

Pismo uredništvu/Letter to the editor

SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV V SLOVENIJI – PRVIH STOPETDESET DNI

DIAGNOSTIC RELATED GROUPS IN SLOVENIA – THE FIRST 150 DAYS

Jana Wahl¹, Tanja Mate², Anne-Marie Yazbeck²

¹ Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

² Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, Ljubljana

Uvod

Skupine primerljivih primerov (SPP) (angl. DRG Diagnostic Related Groups) so se razvile kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov v zgodnjih 80. letih. Prve študije in poskusna uvajanja so bila narejena v sodelovanju ameriških (prof. Fetter, Univerza Yale) in avstralskih strokovnjakov, nato pa so se SPP uveljavile v številnih državah sveta (1). Kljub podobnim zasnovam je bilo potrebno v vsaki državi sistem prilagajati lokalnim razmeram in nastali so številni sistemi SPP z različnimi imeni (2). V večini držav, kjer so SPP uvedli kot način razvrščanja za financiranje bolnišnične dejavnosti, je prišlo do racionalizacije v smislu skrajšanja ležalnih dob ter drugih ugodnih učinkov, ki niso šli na račun kakovosti storitev. Zelo pomembna prednost, ki so jo SPP omogočile, je bila tudi ta, da je bilo odslej mogoče bolnišnice primerjati glede učinkovitosti zdravljenja posameznih SPP (1, 3). Čeprav SPP same po sebi ne vplivajo na kakovost storitev, pa jo v svojem bistvu pospešujejo, ker pospešujejo skrb za dobro klinično dokumentacijo in transparentne podatke bolnišničnih obravnav, pospešijo pa tudi razvoj kliničnih poti.

Kaj so SPP – Skupine primerljivih primerov?

Poenostavljeno rečeno je sistem SPP način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo približno enako virov. Na to, v katero SPP se bo uvrstil naš bolnik, vplivajo tri skupine podatkov:

Glavna diagnoza, opredeljena kot diagnoza, za katero po končanem zdravljenju in po pregledu celotne dokumentacije menimo, da je glavni razlog sprejema bolnika v bolnišnično obravnavo.

Ne glede na to, kakšni zapleti se pojavijo med zdravljenjem in kakšne druge bolezni bolnik dobi med zdravljenjem, je glavna diagnoza tista, za katero se po pregledu celotne bolnišnične dokumentacije oziroma po končanem zdravljenju izkaže, da je bila glavni razlog za to, da smo bolnika sprejeli v bolnišnično obravnavo. To velja tudi, če je bolnik bil zdravljen v več epizodah oziroma na več kliničnih oddelkih. V takšnem primeru je glavna diagnoza celotne obravnave vedno tista, ki je bila glavni razlog sprejema na zdravljenje v prvi epizodi zdravljenja. Takšna definicija glavne diagnoze je v začetku povzročala kar nekaj razburjenja, posebno pri tistih obravnavah, kjer so se pojavile druge bolezni, ki so zahtevale dražje zdravljenje kot pa bolezen, ki po definiciji predstavlja glavno diagnozo. Razlaga je takšna, da so SPP razmeroma grob način razvrščanja bolnikov v plačilne razrede. Četudi takšna delitev sredstev v konkretnem primeru

morda ni videti ustrezna ali poštena, bi moralo plačilo večje števila bolnikov s takšno glavno diagnozo prinesiti toliko sredstev, da bi bili kriti tudi večji stroški zdravljenja za bolj zapletenega bolnika. Delno lahko plačilo za takšnega težjega bolnika izboljšamo z ustreznim kodiranjem dodatnih diagnoz in opravljenih posegov, kar bolnika v okviru iste SPP uvrsti v boljše plačani podrazred B ali A.

Dodatne diagnoze so diagnoze, ki so obstajale že ob sprejemu bolnika ali pa so se v obliki zapletov pojavile med samim zdravljenjem in so pomembno vplivale na zdravljenje.

Uspešno kodiranje dodatnih diagnoz je bilo vsaj v začetku ovirano zaradi pomanjkljivega poznavanja slovenske verzije Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB SI), kakršno trenutno uporabljamo v Sloveniji, zaradi pomanjkljivosti same klasifikacije in zaradi pomanjkanja pripomočkov.

Ob samem uvajanju zbiranja podatkov za namen razvrščanja za SPP se je izkazalo, da bo največ težav povzročilo kodiranje diagnoz. Slovenski zdravniki smo namreč preslabo seznanjeni s pravili uporabe MKB SI, ki jo v Sloveniji uporabljamo že deset let in ne poznamo nekaterih osnovnih pravil za razvrščanje bolezni. Medtem ko v preteklosti napačno razvrščanje ni povzročalo neposrednih težav, pa je odslej pravilno določanje glavne diagnoze ključno za razvrščanje bolnikov v SPP; ima torej neposredne finančne učinke za bolnišnice.

V nekaterih poglavjih (sladkorna bolezen, periferne žilne bolezni itd.) je obstoječa MKB SI izrazito zastarela in ne omogoča dobre strokovne opredelitve bolnikovega stanja. Strokovnjaki s posameznih področij so na to opozarjali že dlje časa, tudi med uvajanjem SPP.

Za pravilno kodiranje bolezni, ki ne sodijo v ožje specialistično področje zdravnika, je praktično neobhodno potreben **indeks bolezni**, ki ga v Sloveniji do sedaj nismo imeli in ga bomo predvidoma dobili šele v letu 2005. Razlaga, da zdravniki, ki so zadolženi za kodiranje bolezni, poznajo vsebino MKB in indeksa ne potrebujejo, ne vzdrži, še posebej ne ob SPP, ko je določanje glavne in dodatnih diagnoz tako pomembno.

S 1. 1. 2005 bomo v Sloveniji predvidoma pričeli uporabljati posodobljeno klasifikacijo bolezni, ki bo zadnja, najsodobnejša verzija klasifikacije bolezni Svetovne zdravstvene organizacije, ter zelo podobna tisti, kakršno trenutno uporabljajo v Avstraliji, in s kakršno smo se seznanili med uvajanjem SPP v Sloveniji. Tako ne bo več potrebno preslikavanje (mapiranje) diagnoz med MKB 10 SI in avstralsko klasifikacijo bolezni (ICD AM 2nd ED), ki smo ga uporabljali leta 2004. Tako kot drugje, kjer so uporabljali takšne približke (1) je tudi v Sloveniji to povzročilo kar nekaj težav, posebno zaradi znanih pomanjkljivosti MKB 10 SI.

Indeks bolezni je v Sloveniji nujno potreben in ga lahko pričakujemo nekaj mesecev za novo klasifikacijo.

Pomembni klinični posegi, ki so bili pri bolniku opravljeni v okviru bolnišnične obravnave. Pomemben klinični poseg je npr. kirurški, zahteva anestezijo, posebej opremljene prostore, ekipo ali usposabljanje.

Kodiranje posegov je ob samem začetku uvajanja SPP v Sloveniji predstavljalo veliko novost, saj z izjemo kirurških in nekaterih drugih večjih posegov nismo bili vajeni beleženja posegov. Odslej predstavljajo posegi zelo pomemben dejavnik, ki lahko odloča o tem, koliko bo bolnišnica plačana za oskrbo določenega bolnika.

V Sloveniji trenutno uporabljamo prevedeno drugo izdajo avstralskega šifranta, ki vsebuje več kot 7000 šifer za postopke v zvezi z zdravljenjem. V začetnem obdobju je največ težav povzročala slaba seznanjenost s šifrantom in slabša dostopnost šifranta, še posebej v Kliničnem centru, kjer ni bilo na voljo elektronske verzije, pisna oblika pa je bila uporabniku za pregledovanje izrazito neprijazna. Trenutno je v Kliničnem centru na voljo enostavna elektronska oblika šifranta, ki jo je skupaj z elektronsko obliko MKB 10 SI mogoče dobiti na internetni strani.

Težavo predstavlja tudi to, da slovenski prevod avstralskega šifranta trenutno še ne vsebuje prevoda drobnega tiska, ki v originalni verziji pogosto vsebuje pomembna pojasnila za izbiro ustrezne šifre posega.

Še en pripomoček, ki si ga bomo morali v Sloveniji kar najhitreje priskrbeti, je **indeks posegov** (procedure index), ki podobno kot indeks bolezni pomaga izbrati ustrezno šifro posega.

Nekaterih šifer posegov, ki se v Sloveniji izvajajo, v avstralskem šifrantu ni najti. To je lahko posledica razlik med avstralsko in našo medicino, bolj verjetno pa tega, da smo v Sloveniji v letu 2004 uporabljali drugo izdajo šifranta posegov iz leta 2002. V tretji in četrti verziji avstralskega šifranta je zagotovito dobršen del šifer posegov, ki smo jih v letošnjem letu pogrešali, posebej na področju panog, ki se hitro razvijajo, na primer interventnih posegov. Nove šifre je potrebno (i)zbrati in posredovati najkasneje do 1. 11. 2004, da bomo lahko ustrezno prilagodili gruper (program, ki razvršča bolnike v SPP).

Pomembna značilnost beleženja posegov je bila tudi, da smo v začetnem obdobju v Sloveniji beležili **razmeroma zelo veliko število posegov**. Število zabeleženih posegov se je sicer od oddelka do oddelka razlikovalo, kjer pa so posege beležili vestno, so navadno zabeležili več, kot pa bi morda bilo potrebno. To je delno posledica zaskrbljenosti za to, kako bodo vrednotene posamezne panoge in načini zdravljenja, kar so opazali tudi drugje, kjer so uvajali sistem SPP (1). Morda je pretirano kodiranje lahko tudi koristno, kajti po nekaj mesecih se je izkazalo, da cena ob trenutno uporabljenih utežeh za nekatere diagnoze oziroma vrste zdravljenja ne bo pokrila stroškov zdravljenja. Primer takšnega zdravljenja je na primer zdravljenje sterilnosti s postopki umetne oploditve, zdravljenje nekaterih gastroenteroloških bolnikov, pediatričnih onkoloških bolnikov in še nekaterih. V Sloveniji je razvoj **kliničnih poti** kot dokumentov, ki natančno opredelijo zdravljenje posameznih bolezni, šele na začetku, zato je pretirano kodiranje (*overcoding*) morda koristno za tiste diagnoze oziroma skupine bolnikov, kjer bo potrebno prilagajanje financiranja. V večjih bolnišnicah zaradi pregleda notranje realizacije oziroma finančnih tokov med oddelki in za vse bolnišnice kot vir podatkov, ki bi lahko bili pogajalsko izhodišče ob morebitnih spremembah uteži, ki jih lahko pričakujemo v prihodnosti.

Najpogostejša vprašanja, ki so zdravnikom in drugim postavljala ob začetku uvajanja SPP v Sloveniji, so bila naslednja:

»Ali bo nov način financiranja bolnišnic omogočil pošteno delitev sredstev na nivoju države, med bolnišnicami in v samih bolnišnicah?«

SPP same po sebi ne bodo omogočile poštene delitve sredstev med bolnišnicami, panogami, oddelki, bodo pa zaradi načina zbiranja podatkov, kakršen je potreben za namen razvrščanja v SPP, omogočile boljši pregled nad obsegom dela posameznih oddelkov oziroma v zvezi s posameznimi skupinami bolnikov. Odločitve o delitvi sredstev na nivoju bolnišnic sprejemajo vodstva bolnišnic, vsekakor pa pregledni podatki, kakršne potrebujemo za SPP, lahko pospešijo pravično delitev sredstev.

»Odgovornost zdravnikov in drugih za rezultate kodiranja.«

Veliko zanimanje zdravnikov za rezultate kodiranja in za morebitne posledice napačnega kodiranja je potrebno gledati v pozitivni luči, čeprav je bilo morda vsaj v začetku posledica opozoril sindikatov glede morebitne materialne odgovornosti zdravnikov za napačno kodiranje. Slovenski zdravniki si za svoj odnos ob uvajanju SPP v Sloveniji zaslužijo pohvalo, ker so kljub preslabi informiranosti in pomanjkljivih pripomočkih pokazali zavzetost in zanimanje. Ko so se seznanili z namenom SPP, so se zdravniki večinoma strinjali, da bodo SPP za Slovenijo predstavljale napredek.

Zaključki

Kaže da bodo SPP postale naš vsakdan in da lahko tudi v Sloveniji pričakujemo povečanje učinkovitosti, skrajšanje ležalnih dob, primerljivost bolnišnic in druge ugodne učinke uvajanja SPP.

Naloga in priložnost bolnišnic, Ministrstva za zdravje (MZ), Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in drugih partnerjev v tem trenutku je zagotoviti čim boljšo podporo za kakovostno kodiranje vsem poklicnim skupinam, ki so vključene v zbiranje podatkov o bolnišničnih obravnavah. Na nivoju bolnišnic bo potrebno ustanoviti, izobraziti in podpirati skupine, ki se bodo poglabljeno ukvarjale s kodiranjem diagnoz in postopkov, zagotavljale podporo kodiranju v bolnišnicah in izvajale tudi notranji nadzor nad vsebino kodiranja v bolnišnicah.

Na nivoju države je potrebna krovna skupina strokovnjakov, ki bo skrbela za smernice za vsebinski nadzor kodiranja na nivoju države kot tudi za to, kakšne klasifikacije bomo uporabljali v Sloveniji in kako jih bomo posodabljali, kdo in kako bo odločal o utežeh in njihovih spremembah itn. Skupino morajo sestavljati predstavniki MZ, posameznih strok, IVZ kot skrbnika podatkov in drugih zainteresiranih.

Slovenija ima zaradi svoje majhnosti in preglednosti zdravstvenega sistema priložnost, da SPP uvede na lažji način, poleg tega pa se lahko učimo iz primerov in napak, ki so jih druge države napravile pri uvajanju SPP.

Eno od ključnih področij, ki jih bo potrebno razvijati, je nadzor nad vsebino kodiranja, kar vključuje tudi nadzor na ustreznostjo hospitalizacij. V nekaterih državah se je namreč izkazalo, da se je ob uvajanju SPP povečalo število hospitalizacij tudi za tiste oblike bolezni, ki bi se lahko zdravile ambulantno ali v okviru dnevne bolnišnice (Daniel Louis, Italija).

Pri razvoju sistema SPP bo tudi v Sloveniji slej ko prej obveljalo načelo globalni pogledi – lokalno delovanje (Global views, local actions).

Viri

1. Palmer G. Case mix in Australia: AR DRG – A smooth process involving states and commonwealth government. In: Roger France FH, Mertens I, Closos MC, Hofdijk J eds. Case mix: Global views, local actions. Ios Press, 2001.
2. Louis DZ, Taroni F, Donatini A et al. Using disease staging for refinement for chronic conditions in the Italian National Health Service. In: 17th PCS/E 3rd EFMI-WG1 Conference, 10–13 October 2001, Brugge, Belgium.
3. Roger France FH, Mertens I, Closos MC and Hofdijk J eds. Case mix: Global views, local actions. Evolution in twenty countries. Ios Press, 2001.