

Jednorodne grupy pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym

# JGP

czyli JAK  
GŁUPIO PRÓBOWAĆ

Czy wprowadzanie jednorodnych grup pacjentów (JGP) do ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego zakończy się sukcesem czy okaże się kolejną porażką? Z analizy zarządzenia 29/2011/DSOZ prezesa NFZ z 14 czerwca wprowadzającego grupy wynika, że sukces nie jest pewny. Nie sposób także zgodzić się z wszystkimi tezami prezesa wygłoszonymi na konferencji prasowej 15 czerwca, na której przekonywał o słuszności wprowadzanych rozwiązań.



Od dłuższego czasu dyskutujemy nad zmianą sposobu finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Że system nie działa dobrze – nie trzeba nikogo przekonywać. Dla pacjentów to wielomiesięczne oczekiwanie w kolejkach na udzielenie świadczenia, dla lekarzy to np. powodujące konflikty zryczałtowanie wyceny usług w poradniach, administracyjne ograniczenia liczby wizyt kompleksowych u tego samego pacjenta,



niedookreślenie obowiązków kierującego i wykonawcy poprzez zobowiązanie tego pierwszego do zaopatrzenia pacjenta w wyniki „potwierdzające wstępne rozpoznanie”. Można dodać jeszcze wiele innych zastrzeżeń systemowych, jak brak wymagania skierowania do niektórych specjalistów, możliwość kierowania poprzez kartę wypisową ze szpitala, brak odnawiania skierowania u lekarza pierwszego kontaktu. Istnieje powszechne przekonanie, że sposób finansowania musi zdecydowanie się zmienić.



foto: Jakub Ostrowski/Fotografia

## Michał Kamiński

były wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna była przez lata obszarem zaniedbanym, a obecne zmiany idą w dobrym kierunku. Otworzą nowe możliwości diagnostyczne, dostęp do nowych świadczeń. Pozwolą na przykład na przeniesienie części świadczeń ze szpitali do ambulatoriów i tzw. szpitali jednego dnia. Dolegliwością dla wielu przychodni będzie to, że w ich pracy wzrośnie rola długopisu. Sprawna biurokracja medyczna będzie się musiała dla nich liczyć tak samo jak wiedza medyczna potrzebna do udzielania świadczeń. Zastanawiam się tylko, jak można było przy wprowadzaniu tych słusznych zmian popełnić tyle szkolnych błędów. Na przykład: by korzystać z systemu jednolitych grup pacjentów, trzeba mieć zarejestrowany gabinet zabiegowy. Tymczasem przepisy nie przewidują odpowiedniego kodu rejestracyjnego dla gabinetów AOS – taki kod istnieje tylko dla POZ. Czyli do czasu poprawienia niedoróbki nie będzie wiadomo, jak rozliczać się z NFZ, a zatem – czy NFZ rzeczywiście zapłaci za świadczenie. Podobne braki i sprzeczności w przepisach mogą podważyć zaufanie do słusznej reformy.

### Panaceum

Za panaceum na niedomagania ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego rządzący uznali wprowadzenie JGP, na podobieństwo funkcjonujących od 2008 r. w szpitalach i od 2010 r. w rehabilitacji stacjonarnej. Prace trwają już dość długo. Kiedy ze stanowiska zastępcy prezesa NFZ ds. medycznych odchodził w roku 2009 Jacek Grabowski, podobno właśnie z tego powodu powołano na jego miejsce Macieja Dworskiego. Prezes Dworski problematyką JGP zajmował się już ponad





## Erwin Strzesak

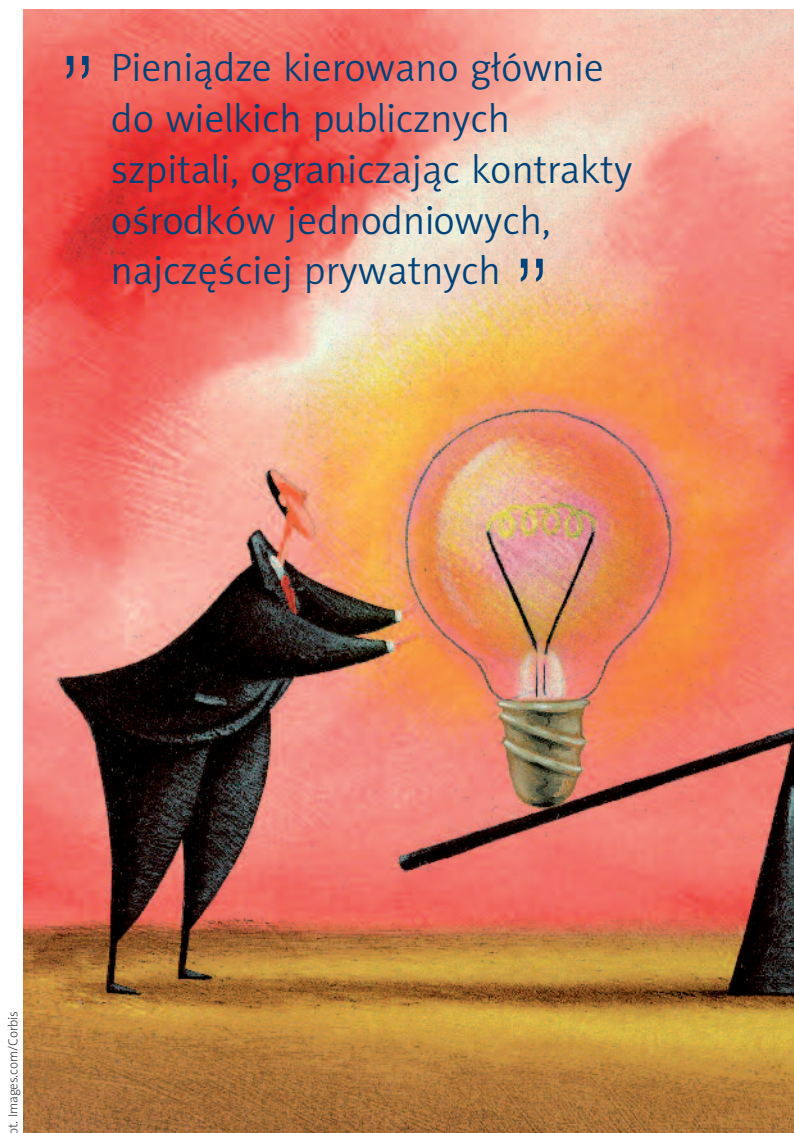
pełnomocnik dyrektora ds. rozliczeń  
Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Pomysł na wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej sam w sobie jest dobry. Gorzej z wcieleniem idei w czyn. Na całym świecie system rozliczeń oparty na JGP konsekwentnie i krok po kroku wypiera i zastępuje inne metody. A to dlatego, że w tym systemie zbliżamy się do ideału, czyli płacenia za rezultat, skutek udzielonej pomocy. Wprowadzając system JGP do AOS, uzyskujemy dodatkową przewagę: możemy się uczyć na cudzych błędach popełnianych przy podobnych operacjach w innych krajach europejskich, modyfikować system, unikać pułapek, w które wpadli inni.

Moje wątpliwości budzi sposób, w jaki JGP wprowadzono do AOS. Szczegółowe zasady ogłoszono w ostatniej chwili, tak by nikt nie miał szansy zaprotestować, skorygować. Nie było dyskusji – pojawiają się błędy, dokładnie takie same jak wtedy, gdy system JGP wprowadzaliśmy w szpitalach. Czeka nas więc kilka miesięcy nerwów, korygowania decyzji i rozporządzeń. To będzie przypominać wymianę koła w trakcie jazdy samochodu. Można było tego unikać.

10 lat temu, kiedy współpracował na Dolnym Śląsku z dyrektorem oddziału mazowieckiego Barbarą Misińską. Wtedy oboje, w ówczesnej DRKCh, próbowali wprowadzać grupy do finansowania leczenia na Dolnym Śląsku. W szpitalach na oddziałach zabiegowych testowano brytyjskie DRG, przeprowadzano symulacje austriackiego systemu LKF. Ówczesne doświadczenia były dość kiepskie, co potwierdza choćby fakt, że w tym właśnie okresie długi szpitali Dolnego Śląska osiągnęły najwyższy poziom w kraju. Ale oczywiście przyczyn tego zadłużenia było więcej. Tak czy inaczej – oboje od dłuższe-

„ Pieniądze kierowano głównie do wielkich publicznych szpitali, ograniczając kontrakty ośrodków jednodniowych, najczęściej prywatnych ”



go czasu byli orędownikami takiego systemu finansowania.

### W szpitalach

Finansowanie świadczeń zdrowotnych poprzez JGP jest metodą stosowaną w całej Europie. Jeżeli dojdzie do wprowadzenia jednolitych zasad finansowania w całej UE, pewnie na tej metodzie będą się one opierać. Głównym problemem jest to, aby JGP rzeczywiście racjonalizowały sposób rozliczeń, a tryb ich wprowadzania nie tworzył nowych patologii. Kiedy w 2008 r. zastosowano JGP do leczenia szpitalnego, motywowano to tym, że system katalogowy miał być przyczyną nadużyć przy rozliczeniach. Czy po dwóch latach można stwierdzić, że nadużycia wyeliminowano? Śmiem wątpić. Samo zaś wprowadzenie JGP okupiono istotnym zwiększeniem rentowności świadczeń, aby przekonać do tego systemu szpitale. To pośrednio było przyczyną olbrzymich nadwykonań w latach 2009–2010. Nie uniknięto również patologii przy wycenie grup – początkowo



„ Jak zadziała nowy system, zobaczymy w ciągu kilku najbliższych miesięcy. Pewne jest jedno – każdy będzie chciał wykorzystać go dla siebie „

niedoszacowano świadczeń anestezjologii czy pediatrii. Przeszacowano z kolei świadczenia kardiologii interwencyjnej i neurochirurgii, co zaowocowało natychmiastowym wzrostem liczby świadczeniodawców w tych dziedzinach. Pomimo próby korekt poprzez zmianę taryf, system do tej pory wzbudza kontrowersje i bez rzetelnej wyceny świadczeń przez instytucję niezależną od NFZ prawdopodobnie nigdy nie będzie powszechnie akceptowany.

### Rozporządzenie

Czy wprowadzanie JGP do ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego zakończy się sukcesem czy okaże się kolejną porażką? Z analizy zarządzenia 29/2011/DSOZ prezesa NFZ z 14 czerwca wprowadzającego grupy wynika, że sukces nie jest pewny. Po pierwsze – trudno mówić o kompleksowym wprowadzeniu JGP, których istota polega w uproszczeniu na skomasowaniu w grupach osób ze zbliżonymi rozpoznaniem według ICD-10, u których wykonuje się podobne pro-

## Adam Pietras

dyrektor Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej Specjal-Med w Zabrze

Bardzo źle się stało, że na wprowadzenie tak istotnej reformy w sprawozdawaniu świadczeń medycznych w AOS pozostawiono nam tylko 16 dni. To stanowczo za mało. Zналиśmy co prawda projekt, ale zmiany wprowadza się nie na podstawie projektu, a na podstawie zarządzenia prezesa NFZ, a ono weszło w życie 14 czerwca z mocą od 1 lipca. Czyli – zostało nam 16 dni na dostosowanie się do nowych reguł. Dlaczego tak mało?

Rozmawiamy 29 czerwca, 2 dni przed wejściem w życie nowego systemu – opracowaliśmy przewodnik dla lekarzy po systemie i widać, że będą musieli poświęcić więcej czasu na kwalifikację typu porad. Plusem nowego systemu jest lepsza wycena procedur diagnostycznych, ale utworzenie katalogu obejmującego taką liczbę typów porad w AOS (9), jaką ujęto, nie jest najlepszym rozwiązaniem. Obniżenie do 3,5 pkt wyceny świadczeń specjalistycznych I typu jest niekorzystne dla świadczeniodawców.

Na analizę wyceny procedur trzeba czasu – niektóre wydają się przeszacowane, znaczna część niedoszacowana. Błędy w systemie na pewno są i będzie to tematem licznych dyskusji, szkoda, że *ex post* – należy mieć nadzieję, że twórcy systemu okażą wolę korekty wycen i naprawy błędów.

cedury medyczne według ICD-9CM oraz wykorzystuje się zbliżone wartościowo zasoby. Tymczasem proponowane dla AOS grupy dotyczą praktycznie jedynie świadczeń zabiegowych i stanowią istotne rozszerzenie ich dotychczasowego katalogu. Należy przyznać, że konstrukcja grup zabiegowych wydaje się logiczna. W wypadku leczenia zachowawczego nie wprowadzono jednak grup, lecz dokonano po prostu innej kwalifikacji porad.

### Grupy zabiegowe

Czy wprowadzenie grup zabiegowych spowoduje, że istotna liczba mniejszych zabiegów, do których angażowano dotychczas potencjał szpitali, będzie wykonywana w przychodniach? Czas pokaże. Podstawowe wątpliwości dotyczą wykorzystania zróżnicowania wyceny świadczeń i dostosowania wysokości kontraktów. Mijające lata każą pamiętać o doświadczeniach z grupami szpitalnymi. Wprowadzając je, zróżnicowano wycenę dla hospitalizacji, hospitalizacji planowych





## Renata Jażdż-Zaleska

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych

To był bardzo zły pomysł, by tak istotną zmianę wprowadzać w biegu, w połowie roku. Mój szpital prowadzi liczne przychodnie specjalistyczne. Przygotowując się do kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogłam położyć większy akcent na leczenie szpitalne, mogłam też na ambulatoryjne. NFZ skutecznie mi to uniemożliwił, narażając na straty. Bo w pierwszym półroczu, by sprostać wymaganiom płatnika, który kładł nacisk na leczenie szpitalne, szpital musiał spełniać odpowiednie wymagania sprzętowe, techniczne, sanitarne i zatrudniać odpowiednią do wymagań – czyli liczną – kadrę fachową. Ponieśliśmy więc określone koszty. A tu po pół roku rewolucja – poniesione nakłady przestały się liczyć, wymagania co do sprzętu niższe, kadra fachowa – potrzebna, ale w innym zakresie, na innych zasadach. Dodatkowo w ostatniej chwili okazało się, że na gwałt, od podstaw i na nowych zasadach trzeba rejestrować w AOS gabinety zabiegowe. Oczywiście płatnik nie dał szpitalom odpowiednio dużo czasu na dopełnienie tego wymogu i szpitale nie zdążyły. To się przełożyło na konkretne straty, chaos, dodatkowe rozmowy z NFZ i kolejny publiczny blamaż polskiego systemu ochrony zdrowia.

„ Ambulatoriom trzeba zwiększyć kontrakty, aby przesunąć pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, a jednocześnie nie zmniejszyć dostępności świadczeń ”

i hospitalizacji jednodniowych. Wydawałoby się, że jest interesem płatnika, aby jak najwięcej hospitalizacji odbywało się w trybie jednodniowym, bo wycena była niższa. Niestety, praktyka pokazała, że pieniądze kierowano głównie do wielkich publicznych szpitali, ograniczając kontrakty ośrodków jednodniowych, najczęściej prywatnych. Ani nie osiągnięto spodziewanych oszczędności, ani nie skrócono kolejek do zabiegów np. zaćmy. Jeżeli ten sam mechanizm zaistnieje w wypadku zabiegów wykonywanych w trybie ambulatoryjnym, sukces będzie tylko na papierze. Na przykład: zabieg laseroterapii siatkówki jest wyceniany przy pełnej hospitalizacji na 816 zł, w hospitalizacji jednodniowej na 714 zł, ambulatoryjnie zaś na 360 zł (w zależności od wartości punktu w odpowiednim oddziale wojewódzkim). Jak widać, różnica jest istotna. Czy jednak do przychodni trafi wystarczająco dużo pieniędzy, aby wykonywały te zabiegi bez ograniczania dostępności do lekarzy innym chorym? Czy poradnie przyszpitalne nie będą chciały „przepuszczać” pacjentów przez oddział, aby uzyskać prawie 500 zł więcej za zabieg? Na te pytania nie ma dzisiaj odpowiedzi. Może rozwiązaniem byłoby rozdzielanie zabiegów na takie, które mogą być wykonywane wyłącznie ambulatoryjnie, wyłącznie jednodniowo lub wyłącznie w trakcie normalnej hospitalizacji, z dopuszczeniem umotywowanych wyjątków w przypadku powikłań? Wymagałoby to stworzenia precyzyjnych standardów, ale bez nich ryzyko, że wprowadzając grupy zabiegowe, nie osiągnie się oczekiwanego efektu, jest znaczne.

### Świadczenia niezabiegowe

Dla świadczeń niezabiegowych zaproponowano podział na dziesięć grup. Dwie z nich stanowią pewną nowość. Są to świadczenia pohospitalizacyjne wycenione na 4 pkt (ok. 40 zł) i porada udzielona w miejscu pobytu świadczeniobiorcy wyceniona na 7,5 pkt (ok. 75 zł). Obie grupy są o tyle interesujące, że stanowią próbę rozwiązania problemów dotychczas nierozwiązywalnych. Świadczenie pohospitalizacyjne pozwala płacić za leczenie przez 30 dni po hospitalizacji w miejscu wykonania świadczenia, co do tej pory uznawano za finansowane w ramach wyceny pobytu w szpitalu. Niestety, opis świadczenia poszpitalnego nie rozwiązuje sytuacji, w której oddział nie ma poradni przyszpitalnej lub pacjent mieszka 300 km od szpitala. W takich wypadkach udzielanie świadczeń nadal będzie stanowiło problem. Tak samo umożliwienie wizyty specjalisty w domu pacjenta można uznać za korzystne, choć wycena tego świadczenia wydaje się mocno zaniżona i obawiam się, że nikt nie będzie się szczególnie kwapił do ich realizacji. Pozostałe 8 grup to świadczenia specjalistyczne i świadczenia specjalistyczne kompleksowe podzielone na cztery kategorie (typy). Podział ten jest związany z liczbą badań dodatkowych z czterech list wykonywanych w trakcie wizyt. W zależności od rodzaju i liczby badań system

automatycznie kwalifikuje wizytę do określonej grupy. I wygląda to dość sensownie, ale diabeł pewnie jak zwykle będzie tkwił w szczegółach. Lista badań jest długa i zastosowanie odpowiednich ich konstelacji może dawać znaczne zyski finansowe. Myślę, że już niejedna firma informatyczna ma zaawansowaną produkcję tak zwanych optymalizatorów rozliczeń. Tak samo było w roku 2008. Ja zwróciłem tylko uwagę na jedno: na liście podstawowej odrębnymi badaniami są erytrocyty (C02), leukocyty (C30) i płytki krwi (C66), więc zlecenie jednej morfologii spełni kryteria porady drugiego typu za ekstra 3,5 pkt, czyli ok. 35 zł. Poszukiwacze zarobku znajdą na pewno więcej możliwości. Sporo dyskusji wzbudzi prawdopodobnie również obniżenie ceny świadczeń specjalistycznych i świadczeń specjalistycznych kompleksowych pierwszego typu w stosunku do ceny obowiązującej do 30 czerwca.

### Przeciąganie liny

Bądź mądry i pisz wiersze – jak mówi powiedzenie. Jak zadziała nowy system, zobaczymy w ciągu kilku najbliższych miesięcy. Pewne jest jedno – że każdy będzie chciał wykorzystać go dla siebie. Pacjent pozostanie tylko przedmiotem systemu, niewykluczone, że nadal obciążany będzie kosztami badań, które potem zostaną przedstawione do rozliczeń z płatnikiem. Ochrony przed takim postępowaniem nie widać.

### Szpital kontra ambulatorium

I na koniec największy problem – pieniądze. Aby przesunąć strumień pacjentów do lecznictwa ambulatoryjnego, a jednocześnie nie zmniejszyć dostępności świadczeń, trzeba zwiększyć istniejące kontrakty. Tymczasem żadne fundusze na drugie półrocze na ten rodzaj świadczeń się nie pojawiły. Prezes Jacek Paszkiewicz obiecuje pieniądze z rezerwy funduszu w wysokości 500 mln zł. Rozumiem, że sugeruje, aby robić tzw. nadwykonania, za które następnie zapłaci. Trochę to ryzykowne.

Istniejąca rezerwa została już okrojona na początku czerwca, ale pieniądze popłynęły głównie do szpitali. Jak się można domyślać, na sfinansowanie świadczeń nielimitowanych z I kwartału. Jeżeli będzie trzeba sfinansować kolejne trzy kwartały w podobnych proporcjach, rezerwy pozostanie już tylko ok. 250 mln zł. W planie finansowym NFZ nadal w rubryce „przychody z KRUS” jest ok. 3,1 mld zł, choć wiadomo, że w ustawie o budżetowej na 2011 r. kwotę tę obcięto do nieco ponad 1,8 mld zł. Równocześnie w niedawno opublikowanym zarządzeniu nr 23/2011/DEF prezesa zapisano, że nadwyżka ściąganej składki będzie przekazywana do depozytu u ministra finansów. Jeżeli nawet ta nadwyżka się pojawi, najpierw zostanie przeznaczona na sfinansowanie deficytu wynikłego ze zmniejszenia składki od prowadzonej przez KRUS. Na koniec roku może się okazać, że nie ma pieniędzy na nadwykonania w AOS. I wtedy przychodnie poznają smak regresji, ugód



foto: Roman Bosiak/Fotorepa

## Jerzy Gryglewicz

wiceprzewodniczący Związku Zawodowego Anestezjologów, specjalista w zakresie kontraktowania usług medycznych

Krok w dobrym kierunku – bo polską ambulatoryjną opiekę specjalistyczną trzeba było ratować przed zapaścią. W ubiegłym roku znacznie spadła liczba świadczeniodawców AOS, bo taka opieka przestała być rentowna. Polityka zamykania poradni specjalistycznych dotyczyła przede wszystkim dużych jednostek, takich jak wielospecjalistyczne szpitale. A to oznaczało, że pacjenci, którzy mogliby być leczeni ambulatoryjnie, byli hospitalizowani – czyli drożej i gorzej. Gorzej, bo opieka ambulatoryjna, prócz tego, że tańsza, jest mniej dolegliwa dla pacjenta, bardziej mu przyjazna.

Sposób wprowadzenia w życie tej reformy woła jednak o pomstę do nieba. Najpoważniejszy błąd to ten, że nie przeprowadzono pilotażu. System daje też możliwość zlecenia przez lekarzy niepotrzebnych badań w celu zawyżenia kosztów – nie zapewnia odpowiedniej kontroli w tym zakresie.

z NFZ i innych przyjemności serwowanych na koniec okresu rozliczeniowego. Pierwszeństwo w finansowaniu będzie miała intensywna terapia, onkologia itp., a nie leczenie gradówki w przychodni zamiast w szpitalu. I to jest największe realne niebezpieczeństwo.

Bardzo bym chciał, aby wprowadzenie systemu JGP do lecznictwa ambulatoryjnego okazało się sukcesem. Jeżeli jednak opisywane wyżej zagrożenia przeważą nad korzyściami, będę musiał przyznać rację znajomemu, którego próbowałem kiedyś do tego systemu w naszych polskich realiach przekonać. Uśmiechając się szelmowsko, rozszyfrował mi skrót JGP: „jak głupio próbować”. Oby nie miał racji.

Maciej Biardzki