

Kalkulacja kosztów jednorodnych grup pacjentów po niemiecku

Superagencja z Siegburga

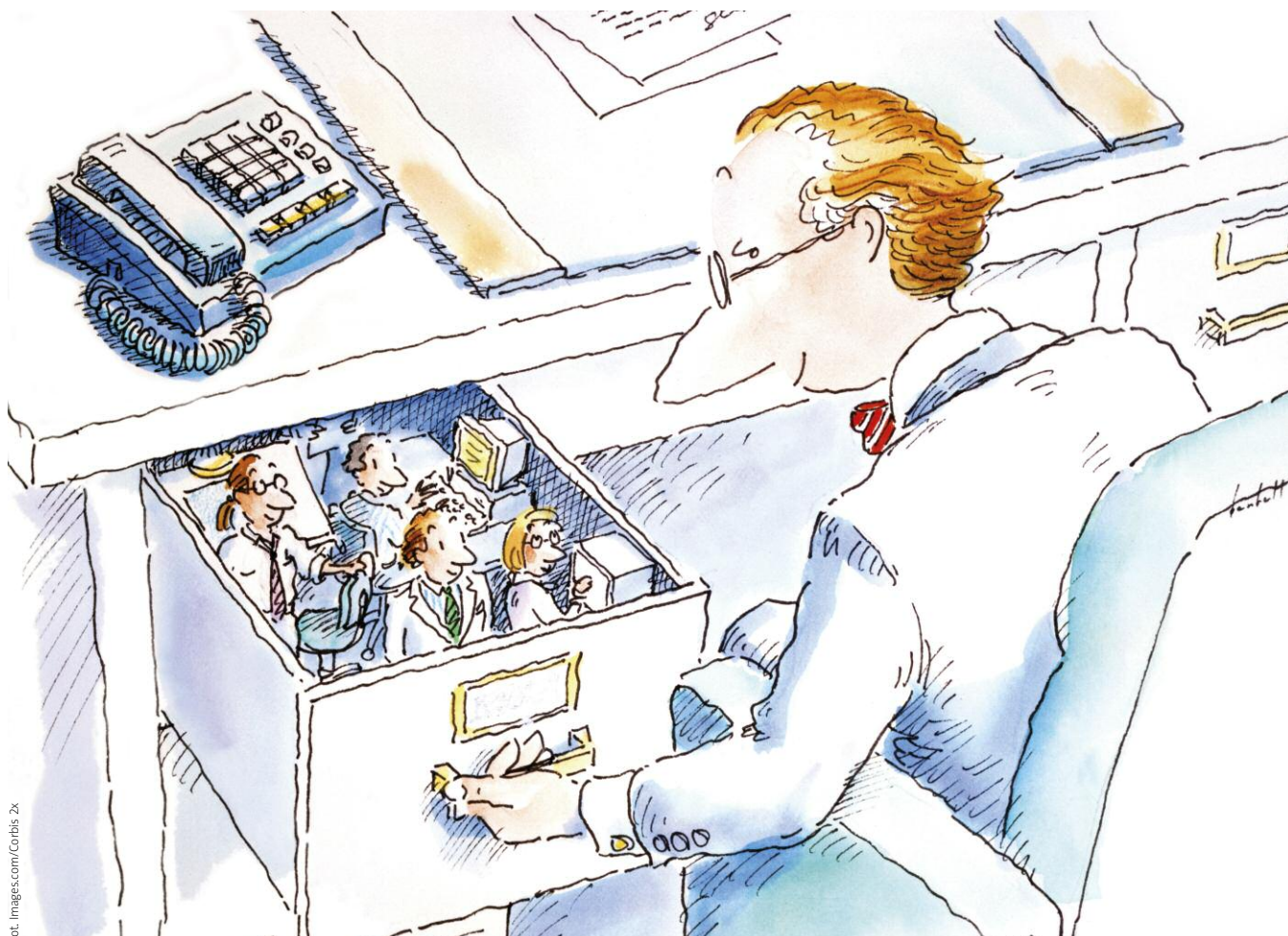


foto: images.com/Corbis 2x

W Polsce koszty jednorodnych grup pacjentów wycenia Narodowy Fundusz Zdrowia. Ministerstwo zapowiada, że to zmieni i powierzy kalkulację kosztów niezależnej instytucji. W Niemczech od ponad 10 lat zajmuje się tym Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH z siedzibą w Siegburgu, w skrócie InEK. Jak liczą koszty nasi zachodni sąsiedzi?

InEK powstał w 2001 r. – dwa lata przed wprowadzeniem jednorodnych grup pacjentów. Przed 2003 r. w Niemczech obowiązywały przeważnie zryczałtowane opłaty za dzień hospitalizacji. Była to stała opłata, tj. nieuwzględniająca wszystkich nakładów koniecznych w danej procedurze medycznej. W 2000 r. zdecydowano się gruntownie zmienić system finansowania szpitali oraz wprowadzić jednorodne grupy pacjentów (w niemieckim DRG). Wprowadzanie systemu DRG rozpoczęto w 2003 r., z okresem przejściowym do 2009 r. Każda

grupa przypadków DRG jest wynagradzana ryczałtem, niezależnie od czasu pobytu pacjenta w szpitalu.

Wycenę wylicza komputer

Od 1 stycznia 2010 r. praktycznie wszystkie szpitale w każdym landzie opłacane są według jednolitych stawek. Tylko nieliczne wykluczono z tego systemu, np. zajmujące się opieką paliatywną, nastawione na leczenie stwardnienia rozsianego – one uzgadniają indywidualnie wysokość wynagrodzenia z kasami chorych.

Przypisanie danego przypadku do jednej z jednorodnych grup następuje za pomocą programu komputerowego, tzw. grupera. Uwzględniane są przy tym rodzaj choroby – diagnoza, stopień zaawansowania oraz przeprowadzone operacje i procedury. Katalog niemieckich DRG na 2013 r. obejmuje 1187 grup oraz 156 dodatkowych dopłat – przeważnie do drogich leków i produktów medycznych.

Instytut

Właścicielami InEK są:

- Najwyższe Związki Kas Chorych (*Spitzenverbände der Krankenkassen* – GKV),
- Związek Prywatnych Ubezpieczeń (*der Verband der Privaten Krankenversicherungen* – PKV),
- Niemieckie Stowarzyszenie Szpitali (*Deutsche Krankenhausgesellschaft* – DKG).

Wyłączenie prywatnych ubezpieczeń, obok kas chorych, do prac nad systemem rozliczeń świadczeń szpitalnych było konieczne, ponieważ w wypadku leczenia szpitalnego – odmiennie niż ambulatoryjnego – wynagrodzenie za wszystkie świadczenia jest jednakowe, niezależnie od tego, czy pacjent jest ubezpieczony w kasach chorych – GKV, czy w prywatnych instytucjach ubezpieczeniowych – PKV. Dlatego też InEK sporządza rokrocznie katalog możliwych do rozliczenia DRG z danych o wykonanych świadczeniach i poniesionych kosztach udostępnionych dobrowolnie przez placówki biorące udział w tzw. kalkulacji. Udział szpitali w kalkulacji jest dobrowolny. Ponad 244 jednostki (w tym 10 klinik uniwersyteckich) uczestniczy w tym procesie.

Kalkulacja opiera się wyłącznie na danych o kosztach bieżących funkcjonowania szpitali, nie zawierają one kosztów nakładów inwestycyjnych, które są finansowane przez poszczególne landy.

Ciekawostką jest, że szpitale dobrowolnie udostępniające dane otrzymują pewną zryczałtowaną zapłatę (uzależnioną od liczby oraz jakości danych). W 2013 r. każda placówka biorąca udział w kalkulacji uzyskuje stałe wynagrodzenie w wysokości 14 tys. euro oraz dodatkowo wynagrodzenie zmienne za każdy zaakceptowany przez InEK rekord danych.

Finansowanie instytutu

InEK jest finansowany z tzw. dopłaty systemowej DRG (*DRG-Systemzuschlag*). Polega to na tym, że szpitale przekazują średnio euro za każdy przypadek. Tak wyliczoną sumę szpitale raz do roku kumulują i przekazują na rachunek InEK. Około jednej trzeciej kwoty tych dopłat instytut zatrzymuje na finansowanie działalności bieżącej, natomiast dwie trzecie wypłaca szpitalom, które biorą udział w kalkulacji *DRG-Relativgewichte*.

InEK wylicza tzw. współczynnik wagowy danego przypadku (*Relativgewicht*). Współczynnik wagowy to wartość, której przyporządkowana jest każda z jedno-



Budżet

Niemieckie szpitale publiczne mają tzw. dualny system finansowania, w którym rozróżnia się dwa główne źródła przychodów: z instytucji ubezpieczeniowych (głównie kas chorych – GKV, a następnie z prywatnych instytucji ubezpieczeniowych – PKV) na pokrycie kosztów bieżącej działalności oraz z budżetów krajów związkowych (ewentualnie od właścicieli) na sfinansowanie inwestycji.

Szpitale mogą otrzymywać fundusze od swojego landu na pokrycie niezbędnych kosztów inwestycyjnych, np. na inwestycje budowlane i aparaturę medyczną. Z budżetów landów korzystają wszystkie placówki ujęte w planie szpitali (*Krankenhausplan*) danego kraju związkowego, niezależnie od formy własności.

rodnych grup. Określa ona relatywną wagę kosztową danej grupy jednorodnej w porównaniu z innymi. Poprzez przemnożenie tego współczynnika przez bazowy koszt świadczenia wartości jednego punktu (*Basiswert*) otrzymuje się przychód szpitala za dany przypadek (suma *Relativgewichte* podzielona przez liczbę przypadków daje tzw. *Case Mix Index*).

Powinniśmy brać przykład z niemieckich sąsiadów, którzy najpierw tworzą odpowiednie instytucje, a dopiero potem zmieniają system rozliczeń świadczeń zdrowotnych. Wygląda na to, że u nas może się stać odwrotnie.

Anna Wieczorkowska