

# **Zkušenosti se zaváděním DRG v nemocnici středního typu**

## **Nemocnici Chrudim**

Škola veřejného zdravotnictví  
1999

Zpracoval MUDr. Vojtěch Němeček  
Dětské oddělení nemocnice Chrudim

## Obsah:

Souhrn:	s.....	3
Cíl práce:	s.....	4
Úvod do problematiky:	s.....	5
Materiál a metodika:	s.....	12
Výsledky:	s.....	13
Diskuse:	s.....	16
Závěr:	s.....	20
Seznam literatury:	s.....	22
Méně obvyklé zkratky:	s.....	23
Tabulky:	s.....	24

## Souhrn:

Předložená práce se snaží zhodnotit vlastní zkušenosti Nemocnice Chrudim s ověřováním systému DRG pro platby VZP lůžkovému zařízení. Tyto zkušenosti porovnává s dostupnými materiály o této problematice v ČR a definuje problémy, které souvisejí se zaváděním zásadní změny do systému financování lůžkových zařízení.

V úvodu práce jsou uvedeny základní systémy zúčtování plateb za nemocniční lůžkovou péči. Platba za ošetrovací den, za výkon, za případ, rozpočet, kontrakt a kombinovaný způsob úhrady. Jsou zmíněny jejich základní přednosti a nedostatky.

Podrobněji se věnuje systému platby za případ (DRG). Jeho historii, výhodám a nevýhodám, jeho rozšíření v Evropě, kde převažujícím systémem úhrad je modifikovaný globální prospektivní rozpočet

V kapitole hodnocení výsledků si práce všímá zejména *zařazení* nemocnice do projektu, seznámení s problematikou DRG, s kritérii průběhu projektu a jeho financování, s průběžnými výsledky a možnostmi jejich praktického využití pro řízení nemocnice. Dále možnostmi kontroly průběhu projektu ze strany zařazených zařízení. Vlastní zkušenosti s těmito zmíněnými problémy jsou konfrontovány s pracemi zabývajícími se problematikou DRG v České Republice. Je konstatováno, že hodnocení projektu jednotlivými autory se diametrálně liší.

V závěru, v souladu s některými autory práce konstatuje, že projekt ověřování DRG nebyl dostatečně připraven již v úvodní fázi. Nebyla jasně stanovena kritéria. Chybí zejména dostatečná informace o principech kódování v systému DRG, průběžné informace o výstupech, kontrola projektu.

Zcela závěrem jsou formulována základní pravidla, která by měla být dodržována při přípravě a v průběhu ověřování jakýchkoliv systémových změn a to nejen ve zdravotnictví. Mezi tato pravidla patří:

- Včasná příprava projektu na základě řádné analýzy dostupných dat, faktů a odlišností prostředí ve kterém projekt funguje a do kterého má být transformován.
- Přesné a jednoznačné stanovení kritérií pro vstup do projektu, práv a povinností vybraných subjektů.
- Včasná a vyčerpávající informace vybraných subjektů o dané problematice
- Průhledné a jednoznačné finanční, smluvní a kontrolní zajištění projektu.
- Jasně a jednoznačné stanovení výstupů projektu a termínů jejich zveřejnění.
- Jednoznačná gesce a dozor státní správy (ministerstva)

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

I. Cíl práce:

1. Zhodnotit zkušenosti s ověřováním systému DRG v podmínkách Nemocnice Chrudim - nemocnice středního typu.
2. Definovat související problémy.

## II. Úvod do problematiky:

Současný pokrok v medicíně umožňuje takové diagnostické a terapeutické zásahy, že prakticky žádná země není ekonomicky schopna všechny medicínské možnosti plně využít.

Rozpor možností medicíny a možností ekonomik leží ve dvou rovinách. Jde o problém

politický - rozhodnout co bude hradit stát a co pacient, a o problém ekonomický - efektivně využít prostředky, které jsou pro zdravotnictví k dispozici.

Ponecháme-li stranou aspekt odvahy politiků rozhodnout o úhradách a tato odvaha se

v ČR nenašla 10 let, musíme se alespoň snažit o efektivní využití prostředků, které jsou

pro zdravotnictví určeny. Do popředí pak vystupuje otázka principů financování

zdravotnictví, jejich přednosti a nedostatky a jejich použití v Evropě či ve světě. V našem

případě prvořadě v oblasti nemocniční péče.

V zásadě rozlišujeme tyto systémy zúčtování plateb za nemocniční lůžkovou péči:

1. Platba za ošetřovací den
2. Platba za výkon
3. Platba za případ (DRG).
4. Rozpočet globální účelově vázaný (paušál)
5. Kontrakt
6. Kombinovaný způsob úhrady (1)

Platba za ošetřovací den - nejdéle používaná metoda úhrad za nemocniční lůžkovou péči. Je užívána více jak 100 let v Evropě i USA a mnohde slouží dosud (2).

Nemocnice obdrží od plátce pevnou částku na krytí nákladů na jednodenní pobyt pacienta v nemocnici. Tato platba je v zásadě jednotná pro všechny nemocné bez ohledu na jejich diagnózu. To je příčinou nejzávažnější výhrady vůči této metodě. Není zohledňováno složení pacientů (CASE-mix), které se výrazně podílí na nákladnosti léčby a může se v jednotlivých nemocnicích výrazně lišit.

Předností tohoto způsobu platby je jednoduchost a průhlednost. Nevýhodou je motivace k prodlužování ošetřovací doby a poskytování nenáročných služeb a ty přenášet na jiná zařízení.

Další nevýhodou je problém čistě ekonomický. Náklady na diagnostiku a léčbu jsou nejvyšší prvé dny a pak klesají. S prodlužováním ošetřovací doby si nemocnice v tomto

prostředí v podstatě vytváří bezdůvodný zisk.

Na základě uvedených nedostatků byl v 60. letech tento systém úhrad postupně opouštěn, i když jeho administrativní nenáročnost by stála za modifikaci, která by odstranila jeho negativa. Vyžadovalo by to zejména stanovení a zohlednění Case - mix indexu a vytvoření systému, který by znemožňoval neodůvodněné prodlužování hospitalizace.

Platba za výkon - v tomto systému plateb je nemocnice odměňována za každý provedený výkon. Tento způsob odměňování má stimulovat k vyšší výkonnosti. Platba za výkon byla zavedena v ČR v roce 1993 a již v roce 1997 opět opuštěna.

Nevýhody této metody jsou zřejmé - motivace k co nejvyššímu vykázání výkonů a tím i k maximální platbě vede k nadprodukcí výkonů, často zbytečných, někdy i potenciálně škodlivých. Platba za výkon vyžaduje vypracování podrobného seznamu jednotlivých výkonů a kalkulaci jejich hodnot, samostatně pak řešit platbu za léky a zdravotnický materiál. Celý systém je administrativně náročný a málo průhledný. Náš seznam výkonů je navíc v jednotlivých odbornostech zcela jednoznačně nevyvážený a bez dostatečných regulací.

Platba za případ - podstatou platby je roztrídění hospitalizovaných pacientů do jednotlivých diagnostických tříd s určením jejich nákladové náročnosti. Nemocnice dostává pevnou platbu za léčbu pacienta zařazeného do určité kategorie. Je-li léčba efektivní a nemocnice platbu nevyčerpá, pozůstávají rozdíl jako zisk. V opačném případě hradí nemocnice překročení nákladů z vlastních prostředků.

Výhodou tohoto systému je snaha nemocnic o co nejvyšší hospodárnost při léčbě a diagnostice. Nevýhodou je možnost manipulace s jednotlivými třídami diagnóz směrem k nákladnějším, zejména v oblasti chirurgických intervencí a dále neúměrné zkracování hospitalizace bez ohledu na kvalitu léčebné péče.

K platbě za případ blížeji v dalším textu.

Rozpočet - základem je kalkulace sazeb za ošetrovací den. Rozhodujícím momentem je výběr kritéria pro stanovení výše rozpočtu.

Obecně se používá těchto kritérií (2):

- Historický rozpočet na základě analýzy časových řad s přihlédnutím k cenovému vývoji zdravotnických služeb.
- Rozpočty stanovené podle vybraných „objektivních“ kritérií respektujících např.

specifické podmínky pro poskytování služeb v jednotlivých nemocnicích.

- Historické rozpočty kombinované s různými provozními ukazateli, jako například rozsah lůžkového fondu a jeho struktura, Case - mix, obložnost, zdravotní stav obyvatel dané spádové oblasti atp.
- Kombinace výše vyjmenovaných metod -jde nejčastěji o akcentování některého ze zmíněných způsobů.

Rozlišujeme v podstatě dva druhy rozpočtů:

- Účelově vázaný (paušál).
- Globální.

Účelově vázaný rozpočet, je tvořen souhrnem dílčích rozpočtů, které zahrnují samostatně prostředky na mzdy, investice, léky, provoz a další kapitoly. Management má jen omezené pravomoci volně přesouvat položky mezi jednotlivými kapitolami. Tento typ rozpočtu by měl zabránit ne hospodárnému vynakládání prostředků. Tomuto typu platby se blíží u nás v nynější době využívaný „paušál“, který byl dále „specificky vylepšen“ tím, že se každé 3 měsíce mění a o definitivních změnách jsou jednotlivé nemocnice informovány až po začátku jeho platnosti.

Globální rozpočet, přiděluje nemocnici částku jako celek, a vedení rozhoduje o využití těchto prostředků samo. Výhodou globálního rozpočtu je jeho administrativní jednoduchost a snadná kontrola celkových výdajů na nemocniční péči ze strany plátce. Včasná a spolehlivá informace o budoucích příjmech umožňuje managementu nemocnice připravit dlouhodobější koncepci rozvoje nemocnice. Proto vyžaduje globální rozpočet stabilní ekonomické prostředí.

Kontrakty. Konkurence vede ke zvyšování kvality služeb a snižování jejich ceny. V podstatě existují dva typy vzájemných vztahů mezi poskytovateli a plátcí:

- Poskytovatelé zdravotnických služeb si konkurují při získání smlouvy od plátce.
- Plátce „nakupuje“ od poskytovatelů zdravotní péči pro své klienty po blocích a sám rozhoduje o tom, s kým a v jakém rozsahu uzavře smlouvu.

Kombinovaně způsoby úhrady. Vzhledem k tomu, že žádný z výše uvedených principů plateb nemocnicím není ideálním, ve většině případů probíhají platby lůžkovým zařízením dle jednoho základního principu kombinovaného s jinou formou platby. Každý tento systém je individuální, daný odlišnostmi a zvyklostmi té které země a proto není možno tyto soustavy mechanicky přenášet z jednoho státu do druhého, aniž byla provedena řádná analýza dopadů takovéto změny.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

V České Republice se v současné době věnuje pozornost v systému plateb nemocnicím zejména problematice platbě za případ na základě DRG. Jde o systém, který byl vyvinut v USA v 70. a 80. letech pro program péče o lidi starší 65. let (MEDICARE) a sociálně slabé občany pod úrovní životního minima (MEDICAID). Pobídkou byl zejména vysoký nárůst nákladů na nemocniční péči. V úvodu byl řešen problém, proč se jednotlivé nemocnice význačně liší ve svých nákladech na léčbu. Odpovědí bylo zjištění, že tyto náklady nezávisí na počtu ošetřovacích dní, ale struktuře ošetřovaných pacientů (CASE -Mix). S tímto zjištěním vystoupila do popředí potřeba tento čas - mix změřit. Proto byl na bázi MKN vytvořen pomocí statistického zpracování první systém diagnostických skupin, který sdružoval diagnózy se stejnými náklady na léčbu. Tento úvodní systém obsahoval 383 DRG - diagnosticky spřízněných skupin.

Postupným vývojem se dosáhlo následujícího třídění:

25 hlavních diagnostických tříd (kategorií) - MDC  
1300 DRG skupin  
hlavní komorbidity a komplikace

Přednosti a nevýhody DRG systému (3):

Přednosti:

- « Může být použit ke stanovení prospektivních náhrad (plateb).
- DRG je mírou využívám zdrojů, což je pro daný účel rozumný způsob.
- Data se snadno získají z běžně vedené lékařské dokumentace (epikríza).
- Počet diagnostických kategorií je přiměřený.
- DRG má hierarchické uspořádání, což umožňuje sdružit diagnostické skupiny do několika málo skupin. « Pomocí DRG se vytváří relativně homogenní skupiny a znalost indexu Čase - mixu jednotlivých nemocnic umožňuje srovnávání ekonomických výstupů nemocnic.

Nevýhody:

- DRG nerespektují klinickou specifičnost jednotlivých případů (specifické a měnící se podmínky léčby).
- Tam, kde existují nízké počty pacientů, jako je tomu v malých nemocnicích, není používání DRG smysluplné.
- DRG vychází z propouštěcích zpráv, ty však obsahují často klasifikační a kódové chyby.
- DRG sdružují pacienty do homogenních kategorií na základě statistických kritérií (systém ALOS), DRG z tohoto důvodu nejsou použitelné pro měření kvality péče, ani k tvorbě standardů péče.
- DRG klasifikují pouze hospitalizované pacienty, nehodnotí výkonnost a nákladovost nemocnice z komplexního pohledu.



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

- Protože chirurgické procedury přesouvají pacienty do složitější třídy DRG, vzniká nebezpečí (a praxe to potvrdila) nadužívání chirurgických výkonů.
- DRG odráží stav medicínských technologií v době zavedení, takže musí být často přepracováno, aby systém odpovídal pokrokům v oblasti diagnostiky i terapie.
- Ve snaze udržet relativně malý počet DRG tříd pacientů, se jen v omezené míře přihlíží k závažnosti stavů uvnitř tříd. Dochází tak ke ztrátě klinické homogenity uvnitř skupin.

#### DRG v Evropě:

DRG systém byl ověřován a rozvíjen i v Evropě a zaměřil se především na tyto cíle (1):

- Zúčtování s pojišťovnami.
- Účely plánovací a rozpočtovací.
- Účely vnitřního řízení nemocnice.

#### Francie:

Prvý projekt vznikl v r. 1981 a byl zaměřen na možné určení výdajů nemocnic ve vztahu k sociálním účelům institucí zajišťujícím nemocniční péči. Projekt řešil zejména tyto úkoly:

- Byly rozvíjeny a ověřovány standardy propouštěcích zpráv (RSS - Resumé de Sortre Standardisé).
- Byla zkoumána variabilita průměrné délky ošetrovací doby, která by mohla být vysvětlena Čase - mixem. Čase - mix klasifikace (GMH - groupes homogènes de malades) byla přizpůsobována informačnímu systému užívanému ve francouzských nemocnicích.
- Byly vypočítávány a analyzovány náklady na stanovení skupiny Čase - mixu - DRG/GHM.
- Byl vyvíjen software potřebný pro shromažďování, zpracování a analýzu dat, o které se DRG systém opírá.

V roce 1986 byl ve dvou nemocnicích ověřen model, ve kterém byly vztaženy náklady na jednotlivé skupiny GHM (Čase - mixu).

V roce 1997 byl dokončen software pro přiřazování nákladů jednotlivým skupinám GMH.

Dodnes není systém DRG univerzálně zaveden jako zúčtovací systém mezi nemocnicemi a plátcí.

### Portugalsko:

V roce 1983 bylo započato s realizací projektu zvýšení efektivity a kvality systému nemocniční péče. Projekt se zaměřil na tyto cíle:

- Modely rozpočtů.
- Lékařský dokumentační systém a zpracování dat.
- Využívání nemocničních služeb.
- Účtování nákladů s využitím systému DRG.
- Kvalitu poskytované péče.
- Ošetrovatelskou péči.

V roce 1986 byly k dispozici první výsledky tohoto projektu:

Byly shromážděny rutinně sledované záznamy ze 16. nemocnic. Použitím klasifikačního systému MKN - 9 rev., a USA DRG systému bylo vytvořeno kódovací schéma.

Vytvořených tříd bylo použito k vysvětlení variability mezi délkou ošetrovací doby v jednotlivých nemocnicích. Ve 4 nemocnicích byly vypočteny náklady na 1 případ.

V roce 1988 se předpokládalo obecné zavedení systému DRG. Nebylo dodrženo.

### Ostatní evropské státy;

V rámci Evropy byly ve většině států prováděny dílčí projekty související s aplikací DRG. Nikde se tento systém nestal základem pro účtování mezi nemocnicemi a plátcí. Zásadním výstupem těchto dílčích projektů je zjištění, že nelze mechanicky přenést systém používaný v USA do zcela odlišných podmínek jiného státu.

### Maďarsko:

Je jediným státem kde byl systém DRG implementován jako základní systém účtování mezi plátcí a nemocnicemi.

### Česká republika:

V České republice se o zavedení systému DRG uvažuje od r. 1995. V úvodní fázi se zde význačně angažovalo i MZD a zařadilo analýzu systému DRG do projektu standardizace zdravotní péče. Od roku 1997 převzala iniciativu VZP, která se ve spolupráci se společností 3M a za podpory nevládní organizace USAID snaží o zavedení systému plateb dle DRG pro financování nemocniční péče. I zde předběžné zkušenosti potvrdily, že systém nelze z nejrůznějších důvodů mechanicky přenést do našich podmínek, (používání jiného MKN, jiný seznam výkonů, jiné platby dle seznamu výkonů).

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Převládající systém plateb v Evropě:

V Evropě je pro platbu nemocnicím převážně užíván: prospektivní globální rozpočet nejčastěji upravený dle Čase - mixu. A to v těchto zemích: Dánsko, Francie, Holandsko, Irsko, Itálie, Německo, Norsko, Polsko.

### III. Materiál a metodika:

V práci bylo použito podkladů získaných v Nemocnici Chrudim v době od přihlášení se do ověřování systému DRG, přes začátek praktického provádění (říjen 1997) až do současné doby, kdy projekt probíhá 23 měsíců. Dále vlastních praktických zkušeností, které byly v této době získány, podkladů okresní pobočky VZP a programu VZP PC DRG -VIEW.

Takto získané poznatky jsou v diskusi porovnány s materiály týkajícími se hodnocení postupu prací na DRG v České Republice a shrnuty v závěru práce s příslušnými závěry z toho plynoucími.

### Charakteristika nemocnice Chrudim:

Nemocnice Chrudim je okresní nemocnicí středního typu, která má celkem 16. primariátů. Poskytuje péči ve spádové oblasti 100.000 obyvatel. V lůžkové části to jsou základní obory - interna se začleněnou odborností TRN, chirurgie se začleněnou odborností ortopedie včetně velkých operací, gynekologie a porodnictví, pediatrie s neonatologií, a dále ARO, neurologie a urologie. Nemocnice Chrudim zajišťuje dále péči na 120 lůžkách LDN. Mimo to jsou zde ambulantní oddělení hemodialýzy, rehabilitace a onkologie se stacionářem. Z komplementárních oddělení jsou zde standardní obory - biochemie, hematologie, mikrobiologie, RDG se spirálním CT, patologicko-anatomické oddělení a navíc oddělení nukleární medicíny sloužící spádové oblasti 450 000 obyvatel. Rozsáhlá je i odborná ambulantní péče, s kvalitním odborným a přístrojovým zařízením zejména v oblasti kardiologie, gastroenterologie, ortopedie, urologie a TRN. Od roku 1990 prošla Nemocnice Chrudim rozsáhlou rekonstrukcí, během které bylo přistaveno nové křídlo ve kterém je umístěno ARO, zcela nové chirurgické, ortopedické, urologické a gynekologické operační sály. V těchto nových prostorách jsou dále umístěny JIP interny a chirurgie, neurologické oddělení a gynekologické oddělení. Zásadní rekonstrukcí prošlo dětské a novorozenecké oddělení, oddělení nukleární medicíny, biochemická laboratoř, RDG, hemodialyzační a onkologické oddělení. Dle posledního výběrového řízení bylo Nemocnici Chrudim přiznáno celkem 356 akutních lůžek ve výše uvedeném odborném spektru a 130 lůžek LDN.

### Zařazení do projektu:

Začátkem roku 1997 VZP písemně vyzvala ředitele nemocnic v účasti na projektu ověřování systému DRG. V tomto dopise nebyly udány žádné bližší informace k podmínkám výběru nemocnic, k samotnému programu projektu, jeho financování, zabezpečení proškolení v problematice, vyhodnocení a kontrole výsledků. Poté co se do projektu přihlásilo, zřejmě díky nízké míře informací, pouze 11 nemocnic proběhlo ještě druhé kolo po kterém se počet účastníků uzavřel na 16 reprezentantech středně velkých a malých nemocnic a 3 představitelích velkých a fakultních nemocnic. Nemocnice Chrudim se přihlásila do projektu zejména na základě vlastních zkušeností, které získala již při ověřování výkonového systému. Účastí na tomto experimentu získala nemocnice s předstihem zkušenosti a znalosti správného vykazování výkonů, které pak mohla dobře uplatnit při povšechném zavedení výkonového systému plateb.

Po zařazení do projektu jsme očekávali následující informace:

- Seznámení s problematikou DRG.
- Seznámení s kritérii za jakých bude projekt probíhat.
- Seznámení s financováním nákladů s projektem souvisejících.
- Seznámení s průběžnými výsledky a jejich praktické využití pro řízení.
- Seznámení s možnostmi kontroly průběhu projektu.

#### Seznámení s problematikou:

I když firma 3M provedla prvá školení v problematice DRG již v roce 1996, v samotné souvislosti s projektem organizovala VZP první školicí akce až v červnu 1997 a další teprve po zahájení experimentu - v říjnu a v listopadu 1997. Tato školení sice seznámila s principy konstrukce DRG, ale nejdůležitější problematice - správnému kódování se nevěnovala. Tím se zabývalo až školení v březnu 1998, tj. 6 měsíců po zahájení projektu. Akce byla věnována praktické části kódování, ale pro širší postižení problematiky byla nedostatečná a nebyla již opakována. Další dílčí informace o systému a o kódování pak byly zveřejněny ve Zpravodaji VZP. (6-11)

#### Seznámení s kritérii za jakých bude projekt probíhat:

Oficiálně nebyla žádná kritéria průběhu projektu sdělena. Nemocnice byly informovány pouze o způsobu financování v průběhu experimentu. T.j. 60% plateb bude nadále tvořit paušál, zbytek bude vypočítáván dle DRG, přičemž bylo určeno minimum a maximum platby (tzv. risk koridor) pro střední a malé nemocnice v rozpětí 98 - 109%. Tento risk koridor činí pro druhé pololetí r. 1999 100 - 115%. Poměr platby paušálem a dle DRG je na toto období stanoven na 50 a 50% platby.

#### Seznámení s financováním nákladů souvisejících s projektem:

Veškeré náklady nemocnic z projektu vyplývající nesou tato zařízení sama. Prvým takovýmto nákladem v hodnotě cca 120.000 bylo zakoupení Softwaru a Manuálu pro AP - DRGs Grouper od firmy 3 M. Tento Manuál je členěn na 25 MDC v hlavní části a na 636 skupin diagnóz dle DRG s indexem MDC. Manuál (či-li návod k použití) je navíc pouze v angličtině, což neodpovídá ani naší legislativě. (12) Licence je pouze na jeden počítač a původně platila pouze 1 rok. Nevýhodou je i to, že Grouper pracuje v systému DOS. Dalším nákladem pro nemocnici bylo vyčlenění 0,2 úvazku lékaře a 0,5 úvazku středoškoláka pro kódování.

#### Seznámení s průběžnými výsledky:

Zatím jedinou informací o výsledcích DRG je program VZP, PC DRG - VIEW, který zpracoval první výsledky DRG, a to jen za období říjen až prosinec 1997. Umožňuje vzájemné porovnání jednotlivých nemocnic, jak je dále rozvedeno a dokumentují tabulky 1- 9 v příloze. Slibovaná verze PC DRG - VIEW 98 není dosud k dispozici. Výkony nemocnic zpracované v systému DRG jsou zpětně předávány nemocnicím v globální formě, která jen velice obtížně umožňuje zpětnou kontrolu zpracování dat ve VZP, i porovnání vlastního *zařazení* pacientů do DRG se *zařazením* VZP. Toto globální předání dat je nutné dle licenčních podmínek mezi VZP a firmou 3M. Chybí program, který by směřoval *zařazení* dle diagnos správným směrem (do správné DRG skupiny).

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Přes výše uvedené, je tento program kvalitní a pro management nemocnice by byl v případě aktuálních dat přínosem, protože umožňuje, byť anonymní, porovnání nemocnice s ostatními zařízeními v republice a s republikovým průměrem. Samostatně pro malé a střední nemocnice a velké spolu s fakultními. Dále ukáže strukturu příslušné DRG v dané nemocnici a porovnájí s republikovým průměrem.

- V detailu pro příslušnou nemocnici v porovnání s republikovým průměrem.
  - Strukturu DRG (ZUM, body za výkon, P Mat, Body za kategorii, paušál).
- Program DRG - View tedy umožňuje následující porovnání:

- Globálně za všechny nemocnice příslušné kategorie v porovnání s republikovým průměrem a postavením sledované nemocnice.
- Úhradu na 1 hospitalizaci v Kč.
- ZUM na 1 hospitalizaci v Kč.
- Úhradu za výkony na 1 hospitalizaci v Kč.
- P Mat. na 1 hospitalizaci v Kč.
- Body za kategorii pacienta na 1 hospitalizaci v Kč.
- Paušál na 1 hospitalizaci v Kč.
- Výkony na 1 hospitalizaci.
- Spektrum ZUMů.

Seznámení s možností kontroly:

Vzhledem k tomu, že údaje z nemocnic zpracovává VZP, a ta si základní informace ponechává jen pro svou potřebu, chybí i jakákoliv kontrola projektu. A to jak ze strany nemocnic v experimentu zařazených, tak i ze strany MZd. Program PC-DRG - VIEW umožňuje pouze anonymní srovnání nemocnic mezi sebou navzájem, přičemž vzhledem k anonymitě údajů je i toto porovnání limitováno. Nelze provést porovnání nemocnic o přibližně stejné velikosti, struktuře pracovišť, spádové oblasti apod.

## V. Diskuse:

V současné době jsou k dispozici 4 základní práce, které hodnotí dosavadní připravenost k využití systému DRG pro platby nemocnicím.

Prvou z nich je „Zpráva o přizpůsobení DRGs pro Českou republiku“ , kterou zpracoval RNDr. Tomáš Doležal v červenci 98 (12). V letech 1994 až 1997 zaměstnanec ÚP VZP a zpočátku člen pracovní skupiny, která se věnovala problematice DRGs. V kontaktu s jejími členy zůstal i po odchodu z této skupiny. Druhá práce je pak hodnocení , které najdeme v Suplementu Listů revizního lékařství zr. 1998 (13), třetí pak článek Systém DRG - nutná etapa sebepoznání RNDr. Jaroslava Jandy ve zdravotnických novinách z února 1999(14). Čtvrtým článkem je posléze hodnocení ředitele VZP RNDr. Ing. Jiřího Němce CSc ve Zdravotnických novinách ze dne 16.1.1998 (15).

Tomáš Doležal (13) ve svém shrnutí kritizuje následovně:

- Na počátku nebyla vypracována žádná obsažná vstupní zpráva, která by skutečně mapovala problém v širších souvislostech, v kontextu systému českého zdravotnictví zdůvodnila dostatečně volbu DRGs a stanovila obecnější cíle.
- Podle dostupných informací navštívili pracovníci VZP kvůli DRGs řadu evropských států, Austrálii a opakovaně USA, ve VZP však nebyla vypracována žádná systematická zpráva o zkušenostech s využíváním DRGs v zahraničí.
- Pracovní tým pro řešení úkolu byl sestaven ze zaměstnanců VZP vázaných k jiným pracovním povinnostem, které měli již před započítáním prací na DRGs. Práce vykonávali vlastně nad svůj úvazek, což mimo jiné přispělo k tomu, že se neseznámili s problematikou DRGs dostatečně do hloubky.
- Data použitá jako základ pro stanovení číselných charakteristik, byla zcela mechanicky vybrána z dokladů předávaných VZP v rámci výkonového systému financování bez jakékoliv revize (byť jen vzorku dat) s ohledem na správnost a úplnost údajů.
- Nekompetentní překlad kódů „Seznamu výkonů“ do angličtiny.
- Nesouměřitelnost kódů USA a českého „Seznamu výkonů“.
- Ačkoliv v době počátku prací na DRGs již probíhala tvorba nového seznamu výkonů, nebyl učiněn žádný pokus o přizpůsobení struktury nového seznamu potřebám DRGs a příprava nového seznamu byla při přizpůsobování DRGs zcela ignorována.
- Možnost zpracovat systém stanovení číselných charakteristik (jde hlavně o váhy) v závislosti na skutečných nákladech byla na samém počátku prací zamítnuta. Není proto k dispozici žádný systém, který by umožňoval číselné charakteristiky v budoucnosti udržovat s ohledem na změny nákladů a struktury péče.
- Ačkoliv pracovníci společnosti 3M již při prvních kontaktech jasně deklarovali, že mohou připravit jen omezeně platné podklady, které musí česká strana systematicky zrevidovat, výsledky práce 3M byly pouze mechanicky přejaty a žádná prověrka a kontrola zjevně nikdy provedena nebyla.
- Chyby spojené s převedením klíčových výkonů na nový seznam jasně indikují, že pracovníci VZP si neprostudovali dostatečně ani manuál k DRGs a málo rozumí metodice jejich definic.



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Správnosti kódování diagnóz nebyla věnována prakticky žádná pozornost, bylo zcela ignorováno, že v ČR nejsou k dispozici potřebné nástroje a normy. Stejně byly pomíjeny další normy potřebné pro užívání DRGs. V důsledku absence norem a neznalosti systému nemůže být VZP ani připravena na revizi poskytované péče a vykazování ve vztahu k DRGs.

Na jaře 1996 strávili ve VZP několik dní pracovníci revizní organizace ze spojených států, kteří se snažili českou stranu seznámit s problematikou revize ve vztahu k DRGs a zanechali ve VZP veliké množství materiálů. Zkušenosti zprostředkované touto návštěvou ani získané materiály nebyly dosud nijak zpracovány ani využity. VZP nemá vytvořeny žádné postupy a nástroje skutečně vhodné a účinné pro analýzu dat ve vztahu k DRGs.

Není vypracována žádná prognóza o možných vlivech DRGs na systém poskytování péče, ani není vypracována žádná strategie, jak reagovat na velmi pravděpodobné přesuny části péče do ambulantní složky. Nic není známo o tom, že by VZP vypracovala dostatečně obsažné zprávy hodnotící dosavadní práce na přizpůsobení DRGs a jejich výsledky nebo experimentální nasazení DRGs ve vybraných nemocnicích ve čtvrtém čtvrtletí 1997.

Jaroslav Janda ve svém článku ve Zdravotnických novinách předkládá souhrn přínosů metodiky DRG a zároveň krátce připomíná nedostatky přístupu VZP k této metodice.

Cituji: „Když konečně přišla VZP s něčím rozumným, tak to pro změnu zpackala. Ale to, že VZP zavádí DRG špatně, neznamená to, že samo DRG je špatné. DRG nepotřebují zavést nemocnice kvůli VZP, ale naopak. V pokračování článku autor vytýká VZP zejména:

- VZP přináší DRG jako tajemství, kde okruh zasvěcených je nerozšiřitelný.
- Nemocnice jsou odkázány na sdělení pravdy velkého guru 3M.
- Nemocnice odvedou vykázanou péči a se zpožděním několika měsíců dostanou od VZP počty pacientů zařazených do jednotlivých DRG a to neadresně.
- Nemocnicím není sděleno, že ten a ten pacient spadá do té a té skupiny, nemohou to věcně rozporovat, nemohou sledovat ekonomické souvislosti, nemohou vůbec nic.

V protikladu těmto dvěma kritickým hodnocením stojí obě zbývající práce. V supplementu se již v úvodu 6. Kapitoly - Vývoj DRG v naší republice říká: „Projekt ředitele VZP ČR, týkající se DRG byl zahájen před více než 2 roky. Musím zde konstatovat, že za tuto dobu odvedla skupina pracovníků, kteří se tohoto projektu na různých místech VZP zúčastnili, skutečně velké množství práce.“

Dále následuje bez jakéhokoliv zhodnocení efektu výčet vykonaného.

••• Prvá fáze:

- Bylo vybráno 16 nemocnic z celé republiky podle požadovaných kritérií na velikost a charakter nemocnice, strukturu vykazované péče atd.
- Potřebné kódy „Seznamu výkonů“ byly přeloženy do angličtiny.
- Za opakovaných konzultací bylo provedeno přiřazení českých kódů výkonů odpovídajícím výkonům USA.
- Byla provedena konverze diagnóz ICD-9-CM a MKN-10.
- Bylo provedeno spojení účtů na RČ pojištěnce, použita diagnóza z posledního nemocničního účtu pacienta. • Bylo provedeno příslušné matematicko-statistické zpracování.
- Byly vytvořeny „váhy VZP“.

••• Druhá fáze:

- Bylo zpracováno na 800 000 hospitalizací ze všech nemocnic naší republiky.
- Během prázdnin 1997 byl do naší republiky dodán po úpravě a dokončení GROUPER.
- K jednomu rodnému číslu hospitalizovaného nemocného byly spojeny všechny případné hospitalizace na různých odděleních téže nemocnice.
- Ke každé takto vzniklé hospitalizaci byla připojena cena.

RNDr. ing. Němec CSc ve svém článku ve Zdravotnických Novinách (15) uvádí další údaje k problematice zavádění DRG:

- Cílem pilotního projektu je prvořadě vůbec začít, protože stav příprav DRG byl již takový, že bez jeho zavedení by se dále nemohlo pokračovat. Dále bylo zapotřebí zjistit chování nemocnic v novém prostředí a postupně kultivovat praxi kódování diagnóz ve vztahu k DRG. Zároveň pilotní studie prověřuje připravenost informačního zabezpečení na celoplošné zavedení DRG uvnitř VZP.
- Spolupracující nemocnice byly vybrány tak, aby vytvořili relativně reprezentativní vzorek českých a moravských nemocnic.
- Standardní číselník výkonů byl rozšířen o doplňující (pseudo)výkony pro vykazování porodní váhy novorozence do 2.500g a o výkony ze starého Seznamu výkonů, které jsou potřebné pro zařazení pacienta do diagnostické skupiny. Pro použití DRG v novém Seznamu výkonů byl připraven převodník na starý Seznam.
- Výsledky klasifikace pacientů může VZP předávat pouze v agregované podobě. Toto omezení je dáno licenčními podmínkami firmy 3M Česká republika. Tato firma přeložila do češtiny a distribuuje i definiční manuál systému DRG (oficiálně však tato zpráva nebyla nikde zveřejněna - poznámka autora).

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

- Dále byl připraven další analytický nástroj (DRG-View). Zde je možno porovnat průměrnou skladbu úhrad za léčení pacientů dané diagnostické skupiny v určité nemocnici s průměrem v české republice. Dále je možno porovnat základní složky úhrady (přímý materiál, výkony, zvláště účtovaný materiál apod.), ale i skladbu výkonů v dané diagnostické skupině v porovnání s celorepublikovým průměrem (tento program však zatím zachycuje pouze úsek říjen až prosinec 1997, slibovaný nový materiál není ani v červenci 99 k dispozici - poznámka autora).

Z výše uvedeného vyplývá, že názory na připravenost celého projektu DRG jsou značně odlišné a to zejména z hlediska hodnotitele. Vnější pozorovatelé poukazují na četné a závažné nedostatky v přípravě, zavádění a hodnocení projektu DRG, naopak dle zainteresovaných pracovníků bylo učiněno maximum pro zdárný průběh projektu a vše je v naprostém pořádku.

Z vlastní zkušenosti nemocnice, která se na pilotním projektu podílí, se kloním k názorům prezentovaným prvou skupinou autorů. A to, že celý projekt nebyl dostatečně připraven, analyzován a předem modelován. Je možné, že některé práce přípravného a analytického procesu byly provedeny ve větším rozsahu než uvádí citovaní autoři, ale v tom případě je chybou **VZP**, že tyto materiály nezveřejňuje a dává tak prostor k možným spekulacím.

## **VI. Závěr**

V závěru lze tedy shrnout následující:

Projekt, který by mohl význačným způsobem ovlivnit financování lůžkových zařízení nebyl dostatečně připraven již v první fázi ověřování a to v těchto bodech:

- Nebylo určeno jaký počet nemocnic se má zúčastnit ověřování, tak aby byly získány dostatečně validní výsledky a z tohoto hlediska nebyla stanovena ani odpovídající struktura těchto vybraných zařízení.
- Nebyla zveřejněna jasná kritéria dle kterých bude výběr nemocnic proveden.
- Nebylo provedeno dostatečné, ale zejména včasné seznámení vybraných subjektů s principy ověřované metodiky. V nejdůležitějším bodě, to je kódování, bylo první a zároveň poslední proškolení provedeno až 6 měsíců po zahájení projektu
- Nebyl stanovena úhrada nákladů vzniklých nemocnicím v souvislosti s účastí v projektu.
- Nebyla zveřejněna jediná průběžná studie shrnující dosavadní výsledky a jejich praktické dopady.
- Nebyly dostatečně smluvně ošetřeny vztahy se spolupracujícími firmami (3M) tak, aby bylo zabráněno jejich monopolnímu chování.
- Nebyly stanoveny, či minimálně zveřejněny výstupy šetření a možnost jejich kontroly jak ze strany subjektů zařazených do projektu, tak zejména ze strany státní správy, v tomto případě zejména MZd.

Z výše uvedeného vyplývá, že v případě přípravy tak závažných projektů, které se dotýkají celého zdravotnictví, jako je změna financování, či příprava nového systému výkaznictví je zapotřebí dodržet následující pravidla:

- Projekt řádně připravit na základě důkladné analýzy známých skutečností zejména ve světle odlišností jednotlivých prostředí.
- Projekt nesvěřovat pouze jedné, byť dominantní organizaci, ale zajistit zásadní garanci a kontrolu státní správy (MZd), či nezávislé instituce.
- Projekt připravovat v dostatečném předstihu ve spolupráci s organizacemi, které se budou na ověřování podílet.
- Projekt zajistit řádnou a jednoznačnou informovanost všech zúčastněných, podrobně a včas se věnovat informacím pro subjekty, které budou v projektu zařazeny.
- Projekt zajistit v oblasti financování nákladů, které v souvislosti s jeho ověřováním nastanou subjektům jako vícenáklady.
- Projekt řádně zajistit po stránce smluvní, zejména v oblasti vztahů ze soukromými subjekty.
- Projekt zajistit jednoznačnými kontrolními mechanismy

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Pokud není dle výše uvedených pravidel postupováno, vzniká vždy výrazné riziko neúspěchu i v zásadě správných snah o změnu systému bez ohledu na to, jaké budou na tyto změny vynaloženy náklady a pracovní úsilí. Osobně považuji za největší nedostatek celého projektu ověřování DRG nedostatek informací a nedostatečnou analýzu odlišností prostředí ve kterém tento systém vznikl, to je zcela zásadní rozdíl mezi podmínkami a prostředím v USA a v ČR. Přičemž sám systém DRG se jeví jako systém, který dokáže porovnat nákladovost jednotlivých nemocnic při zohlednění jejich odlišností co do struktury lůžek i co do struktury ošetřovaných pacientů. Je zároveň velice dobrým analytickým systémem napomáhajícím při řízení nemocnice.

Pokud bude přistoupeno k zavedení systému plateb dle DRG, je zapotřebí očekávat ještě další dva problémy, kterým bude potřeba věnovat pozornost a to:

- Systém plateb dle DRG může obecně vést (a zřejmě též povede) ke snížení nákladů na diagnostiku a léčbu, protože nemocnice překračující průměrné náklady se budou snažit tyto snížit. To povede k dalšímu snížení průměrné hodnoty příslušné DRG. Je pak otázkou, jak stanovit hranici mezi ekonomikou a kvalitou léčby a diagnostiky. Řešením se zde jeví zavedení obecných léčebných a diagnostických postupů.
- Vztah velkých a fakultních nemocnic k DRG. U těchto zařízení se při jejich vysoce nákladné péči jeví systém DRG výrazně nevýhodným.

Chrudim 30.7. 1999

## Slovníček méně častých zkratk a pojmů:

ALOS - (average length of stay) průměrná délka hospitalizace pacienta ve skupině DRG.

AP-DRGs - DRG skupiny všech pacientů.

CASE - mix - případová směs, směsice medicínských případů.

CASE - mix index - průměrná složitost všech pacientů.

DRG - diagnosticky spřízněné skupiny.

GROUPER - programové zpracování, které třídí údaje o nemocných do DRG skupin.

ICD-9-CM - klinická modifikace mezinárodní klasifikace nemocných používaná v USA (je doplněna o zdravotní výkony).

Komorbidity stav, který před hospitalizací existoval.

Komplikace stav, který před hospitalizací neexistoval.

MEDICARE - program zdravotní péče v USA o osoby starší 65. let.

MEDICAID - program zdravotní péče v USA o sociálně slabé občany pod úrovní životního minima.

MDC - (major diagnostic category) hlavní diagnostická třída (třídy). Shrnuje do celků DRG skupiny dle orgánové, či funkční diagnózy.

MKN - mezinárodní klasifikace

nemocí. P- Mat - náklady na materiál.

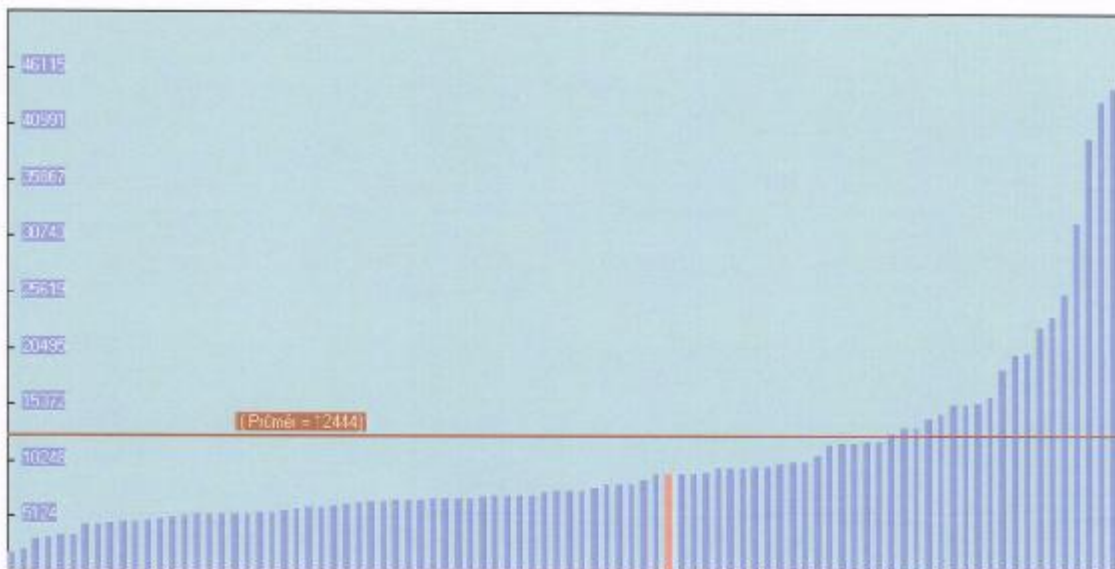
Váha - vyjadřuje „složitost pacienta“ Relativní hodnota. Vyjadřuje náročnost jednotlivých skupin DRG na finanční zdroje. Vypočítává se jako podíl průměrného nákladu na 1 případ v DRG skupině a celkového průměrného nákladu na 1 případ. Váha o hodnotě 1,0 značí pacienta s průměrnými náklady. Váha větší než 1,0 znamená složitějšího a tedy ekonomicky náročnějšího pacienta. Hodnota váhy menší než 1,0 platí naopak.

ZUM - zvlášť účtovaný materiál (mimo běžné platby zdravotní pojišťovny).

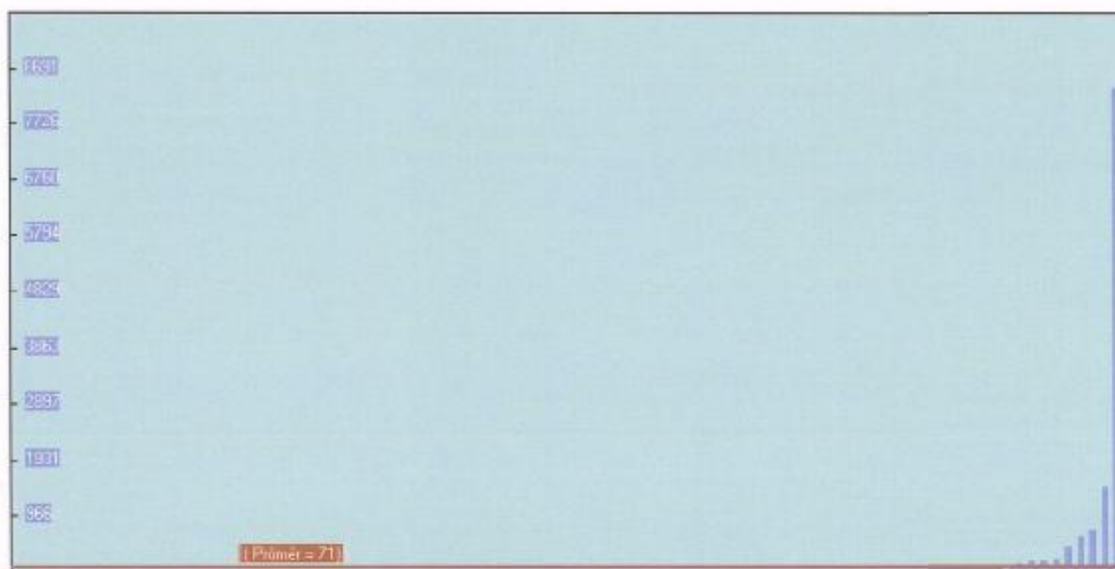
## **Seznam literatury:**

1. Dlouhý, M.: Organizace a financování nemocniční péče. VŠE Praha 1997
2. L.Strnad a kol.: Metody financování lůžkové nemocniční péče, Zdravotnictví v České republice II 3/I 1998
3. Wann,T.T.H.: Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče, Univerzita Palackého, Olomouc 1998
4. Finnegan Rita, RRA,CCS: Příručka ke kódování MKN 10 pro potřeby DRG, VZP ČR a US AID, březen 1998
5. Finnegan Rita, RRA,CCS: Instrukce a klíč odpovědí k příručce ke kódování MKN 10 pro potřeby DRG, březen 1998
6. Zpravodaj VZP, 4/97
7. Zpravodaj VZP, 5/97
8. Zpravodaj VZP, 3/98
9. Zpravodaj VZP, 4/98
10. Zpravodaj VZP, 6/98
11. Zpravodaj VZP, 1/99
12. 3M:AP-DRGs, Definitions manuál, Version 1, adapted for Czech Republic, 1997
13. Doležal Tomáš, RNDr.: Zpráva o dosavadním stavu přizpůsobení DRGs pro Českou republiku, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 1998
14. Suplementum Listů revizního lékařství 1998, DRG platba za diagnostickou skupinu,Praha 1998
15. RNDr. Ing. Jiří Němec, CSc. : Jak dál v systému DRG, Zdravotnické noviny, č.2/1998
16. VZP: Program DRG - VIEW, 1998

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**



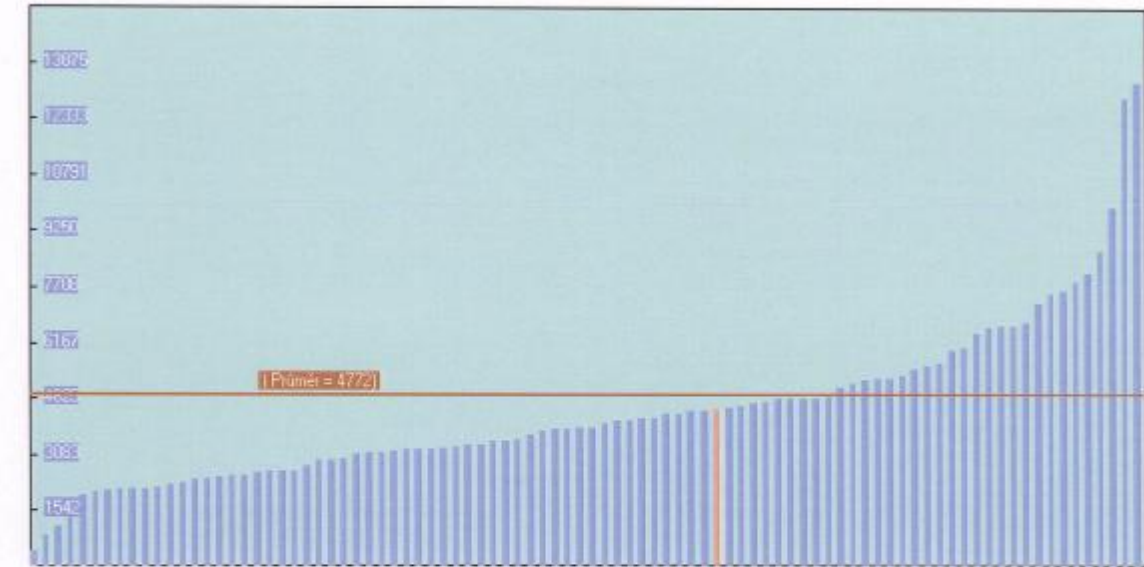
Malé a střední nemocnice	MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací soustavy	DRG: 774. Bronchitida a astma (po	Počet LZZ: 90
530 QSP00	Název 530 QSP00	Místo 530 QSP00	54. v pořadí Hodnota: 9003,36



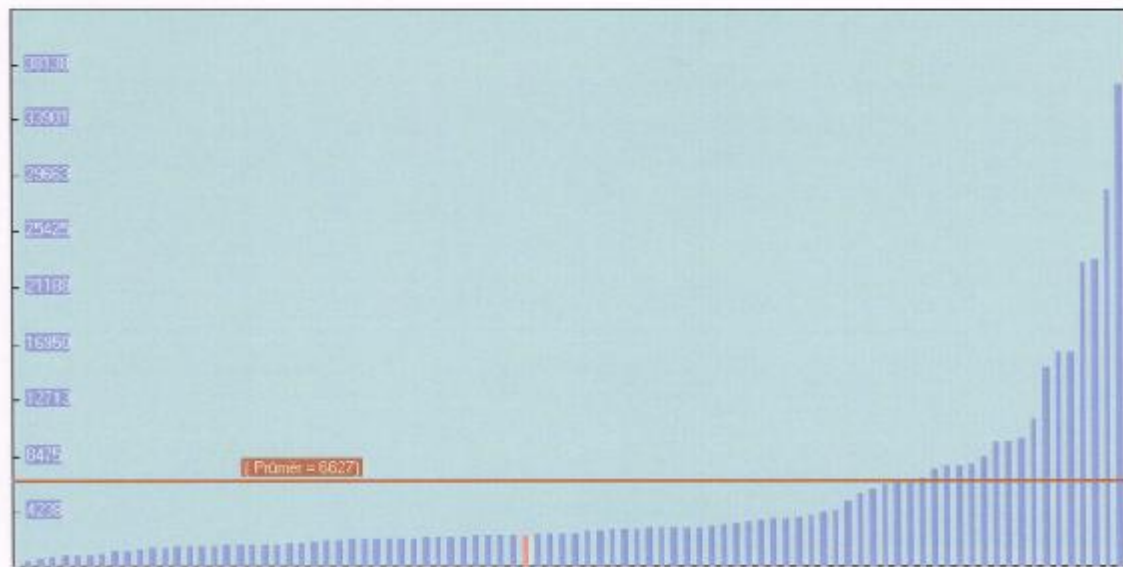
Malé a střední nemocnice	MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací soustavy	DRG: 774. Bronchitida a astma (po	Počet LZZ: 90
530 QSP00	Název 530 QSP00	Místo 530 QSP00	46. v pořadí Hodnota: 0,00



**UPOZORNĚNÍ:** Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

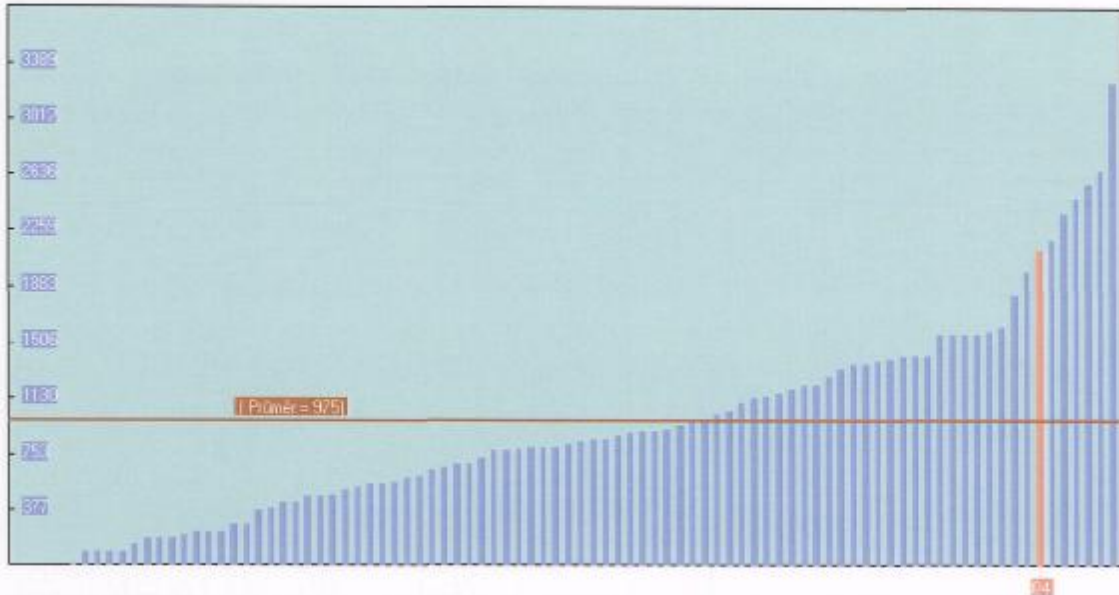


Malé a střední nemocnice MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací soustavy DRG: 774.Bronchitida a astma [po Počet LZZ: 90  
\$10 QSP00 Název \$10 QSP00 Místo \$10 QSP00 56. v pořadí Hodnota: 4346,11

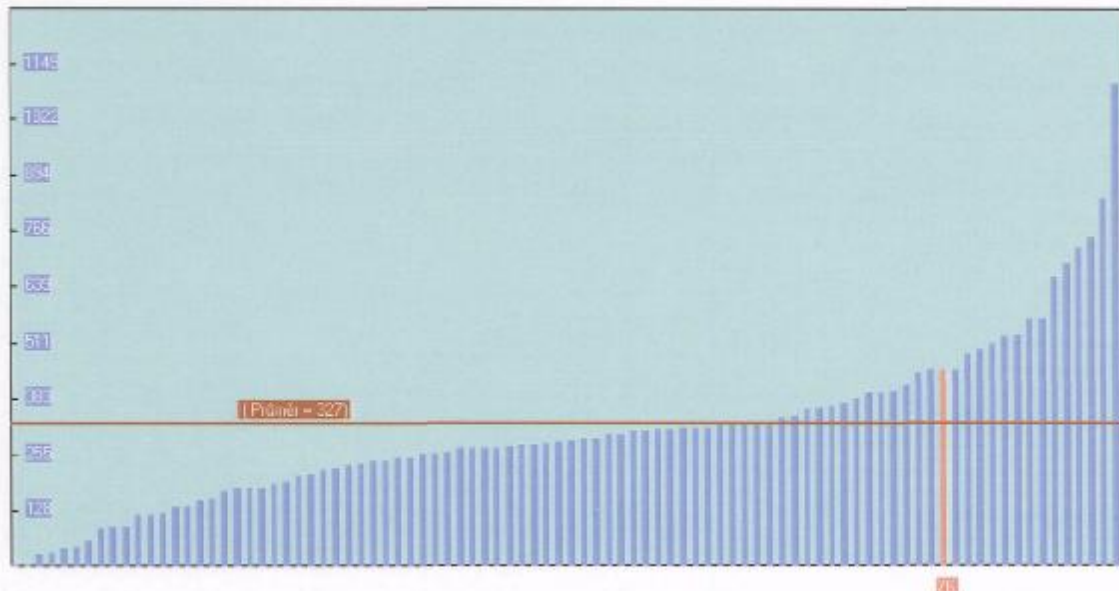


Malé a střední nemocnice MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací soustavy DRG: 774.Bronchitida a astma [po Počet LZZ: 90  
\$10 QSP00 Název \$10 QSP00 Místo \$10 QSP00 41. v pořadí Hodnota: 2532,00

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

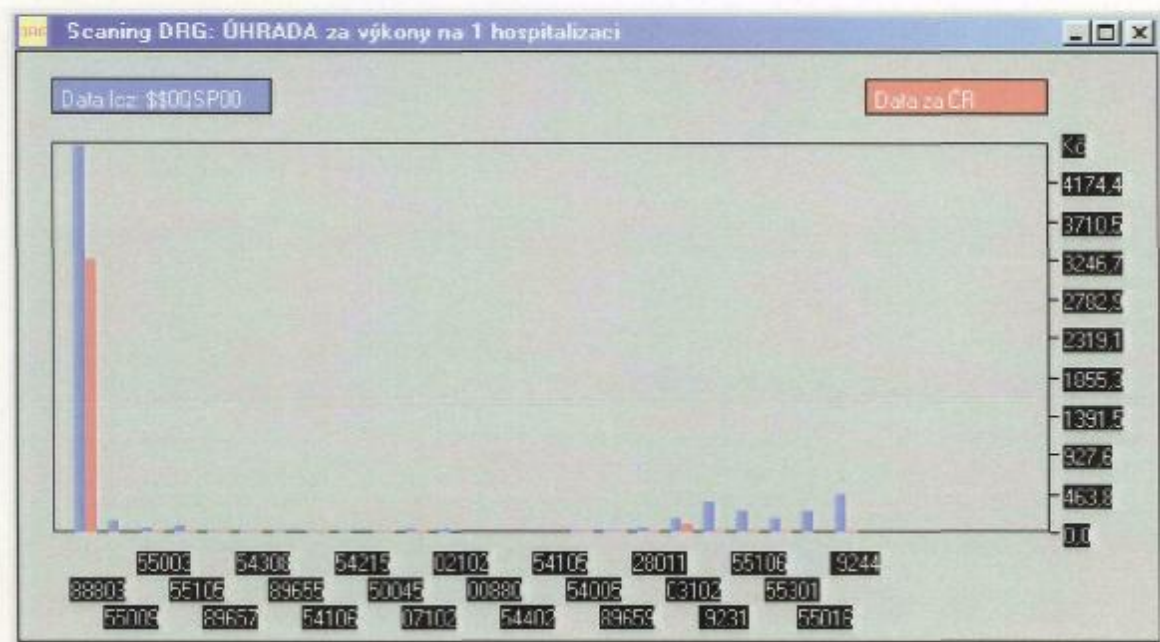


Malé a střední nemocnice	MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací sousta	DRG: 774.Bronchitís a asthma [po	Počet LZZ: 90
\$50 Q5P00	Název \$50 Q5P00	Místo \$50 Q5P00	84. v pořadí Hodnota: 2126,25



Malé a střední nemocnice	MDC: 04 Nemoci a poruchy dýchací sousta	DRG: 774.Bronchitís a asthma [po	Počet LZZ: 90
\$50 Q5P00	Název \$50 Q5P00	Místo \$50 Q5P00	76. v pořadí Hodnota: 459,00

**UPOZORNĚNÍ:** Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.



**UPOZORNĚNÍ:** Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

