

## Epidemiologia absurdu



foto: iStockphoto

# Choroby na życzenie NFZ

Erwin Strzesak

Na co chorują Polacy? Na to, za co płaci NFZ. Gdy tylko w taryfikatorach Funduszu zapisana zostanie porządna wycena terapii – natychmiast pojawiają się liczne przypadki schorzeń wymagających takiego leczenia. Gdy wycena zostaje obniżona, zapadalność na te choroby maleje. Dlaczego? Aby zarobić, szpital nie może się ograniczyć do poprawnego wyleczenia pacjenta. Musi jeszcze odpowiednio wypełnić formularz sprawozdawczy, a kwalifikując chorego do leczenia, wybrać taką metodę, która nie dość, że będzie skuteczna, to na tyle dobrze musi wyglądać w statystykach, że przeloży się na największy zysk. Doborem terapii w szpitalach zajmuje się zatem zespół składający się z lekarza i kodera – wysokiej klasy specjalisty od sprawozdawczości dla NFZ.

Czy takie postępowanie to polski wynalazek? Wcale nie. Najgłośniejszym echem w świecie odbił się sposób rozliczania ochrony zdrowia w Brazylii. Obowiązywała tam zasada pozwalająca rozliczyć każdą procedurę zabiegową wykonaną w trakcie jednego znieczulenia. Jeżeli podczas laparoskopowej operacji przepukliny brzusznej po jednej z stron ujawniono potrzebę zaopatrzenia również drugiej strony, można było ten zabieg poszerzyć i uzyskać za to pieniądze. Zapobiegało to sytuacjom, w których po jednej zakończonej operacji trzeba pacjenta kwalifikować ponownie lub go zoperować, rezygnując z zapłaty.

### Epidemia wyrostków robaczkowych

Stosowana w Brazylii zasada czasami doprowadzała do „epidemii”, jak np. pojawienia się masowych i niemających naukowego uzasadnienia zapaleń wyrostka robaczkowego (*appendicitis acuta*), ujawnianych w trakcie cięcia cesarskiego. Zobowiązywało to płatnika do zapłaty za oba zabiegi. Czy brazylijscy lekarze pozbawiali pacjentki zdrowego wyrostka robaczkowego, ponieważ chcieli więcej zarobić? Czy *naciągali* rozpoznania z pobudek merkantylnych? Czy usuwano wyrostek robaczkowy tylko ze względów finansowych?

Sądzę, że nie. Pamiętam swój staż podyplomowy, odbywany w latach, gdy nasza ochrona zdrowia działała na zasadach siemaszkowskich. Nie istniały kontrakty, plany, a najkorzystniejsze finansowo dla placówki medycznej było rozpoczęcie malowania oddziału i zawieszenie działalności. Nie było w owych czasach żadnych finansowych podtekstów usuwania wyrostka robaczkowego z otwartej jamy otrzewnowej ciężarnej pacjentki w trakcie porodu przez cięcie cesarskie. Kiedy cel tego nagłego (na ogół) zabiegu został osiągnięty i dziecko się urodziło, można było spokojnie przejrzeć jamę brzuszną. To przecież obowiązek każdego chirurga, który *otworzy brzuch*. Inspekcja ta mogła być dla pacjenta tylko korzystna, a wykonana profilaktycznie appendektomia zapobiec np. zapaleniu otrzewnej w przypadku nietypowej lokalizacji zmienionego zapalnie wyrostka w przyszłości. Faktem jest, że niepotrzebne było *udowadnianie* celowości tego zabiegu przed płatnikiem. Wystarczyło odnotować w dokumentacji medycznej i poinformować pacjentkę, że nagle zachorowanie z powodu *appendicitis acuta*, które mogło zepsuć wyjazd na wczasy, już jej nie grozi.

### Kodowanie

Teraz jest inaczej. Leczyć to za mało, trzeba jeszcze odpowiednio zdać sprawozdanie za pomocą kodów. Kodowana jest nie tylko przyczyna świadczenia, ale również wszystkie czynności wykonane w trakcie jego udzielania. Kodowanie to przeprowadzane jest za pomocą klasyfikacji medycznych, na ogół międzyna-

„ Zamiast wykazywać tanią operację przepukliny pachwinowej, warto w zapisie statystycznym wykazać droższą rewizję kanału pachwinowego „

rodowych, takich samych, jakich używa się do prowadzenia statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia na podstawie ustawy o statystyce publicznej z 29 czerwca 1995 r. Ustawa ta, w przytaczanym tu zakresie ochrony zdrowia, gwarantuje wiedzę na temat problemów i potrzeb zdrowotnych. Z obowiązkowej sprawozdawczości, realizowanej przez zakłady opieki zdrowotnej, zbierana jest wiedza o zachorowalności, czasach hospitalizacji, wieku pacjentów i wiele innych danych. Ustawa nie zapewnia dodatkowych funduszy na przetwarzanie informacji statystycznej w placówkach medycznych, ale i nie narzuca osobnego procesu przetwarzania danych statystyczno-medycznych. Zatem zapisy w dokumentacji medycznej służą wielu celom, czyli opisowi stanu pacjenta i procesu jego leczenia, rozliczeniu świadczenia u płatnika, jak i wygenerowaniu informacji dla statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia.

### Katalog świadczeń szpitalnych

Poprzednio stosowany w Narodowym Funduszu Zdrowia system rozliczeniowy zakładał istnienie katalogu świadczeń szpitalnych – dokumentu, który był utworzony wyłącznie w celu rozliczania świadczeń medycznych. Katalog był ułomny, stając się przedmiotem wielu manipulacji, oraz w wielu miejscach nieracjonalny, co skłaniało do *kreatywnej* sprawozdawczości i często wywoływało (na szczęście na papierze) małe epidemie. Tak działo się np. z rozliczeniem zabiegowego leczenia stulejki. Chirurgiczne leczenie zwężenia napletka zostało wyszczególnione w pozycji, która opisuje to leczenie poprzez usunięcie nadmiaru napletka. Procedura ta (wymieniona mało precyzyjnie z nazwy) wyceniona została na siedem ówczesnych punktów. Warto zauważyć, że koszt znieczulenia w tamtym czasie to 20 punktów. Nie może zatem dziwić, że zabieg, zasadniczo polegający na wykonaniu cięcia na skórze prącia i odpowiednim jej zeszcyciu po stosownym dopasowaniu brzegów rany, był rozliczany jako „szycie rany prącia” za 50 punktów. Operator cięcia wykonywał gratisowo, a szył za siedmiokrotnie większą stawkę niż w przypadku rozliczenia katalogo-

## „ Ostatnio modne stało się wykazywanie do celów sprawozdawczych podejrzenia zespołu wieńcowego ”

wego. Postępowanie to z klinicznego punktu widzenia wykonane było *lege artis*. Rozliczone zostało w sposób zadowalający, oczywiście chirurga. Jednakże obserwując to zjawisko w kategoriach statystycznych, zauważyliśmy dwa trendy – gwałtowny spadek operacji stulejki i równie gwałtowne zwiększenie zranień prząca. Podobnych przykładów można podać więcej. Wykazywanie operacji przepukliny pachwinowej można było zastąpić rewizją kanału pachwinowego, bo przecież każda operacja przepukliny polega na jego rewizji, bóle brzucha diagnostyką przeciwnowotworową itp. Znane powiedzenie, że jest małe kłamstwo, duże kłamstwo i statystyka – ma tu w pełni uzasadnienie.

### Jednorodne grupy pacjentów

Wprowadzony 2 lata temu system jednorodnych grup pacjentów, wzorowany na brytyjskim HRG, który wywodzi się z amerykańskiego DRG, miał zapobiegać tego typu *dowolnościom*. Na nic zdało się blisko półwiecze doświadczeń w stosowaniu DRG (w Yale został on wprowadzony w 1965 r.), skoro nie zapewniono otoczenia prawno-strukturalnego elementu rozliczeniowego, jakim jest system *case-mix*. Wprowadzenie tego – niewątpliwie jednego z najlepszych na świecie – sposobu rozliczania świadczeń szpitalnych odbyło się bez rozwiązania problemów związanych z innymi placówkami ochrony zdrowia działającymi w otoczeniu szpitali. Szpital tylko w wybranych przypadkach może być dla pacjenta pierwszą placówką, gdzie zaopatrywana jest jego potrzeba zdrowotna, rzadko potrzebne jest również, aby hospitalizacja trwała tak długo, żeby leczenie w całości zostało zakończone. Jeszcze kilka lat temu nikogo nie dziwiło, że z oddziału intensywnej terapii pacjent był wypisywany do domu, zamiast prze-

## „ Leczyć to za mało, trzeba jeszcze odpowiednio zdać sprawozdanie za pomocą kodów ”

kazania go w ostatnich dniach pobytu na inny, „mniej intensywny” i znacznie tańszy oddział. Czy jednak szpital zawsze ma możliwość wykonywania tylko tych świadczeń, które powinny być udzielane w warunkach szpitalnych? Oczywiście, że nie. Pomijam już bardzo nieprecyzyjny zapis art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zobowiązujący do natychmiastowego udzielenia świadczenia osobie tego potrzebującej ze względu na enigmatyczne „zagrożenie życia lub zdrowia”. Do tego należy dodać okoliczności, w których lekarz (zobowiązany zapisami ustawy o zawodzie lekarza) nie może bez badania podjąć żadnej decyzji, zleca zatem cały proces postępowania diagnostycznego, zakończony często postawieniem rozpoznania, niemającego nic wspólnego z pobytym w szpitalu. Świadczenie takie jednak, żeby mogło być rozliczone, musi być wyposażone w odpowiedni zestaw kodów. Dba o to coraz lepiej funkcjonujący system weryfikacji narodowego płatnika, który w wielu przypadkach eliminuje świadczenie z listy rozliczanych, bo podany zestaw kodów nie odpowiada wymaganiom kontrolujących, stąd też cała seria rozpoznań z podejrzeniem np. zespołów wieńcowych. Epidemia?

### Chemioterapia

Czasami, czytając zarządzenia przygotowywane przy ul. Grójeckiej, mam wrażenie, że są wydawane w innym kraju. Przykładem są ostatnie, dotyczące chemioterapii. Zakładają one poszerzenie katalogu chemioterapeutyków podawanych w trakcie terapii rozliczanej w systemie obowiązkowych ubezpieczeń publicznych, nie gwarantując pieniędzy na ich zakup i podawanie pacjentom. Stawia to placówkę medyczną, dysponującą ograniczoną pulą pieniędzy na leczenie, ale mającą umowę o udzielanie świadczeń w zakresie chemioterapii, w sytuacji instytucji segregującej. Część pacjentów otrzyma leczenie, a dla części nie będzie funduszy na zakup (drogich) leków. Może zatem w tym kontekście należy czytać pewien komunikat NFZ, który istotnie zmniejsza zapotrzebowanie na świadczenia medyczne związane ze skojarzonym leczeniem nowotworów. W październiku 2008 r. ukazał się komunikat (dokument nr 3449), który określa zasady ewidencjonowania świadczeń. Wprowadza on m.in. zasadę nieumieszczania rozpoznania nowotworowego w dokumentacji pacjenta otrzymującego leczenie chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne. Dotyczyć to ma nawet stanów, kiedy w trakcie leczenia skojarzonego dochodzi do powikłań. Zatem widać, jak za pomocą zapisów płatnika rozliczającego świadczenia można albo zwiększać zachorowalność (*appendicitis acuta* w Brazylii), albo ją zmniejszać (choroby nowotworowe w naszym kraju). A co na to epidemiolodzy?

*Autor jest pełnomocnikiem dyrektora ds. rozliczeń Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu*