

Praktyczny sprawdzian Jednorodnych Grup Pacjentów

Nowy system rozliczeniowy oparty na Jednorodnych Grupach Pacjentów testowały 42 szpitale w całej Polsce. Wyniki pilotażu wskazują, że dzięki rzetelnej sprawozdawczości i prawidłowemu kodowaniu procedur świadczeniodawcy mogą uzyskać od NFZ średnio 12 proc. więcej pieniędzy niż do tej pory.

Po wielu miesiącach intensywnych prac nad przygotowaniem polskiej wersji Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), w marcu br. w 20 szpitalach rozpoczął się pilotaż nowego systemu. W ciągu kilku tygodni liczba świadczeniodawców testujących JGP wzrosła 2-krotnie i w rezultacie płatnik miał do dyspozycji dane z 42 szpitali.

Głównym celem przeprowadzenia pilotażu było sprawdzenie, jak rozliczenie wg JGP wpłynie na finansowanie szpitali. Należy podkreślić, że jednym z podstawowych założeń przy opracowaniu nowego systemu rozliczeniowego było utrzymanie przynajmniej dotychczasowego poziomu łącznych przychodów świadczeniodawców, przy jednoczesnej poprawie poziomu rentowności poszczególnych specjalności medycznych uznawanych do tej pory za deficytowe. Pilotaż miał również skorygować elementy systemu JGP w zakresie relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń, a także sprawdzić praktyczne działanie algorytmu grupera JGP oraz stosowanie zmienionej klasyfikacji procedur medycznych i charakterystyk grup.

Przedsięwzięcie miało także pokazać poziom faktycznego przygotowania świadczeniodawców do kodowania udzielonych świadczeń w celu wyznaczenia grup i ich rozliczenia. Zakładano pozyskanie wiedzy o błędach kodowania po stronie świadczeniodawców, co miało służyć opracowaniu materiałów szkoleniowych na podstawie rzeczywistych przypadków.

Ponadto przeprowadzenie praktycznej weryfikacji systemu JGP było niezbędne do przygotowania przez centralę NFZ możliwie najlepszych materiałów informacyjnych.

Osobną grupą celów było sprawdzenie wydolności systemu informatycznego oraz sprawności algorytmu grupera.

Maksimum wyników, minimum zmian

Podstawowym założeniem pilotażu było uzyskanie maksymalnie wiarygodnych wyników przy minimalnej ingerencji w działania świadczeniodawców i ograniczeniu dodatkowych obowiązków związanych z udziałem w tym przedsięwzięciu. Ponadto przyjęto założenie wykorzystania aktualnie funkcjonujących komunikatów sprawozdawczych i kanałów komunikacyjnych, a także oprogramowania analitycznego będącego w dyspozycji centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu zachowania jednoznaczności przypisań grup JGP przyjęto założenie, że do grupowania na potrzeby pilotażu zostanie wykorzystana jednakowa aplikacja w skali kraju, co umożliwi jej ewentualne doskonalenie w trakcie procesu.

W celu osiągnięcia możliwie wiarygodnych wyników do uczestnictwa w pilotażu zaproszono świadczeniodawców wskazanych przez oddziały wojewódzkie jako wyróżniających się pozytywnie w zakresie sprawozdawczości, w tym przede wszystkim pod kątem kodowania rozpoznań i procedur. Aby uzyskać reprezentatywne dane, do udziału w pilotażu zaproszono szpitale o zróżnicowanym profilu organizacyjnym i własnościowym. W przedsięwzięciu uczestniczyły ostatecznie 44 szpitale z 12 województw. W grupie tej znalazły się szpitale powiatowe, wojewódzkie oraz kliniczne, a także kilku świadczeniodawców niepublicznych. Uwzględniono m.in. zróżnicowanie skali i profilu prowadzonej działalności – nowy system testowały szpitale wieloprofilowe oraz placówki o stosunkowo wąskim zakresie działalności.

Pilotaż rozpoczął się w pierwszej połowie marca. W centrali Funduszu zakończyły się wówczas prace nad koncepcją i metodyką pilotażu – określono jego założenia i ustalono z dostawcami usług informatycznych sposób realizacji projektu na podstawie dostępnych narzędzi. Podczas pierwszych spotkań z pracownikami szpitali uczestniczących w pilotażu omówiono planowaną metodykę procesu oraz przekazano zaktualizowaną wersję międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9 w celu jej implementacji we własnych systemach informatycznych. Gromadzenie i przetwarzanie danych w ramach pilotażu potrwa co najmniej do końca czerwca.

Przeptyw informacji

Pilotaż zakładał wykorzystanie aktualnie stosowanych kanałów i komunikatów sprawozdawczych. Ponieważ obecnie stosowany komunikat przekazywania danych do Funduszu (XML) zawiera możliwość wprowadzenia zdefiniowanej większości parametrów wykorzystywanych docelowo przez system JGP, świadczeniodawcy nie zostali

obciążeni żadnymi dodatkowymi obowiązkami sprawozdawczymi poza przyjęciem do stosowania nowej wersji klasyfikacji ICD-9CM i zwróceniem szczególnej uwagi na prawidłowe kodowanie zrealizowanych procedur.

Komunikaty sprawozdawcze dotyczące poszczególnych hospitalizacji (epizodów) przekazane przez świadczeniodawców do właściwego dla nich oddziału wojewódzkiego NFZ były sukcesywnie kierowane do centrali Funduszu poprzez komunikat KLP, zawierający dane niezbędne do analizy, a w szczególności do wyznaczenia grup JGP.

Informacje przetwarzane były na poziomie centrali Funduszu w celu uzyskania informacji wynikowej będącej zestawem raportów dla poszczególnych szpitali i okresów sprawozdawczych.

Na poziomie centrali Funduszu do analizy przekazanych informacji wykorzystano oprogramowanie Business Object 11 (BO-11), które jest jednym ze standardowych narzędzi analitycznych wykorzystywanych przez pracowników Centrali w bieżącej pracy. Raporty uzyskiwane z BO-11 były dodatkowo przetwarzane przy użyciu arkusza kalkulacyjnego MS Excel i w tym formacie były prezentowane i dystrybuowane.

Metoda analizy

Do analizy wykorzystano dane przekazane do Centrali Funduszu przez oddziały wojewódzkie do 26 maja br., za okres od stycznia do kwietnia 2008 r., przy czym zaznaczyć należy, iż zakres przekazanych informacji różni się w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Do osiągnięcia celu analizy kompletność i ciągłość danych mają mniejsze znaczenie, porównywane były bowiem poszczególne hospitalizacje wyceniane wg obecnego i nowego systemu.

Do symulacji finansowych przyjęto jednakową dla wszystkich szpitali cenę jednostki rozliczeniowej (punktu) – 12 zł w obecnym systemie i 48 zł w JGP (założono, że 48 zł będzie ceną oczekiwaną w drugiej połowie 2008 r.).

Istotnym elementem analizy było ponadto wyznaczenie udziału hospitalizacji, dla których nie udało się wyznaczyć grupy JGP.

W czasie prac prowadzonych w centrali Funduszu nad przystosowaniem oprogramowania dla potrzeb pilotażu opracowano i wdrożono od strony informatycznej nie tylko algorytm grupowania, ale także określono zestaw wzorów raportów, które miały na celu uzyskanie wyników w oczekiwanych formatach oraz kontrolę prawidłowości przebiegu procesu.

Podstawowe znaczenie na poziomie centrali Funduszu miały zestawienia porównawcze wyników rozliczenia epizodów wg systemu JGP i katalogu świadczeń szpitalnych – SZP.

Przebieg pilotażu

Podczas pilotażu nie napotkano na większe problemy natury organizacyjnej. Tym niemniej części szpitali istotną trudność sprawiło dostosowanie własnych systemów informatycznych do równoległego stosowania więcej niż jednej wersji klasyfikacji ICD-9. Wymóg korzystania w pilotażu z wersji zmienionej w stosunku do tej obowiązującej w statystyce publicznej wynikał z konieczności uaktualnienia i dostosowania klasyfikatora procedur do potrzeb JGP. Poważne problemy techniczne zaistniały w związku z importem danych za pomocą komunikatu KLP na poziom centrali oraz z niewystarczającą wydolnością narzędzia Business Object 11, które, w miarę przetwarzania coraz większej liczby danych, nieproporcjonalnie wydłużyło czas potrzebny do wygenerowania raportów wynikowych. Przyczyna nieprawidłowego działania BO-11 została zidentyfikowana i usunięta w końcu maja, poprzez zmianę ustawień instalacyjnych oprogramowania.

Pośród uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców w trakcie pilotażu na szczególną uwagę zasługują przypadki niewłaściwej ich zdaniem kompozycji charakterystyki JGP, będącej efektem braku odpowiednich procedur w klasyfikacji ICD-9, co z kolei miało wpływ na możliwość lub brak możliwości wyznaczenia grupy JGP. Wszystkie zgłoszenia w tym zakresie były przedmiotem wnikliwej analizy, w wyniku której dokonywano modyfikacji klasyfikacji ICD-9, charakterystyki JGP oraz wsadu parametryzującego grupę JGP. Analizy na 2 czerwca przeprowadzono na materiale uwzględniającym większość zgłoszonych uwag.

Wiele uwag odnośnie do ograniczonej stosowalności systemu JGP (wg ówczesnej wersji charakterystyki) w szczególnych warunkach klinicznych zgłosił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich, co, niestety, znalazło swoje odzwierciedlenie także w wynikach pilotażu. Uwagi te zostały wzięte pod uwagę przy opracowywaniu ostatecznej wersji zarządzenia.

Wyniki pilotażu

Dane do analizy przekazało 42 świadczeniodawców. Symulację kosztów przeprowadzono tylko dla tych hospitalizacji, które zostały przez grupę przydzielone do odpowiedniej grupy JGP. Hospitalizacje, które nie znalazły grupy docelowej, są przedmiotem jakościowej i szczegółowej analizy, nie stanowią jednak przedmiotu poniższej analizy ilościowej. Najczęstszą przyczyną braku przypisania hospitalizacji do odpowiedniej grupy było użycie trzech znaków w kodzie ICD-10, niezgodnie z międzynarodowymi zasadami kodowania. W wielu przy-

gia dziecięca, geriatria, hematologia dziecięca, immunologia kliniczna dziecięca, kardiologia, angiologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, neurologia – leczenie udarów, onkologia dziecięca, anestezjologia i intensywne na terapia, pediatria, neonatologia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, chirurgia naczyniowa, chirurgia plastyczna, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, otorynolaryngologia, audiologia i foniatria, urologia i transplantologia kliniczna.

Na podstawie hospitalizacji przypisanych do grup (względnie wysoki wskaźnik 87,76 proc.) oszacowano wstępny wynik finansowy w systemie JGP na poziomie 91,99 proc. Następnie dokonano szczegółowej analizy poprawności przypisania epizodów do grup. Wskaźnik przypisania do grup obniżył się do 65,45 proc., ale wynik finansowy poprawił się do poziomu 111,14 proc. Dla pozostałych hospitalizacji (22,3 proc.) nieprawidłowo przypisanych do grup wynik finansowy wynosił 57,30 proc. Podstawowym powodem złego przypisania do grupy i słabego wyniku finansowego był wybór grupy zachowawczej zamiast zabiegowej z powodu błędnego kodowania.

Błędy w kodowaniu

Pilotaż wykazał, że odsetek epizodów szpitalnych trafiających do grup JGP jest bardzo zróżnicowany – od stosunkowo wysokiego (ponad 99 proc. – jeden szpital, powyżej 90 proc. – 4 szpitale, powyżej 80 proc. – 18 szpitali) do bardzo niskiego (poniżej 50 proc. – 8 szpitali). Przyczyny takiego stanu rzeczy to nieprawidłowości w kodowaniu po stronie szpitali dwojakiego rodzaju. Po pierwsze – niski wskaźniki wyboru grup spowodowany był niezgodnym z zasadami kodowaniem ICD-10 z użyciem trzech znaków. Drugim powtarzającym się błędem jest kodowanie ICD-9 z pominięciem kodów szczegółowych (pięcioznakowych) dostępnych dla większości procedur. W takiej sytuacji wskaźnik wyboru grup jest wprawdzie wysoki, ale grupy są wybrane niewłaściwe (gruper wskazuje grupy zachowawcze zamiast zabiegowych), co w konsekwencji znacząco obniża wynik finansowy.

Należy przypuszczać, że po przeprowadzeniu szkoleń dla tzw. koderów ze szpitali, współczynnik udziału rozpoznawalności grup powinien znacząco wzrosnąć.

Ryzyko informatyczne

Po przeprowadzonym teście pracy grupera w oddziałach wojewódzkich oraz analizie wolumenu danych podlegających zmienionej procedurze rozliczeń w pilotażu zmienił się poziom istotności rozpoznanych zagrożeń i ryzyk projektu uznawanych przez NFZ za istotne.

Zagrożenie niewystarczającej wydajności infrastruktury przestało być istotne.

Zarówno liczba danych podlegającej procedurze wyznaczania grupy (mniej niż 7 proc. wszystkich danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców do Funduszu), jak i uproszczenie algorytmu grupowania pozwalają na wniosek, że ewentualny wzrost zapotrzebowania na moc serwerów nie wystąpi w stopniu wyraźnie pogarszającym warunki pracy oddziałów.

Wniosek ten potwierdzają również informacje o wynikach analizy pracy grupera w tych oddziałach, które podjęły zadanie obserwacji zmiany obciążenia swojej infrastruktury po uruchomieniu narzędzia testowego.

Niestety, zmiany wymagań użytkownika powodujące zmiany algorytmu grupera wpływają na zagrożenie niedostosowania w terminie systemów świadczeniodawców do zmienionego sposobu rozliczeń.

To zagrożenie jest tym bardziej istotne, że dotyczy zewnętrznych dostawców oprogramowania dla szpitali i jedynym sposobem jego ograniczenia jest dokonane przez NFZ opublikowanie z odpowiednim wyprzedzeniem kompletnych ostatecznych wersji materiałów: algorytmu grupera, tabel parametrów i komunikatów sprawozdawczych. Rozstrzygnięto i zamknięto podstawowe dla implementacji kwestie, dotyczące procesu komunikacji ze świadczeniodawcami (zakres danych przekazywanych świadczeniodawcy w tzw. fazie zero i przekazywanych przez niego w fazie pierwszej), co pozwoliło na ustalenie, a w konsekwencji – publikację formatów zmienionych komunikatów sprawozdawczych.

Wynik finansowy

W pierwszej części pilotażu 13 szpitali uzyskało korzystny wynik finansowy (ogółem 110,12 proc.) nawet wtedy, gdy kodowanie procedur i rozpoznawanie było obciążone błędami. Z kolei efekt finansowy wynikający z mechanizmu użycia rozliczenia dodatkowych osobodni wyniósł dla szpitali w pilotażu ogółem 2,34 proc. i był niższy od oczekiwanego (5 proc.). Na tym tle widoczny jest wyższy od oczekiwanego efekt finansowy rozliczenia dodatkowych osobodni w szpitalach o profilu dziecięcym, ginekologiczno-neonatologicznym, leczenia oparzeń (ogółem 7,7 proc.).

Przyjęta metoda analizy nie może na tym etapie ujawnić dodatkowego, korzystnego dla szpitali mechanizmu łączenia rozliczeń OAiIT z grupami ze względu na ograniczone dane.

Na podstawie dostępnych, wstępnych wyników analiz można prognozować wynik finansowy szpitali po wprowadzeniu JGP na poziomie powyżej 12 proc. wzrostu wynikającego z wyceny poszczególnych grup oraz rozliczania dodatkowych osobodni z pominięciem udziału procedur przeznaczonych do sumowania oraz rozliczeń OAiIT.