyfikując koszty działalności szpitala, poznajemy rodzaje materiałów medycznych i niemedycznych oraz planowane ich zużycie na potrzeby świadczenia

usług medycznych. Planowanie zużycia materiałowego oznacza planowanie gospodarki materiałowej szpitala, unikanie zakupu za dużej ilości materiałów medycznych, ujawnienie różnych form nieefektywnego wykorzystania zasobów, przeciwdziałanie marnotrawstwu, a także przeciwdziałanie tworzeniu zbędnych zapasów materiałowych. Poznając koszty osobowe, jesteśmy w stanie zaplanować potrzeby ilościowe personelu, strukturę zatrudnienia oraz tryb zatrudnienia istotny z punktu widzenia kosztowego. Zużycie materiałów i energii oraz koszty wynagrodzeń i pochodnych stanowią często 70-80% ogółu kosztów rodzajowych szpitala. Znajomość tych kosztów pozwala racjonalnie nimi gospodarować.

Jak widać, JPG to narzędzie, które można wykorzystać w procesie planowania kosztów działalności szpitala i w planowaniu kosztów realizacji usług medycznych. Umożliwia bowiem oszacowanie poziomu kosztów z uwzględnieniem ich rodzaju i wielkości, ponieważ przyporządkowanie pacjentów do poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów definiuje automatycznie, jakie zasoby i w jakich ilościach będą wykorzystane w celu realizacji określonego świadczenia zdrowotnego.

Wspólny język komunikacji między personelem medycznym a personelem administracyjno-ekonomicznym

Dzięki wdrożeniu JPG wzrasta wśród kadry medycznej świadomość kosztu, gdyż po przyporządkowaniu pacjenta do danej JGP następuje oszacowanie liczby personelu (wykorzystywanie medycznego potencjału pracowniczego), sprzętu medycznego i zużycia materiałów potrzebnych do wykonania usługi medycznej wobec tego pacjenta, a przez to i oszacowanie planowanych kosztów jego leczenia [3]. Uzyskując pewną wiedzę ekonomiczną, personel medyczny (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe czy też kierownicy pracowni i laboratoriów, czyli zarządzający danymi komórkami organizacyjnymi szpitala) staje się w rezultacie ostrożniejszy w swym postępowaniu, co zmniejsza ryzyko przypadkowych działań. To wpływa na ograniczenie marnotrawstwa zasobów, a także wzmacnia wydajność.

Z racji swego podwójnego, medyczno-ekonomicznego podejścia, system Jednorodnych Grup Pacjentów tworzy wspólny język komunikacji między personelem medycznym, czyli realizatorami usług medycznych, a personelem administracyjno-ekonomicznym zarządzającym szpitalem, co ma w konsekwencji znaczny wpływ na efektywność oraz sprawność funkcjonowania szpitala jako całości. Tylko równoważne traktowanie obydwu wymiarów (medycznego i ekonomicznego) doprowadzi do wiarygodnego określenia kosztów leczenia i wyceny grup pacjentów dokonanej na podstawie uśrednionych kosztów, przy założeniu grupowania przypadków o wartościach nieznacznie się różniących. Efekty grupowania powinny pozostawać w zgodzie z doświadczeniami personelu leczącego jako użytkownika systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Personel leczący, po zapoznaniu się z wagami przypisanymi poszczególnym grupom pacjentów, powinien akceptować ustalone między nimi relacje, które muszą odzwierciedlać nakład pracy, ponoszone koszty i zaawansowanie technologiczne stosowanych metod terapeutycznych [2].

Instrument statystyczny

Jednorodne Grupy Pacjentów mogą okazać się również przydatnym instrumentem statystycznym, możliwym do zastosowania przy szacowaniu dla danego szpitala planowanej wielkości realnych usług medycznych, co z zasady nie jest łatwe, gdyż zależy od potrzeb zdrowotnych ludności, a te są zmienne. Informacje dotyczące liczby i rodzaju przypadków leczonych w latach poprzednich w ramach poszczególnych Jednorodnych Grup Pacjentów mogłyby posłużyć jako podstawa do podejmowania decyzji co do wielkości i warunków kontraktów w latach kolejnych. Wiedząc, do których Jednorodnych Grup Pacjentów przyporządkowuje się statystycznie największą, a także najmniejszą liczbę pacjentów, możemy w przybliżeniu określić, biorąc przy tym pod uwagę uwarunkowania demograficzne, epidemiologiczne, a także ekonomiczne, na jakiego typu usługi medyczne będzie największe zapotrzebowanie, a przez to i jakiego rodzaju oraz jakiej wielkości koszty będą musiały być poniesione w celu zrealizowania tychże usług. Informacje mogą posłużyć zatem jako wiarygodne odniesienie przy planowaniu zapotrzebowania poszczególnych zapasów materiałowych (medycznych i niemedycznych), sprzętowych oraz określaniu liczby i struktury zatrudnienia personelu medycznego w szpitalu.

Alokacja środków finansowych w systemie ochrony zdrowia

System Jednorodnych Grup Pacjentów może być również przydatny do alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia, dokonywanej w różny sposób. Może się ona odbywać na zasadach rynkowych, jeśli wielu świadczeniodawców ubiega się o określoną pulę punktów. Można jej też dokonać w sposób bardziej administracyjny, wykorzystując dane zgromadzone przy użyciu JGP jako jeden z parametrów (oprócz wskaźników jakości, dostępności, oceny satysfakcji pacjentów). Jednorodne Grupy Pacjentów mogą zatem stanowić podstawę nawiązania racjonalnego dialogu pomiędzy uczestnikami systemu, dostarczać narzędzie pomocne w prowadzeniu konkursów ofert oraz w negocjacjach [2].

4. Podsumowanie

System Jednorodnych Grup Pacjentów, przyporządkowujący różnych pacjentów z poszczególnymi dolegliwościami do grup o podobnym podejściu diagnostycznym i leczniczym oraz o podobnej charakterystyce kosztowej, wdrożony został z powodzeniem jako instrument prospektywnego finansowania w Stanach Zjednoczonych, a także w wielu krajach zachodnich, takich jak Francja, Wielka Brytania, Włochy, Hiszpania, Dania, Holandia, Niemcy czy Szwajcaria. W Polsce wdrożenie systemu JGP, na podstawie którego ma się odbywać kontraktowanie i finansowanie szpitali, zapowiedziane zostało na 1 lipca 2008 r. W systemie tym płatnik będzie rozliczać się z zakładem opieki zdrowotnej według zryczałtowanych stawek (taryf), przypisanych jednorodnym klinicznie (ze względu na rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne) oraz kosztowo przypadkom chorobowym, które

tworzą określone grupy. JGP to system rozliczeniowy, w którym nośnikiem kosztów będzie hospitalizacja pacjenta z danym schorzeniem przy uwzględnieniu dodatkowych elementów, takich jak wiek czy choroby współistniejące lub powikłania [5, s. 3]. Dzięki niemu szpitale otrzymają od płatnika środki finansowe odzwierciedlające realne koszty poniesione w związku z leczeniem różnych pacjentów, co ma dać im szansę efektywnego funkcjonowania na rynku usług medycznych.

Literatura

- [1] Fetter R.B., *Diagnosis related groups: Understanding hospital performance*, „Interfaces” 1991 Vol. 21 (1).
- [2] Grabowski J., Kozierkiewicz A., Gajek F., *Polski system jednorodnych grup pacjentów*, „Służba Zdrowia” 2001 nr 80-81.
- [3] Grabowski J., Kozierkiewicz A., *Zarys polskiego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów*, materiały przeznaczone dla szkoleń Banku Światowego, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie, Warszawa 2001.
- [4] Kozierkiewicz A., Stamirski M., Styło W., Trąbka W., *The definition of prices for inpatient care in Poland in the absence of cost data*, „Health Care Manage Science” 2006 Vol. 9 No 3, s. 281-286.
- [5] Paszkiewicz J. (praca zbiorowa), *Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie*, „Menedżer Zdrowia” 2008 nr 4, s. 3-46.
- [6] Schreyogg J., Stargardt T., Tiemann O., Busse R., *Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries*, „Health Care Manage Science” 2006 Vol. 9 No. 3, s. 215-223.
- [7] Sobiech J., *System jednorodnych grup pacjentów jako mechanizm finansowania szpitala*, [w:] *Zarządzanie finansami szpitala*, red. J. Rój, J. Sobiech, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006, s. 154-160.
- [8] Sośnierz A., *Zmiany w zasadach kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2008 rok*, „Służba Zdrowia” 2007 nr 80-83.

WAYS OF USING DRG SYSTEM IN HEALTH CARE UNITS

Summary

Andrzej Sośnierz, the president of the National Health Fund, announced the implementation of diagnostic related groups in funded hospitals in Poland at the end of 2007. This system, already operating in many European countries (France, the UK, Italy, Spain, Germany and Switzerland), is based on DRG concept founded in the USA in the 70s. Besides being a tool of contracting and financing hospitals, it may also be used in some other ways in health care units. The DRG system characterizes the treatment process in a detailed way, both in a clinical dimension and costs, which creates common language between medical staff and administrative-economic staff. It can also be used as a statistical tool while planning possible medical services in a health care unit and as a tool of planning and controlling costs of those services.