

Platba za případ: Diagnosticky příbuzné skupiny (DRGs) jsou reálnou alternativou současného způsobu úhrad za lůžkovou zdravotní péči

Ivan Malý

Současný způsob úhrady za lůžkovou zdravotní péči má kombinovaný charakter, nicméně převažují v něm platby za jednotlivé zdravotní výkony. Platba za výkon obecně stimuluje poskytovatele zdravotnických služeb ke zvyšování nákladů a je poměrně dosti administrativně náročná. Tyto charakteristiky se plně potvrdily i v podmínkách našeho zdravotnictví. Na pořadu dne je změna tohoto způsobu úhrady. Jednou z často zmiňovaných alternativ je i postupný přechod na „platby za případ či diagnózu“, resp. „případovou směs“ (case-mix). Nejznámější a z hlediska praktických zkušeností nejvyzkoušenější formou plateb za případ je použití tzv. diagnosticky příbuzných skupin, dále jen DRGs (podle anglického diagnosis-related groups) jako báze pro stanovení výše úhrad. Co vlastně to často citované „dý ar dží“ znamená? Jak působí jejich použití na chování poskytovatelů zdravotní péče, resp. jaké jsou praktické zkušenosti z jejich používání a jaké mohou být potenciální kladné a záporné efekty přechodu k tomuto či podobnému způsobu úhrady u nás? To jsou hlavní otázky, kterými se zabývá tento článek.

1. Vznik a použití DRGs

Vývoj DRGs byl zahájen na Yaleově univerzitě koncem šedesátých let. Na počátku jejich vzniku byla snaha vytvořit **nástroj, který by umožnil přímo porovnávat výkonnost a efektivnost provozu různých zdravotnických zařízení**. Rozdíly ve výši nákladů mezi jednotlivými zařízeními bývají zjevné. Vzniká logicky otázka, nakolik se jedná o důsledky ne hospodárného provozu a do jaké míry je to způsobeno jinou strukturou ošetřovaných případů (případovou směsí). Porovnávání a analýza nákladů nemocnic má smysl pouze tehdy, pokud jsou náklady přepočteny tak, aby byly vzaty v úvahu i rozdíly v závažnosti léčených případů.

Vytváření skupin podle příbuzných diagnóz spočívá v **homogenním seskupování pacientů, kteří podle názoru lékařů vyžadují přibližně stejné režimy péče a proto spotřebovávají podobné množství zdrojů nemocnic**. Měřítkem využití zdrojů je **průměrná doba hospitalizace**. Tento hlavní princip, na kterém spočívá konstrukce DRGs, je i jejich hlavním omezením. Je zřejmé, že doba hospitalizace nemusí v praxi vždycky uspokojivě korelovat s množstvím použitých zdrojů.

DRGs nejsou zdaleka jediným nástrojem vyvinutým pro přímé měření složitosti případové směsi. V odborných studiích lze nalézt řadu alternativních přístupů, např. index závažnosti onemocnění (*Severity of Illness Index*) a jiné (viz např. Plomann 1982 nebo Horn et al. 1986). DRGs se však od ostatních odlišují tím, že jich od roku 1983 začalo být prakticky používáno ve velkém rozsahu jako **základny pro stanovení reálné výše úhrady nemocnicím**. Šlo o součást zásadní změny ve způsobu veřejného financování zdravotní péče o osoby starší 65 let v rámci programu Medicare ve Spojených státech.¹

V systému, který byl před rokem 1983 v zásadě založen na platbách za jednotlivé výkony, došlo ke stanovení prospektivních (předem stanovených) výší úhrady, přičemž výkonovou bází se staly právě diagnosticky příbuzné skupiny. Původně jich bylo pro potřeby programu Medicare vytvořeno na základě

¹ Kromě Spojených států se plateb za případ, resp. různých obdob systému DRGs používá jako převažujícího způsobu úhrady lůžkové péče v Argentíně, Brazílii a Maďarsku.

metodologie vyvinuté na Yaleově univerzitě 468. Hlavním cílem této změny bylo zastavení dramatického tempa růstu výdajů tohoto státního programu. Nemocnice² začaly být zainteresované na snižování celkových nákladů léčby pacientů tím, že byly vystaveny pevné ceně za individuálního pacienta, bez ohledu na množství jednotlivých výkonů, které byly reálně provedeny. Jako základ pro stanovení „ceny“ za DRGs sloužily průměrné historické náklady.

Zavádění této reformy bylo rozloženo do tří let. Výše plateb jednotlivým nemocnicím byly v této přechodné fázi odvozovány částečně od jejich skutečných nákladů a částečně od průměrných celostátních a regionálních sazeb za DRGs. K definitivnímu přechodu na celostátně platné sazby za DRGs došlo od roku 1987. Tyto sazby jsou v zásadě jednotné, nicméně existují např. rozdíly mezi městskými a venkovskými sazbami. Výše plateb za jednotlivé případy je také upravována podle koeficientu, který zohledňuje regionální rozdíly ve výši mzdových nákladů nemocnic, inflaci, rozdíly v používané technologii a změny v produktivitě. (Wan 1995) Dá se říci, že tyto rozdíly jsou primárně důsledkem silných lobistických tlaků v průběhu zavádění reformy. Ostatně v rámci tohoto systému stále pokračuje politický souboj mezi fakultními nemocnicemi, městskými či venkovskými zařízeními, které se všechny snaží o zohlednění specifických okolností důležitých pro stanovení výše úhrady. Jako argumenty bývají používány termíny jako např. „nepřímé medicínské vzdělávání“, „jediný poskytovatel v oblasti“, „neproporcionální podíl“, „index venkovských mezd“ (Taylor 1994).

2. Konstrukce DRGs

DRGs byly v podstatě formulovány tím, jak se rozpadl diagnostický systém Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD - 9. vydání) do vzájemně neprovázaných a vyčerpávajících kategorií zvaných hlavní diagnostické kategorie (MDCs). Původně jich bylo 23 a vázaly se na jednotlivé systémy lidského těla. Každá hlavní skupina byla dále dělena, aby bylo dosaženo vyšší homogennosti uvnitř skupin. Byly použity metody klinického odhadu a statistické analýzy, podle proměnných, které způsobují rozdíly v délce ošetrovací doby. Rozdělování bylo ukončeno tehdy, když byla naplněna jedna z následujících podmínek: 1) skupina nebyla dost velká, aby ospravedlňovala další třídění, nebo 2) žádná z proměnných nezmenšovala nevysvětlitelnou odchylku o více než 1% (Plomann 1982). Do dnešní doby bylo vyvinuto 494 skupin, které jsou utříděny do 25 hlavních diagnostických kategorií. (Wan 1995) Podle toho, zda je při léčení potřeba operace, jsou DRGs rozděleny do dvou velkých skupin: tzv. medicínské a chirurgické části.

Mezi faktory, které jsou použity pro vysvětlování průměrné délky ošetření, patří: 1) hlavní diagnóza, 2) hlavní procedura, 3) přítomnost závažné komplikace nebo další nemoci, 4) věk, 5) stav při propuštění.

Hlavní diagnózou se má na mysli stav, který je identifikován po prohlídce pacienta, která nejvíce odůvodnila jeho přijetí do nemocnice. Nemusí jí být vždy 1) první položka uvedená lékařem v lékařské zprávě, 2) klinicky nejvážnější položka, léčená během hospitalizace, 3) nákladově nejnáročnější položka

² DRGs se v USA neuplatňují u psychiatrických, rehabilitačních, protidrogových a protialkoholických

nebo 4) diagnóza uvedená v okamžiku pacientova přijetí. Za hlavní proceduru se považuje procedura uskutečněná spíše pro účely vlastní léčby spíše než pro účely diagnostické. O závažné komplikace a další nemoci jde, pokud existují skutečnosti, které pravděpodobně zvyšují pacientovu průměrnou ošetrovací dobu alespoň o jeden den přinejmenším u 75% případů (Wan 1995).

Aby mohly DRGs fungovat, musí být splněny následující podmínky:

1. „DRGs musí být medicínsky interpretovatelné. To znamená, že lékaři by měli být schopni zařadit pacienty do některé z různých skupin a identifikovat specifický proces, kterým tito pacienti procházejí.
2. DRGs by měly být založeny na proměnných, které jsou obecně dostupné v již existující nemocniční dokumentaci a které by měly vypovídat o stupni využití služeb.
3. Počet DRGs by měl být omezený, aby existoval zvládnutelný počet třídících skupin. Musí také pokrývat kompletní rozsah možných poškození zdravotního stavu, aniž by se překrývaly.
4. V rámci jedné diagnosticky příbuzné skupiny by mělo docházet jen k omezené odchylce v hodnotách délky hospitalizace.
5. DRGs by měly být založeny na explicitních pravidlech stanovujících jak rozdělovat hlavní diagnostické kategorie.
6. Třídící skupiny by měly být dostatečně velké na to, aby umožňovaly komparační analýzy mezi různými nemocnicemi.
7. DRGs by měly reprezentovat kompletní spektrum pacientů nemocnic.“ (tamtéž, str. 95)

3. Působení DRGs jako způsobu úhrady

Jak jsme již uvedli, podstatou způsobu úhrady podle případu je fakt, že výše platby, kterou nemocnice obdrží, není v žádném přímém vztahu ani k délce hospitalizace, ani k poskytnutým službám či nákladům. Pokud jsou skutečné náklady na poskytnutou péči nižší než je přiznaná výše platby, nemocnice si může vzniklý přebytek ponechat. Naopak, pokud náklady překročí „cenu“, nemocnice musí absorbovat vzniklou ztrátu. Výše platby je standardizována. Pokusíme se naznačit, jak tento způsob úhrady ovlivňuje chování poskytovatelů nemocniční péče. K tomuto tématu existuje již poměrně velké množství empirických studií i teoretických prací. Hlavními oblastmi, ve kterých lze identifikovat změnéné chování subjektů jsou: snižování nákladů na jeden případ, vědomé ovlivňování struktury případové směsi, délka hospitalizace, kvalita péče a výše administrativních nákladů.

Snižování nákladů na případ

Pevně a předem stanovená cena za jeden případ stimuluje poskytovatele k minimalizaci nákladů. Po zavedení systému plateb za případ založených na DRGs došlo ve Spojených státech k prokazatelnému snížení tempa růstu vládních výdajů na lůžkovou péči a celkových výdajů na program Medicare (Coulan & Gaumer 1992). Nicméně je faktem, že v USA se reakce nemocnic na nový způsob plateb různily. Některé

zařízeních a v dětských nemocnicích, jakož i v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

hledaly způsoby omezování nákladů a efektivnější řídicí mechanismy, které by snížily jejich výdaje. Jiné začaly pečlivě analyzovat složení přijatých pacientů podle diagnóz, aby měřily, které diagnózy jsou ziskové a které zahrnují neobvyklé a drahé služby.

Vědomé ovlivňování případové směsi

Platby za případ mohou vést poskytovatele k tomu, že se snaží přijímat a získávat především ty pacienty, u nichž je pravděpodobné, že náklady na jejich individuální případ budou v rámci dané DRG nízké. To může být prováděno snahou odmítnout pacienty vyžadující vysoké náklady na léčení. K analogickému efektu může dojít i v situaci, kdy je úhrada za některou z diagnostických skupin relativně přeceněna v porovnání s jinou. Empirické studie prováděné v USA však kupodivu neprokazují, že by se tyto jevy vyskytovaly ve větším měřítku. Poněkud jinak se jeví situace v Brazílii, kde se privátní nemocnice snaží zbavovat nákladných pacientů na úkor nemocnic veřejných. (Barnum et al. 1996).

Vcelku pochopitelnou a empiricky prokázanou snahou nemocnic je diagnostikovat pacienty do výše placených kategorií, resp. přizpůsobovat lékařské zprávy v zájmu zvyšování plateb. Např. Coulan a Gaumer uvádějí, že chyby ve vykazování diagnóz nejsou náhodné a systematicky prosazují „dražší“ DRGs (Coulan & Gaumer 1992). Soudě podle lékařských zpráv použitých pro stanovení reprezentativní případové směsi programu Medicare, závažnost onemocnění vzrostla více, než by odpovídalo reálným údajům.

Délka hospitalizace

Snížení průměrné délky hospitalizace je jedním z hlavních prokázaných efektů zavedení této metody úhrady. (V rámci programu Medicare došlo za první tři roky k poklesu o 17 procent.) Tím se snížily celkové náklady na jeden případ, ačkoliv současně vzrostly náklady vynaložené na jeden den. Je sporné, zda lze snížení průměrné délky hospitalizace hodnotit jednoznačně. Do jisté míry se určitě jedná o důsledek vyšší účinnosti poskytování nemocniční péče. Na druhé straně je zjevné, že platby podle případu mohou podporovat předčasné propouštění pacientů. Opakované přijetí pacienta totiž může být posuzováno jako přijetí *dalšího* pacienta a nese s sebou i nárok na finanční úhradu. Toto nebezpečí lze do jisté míry snížit administrativními opatřeními, kdy je sledováno procento opakovaných přijetí a případně dochází ke snižování úhrady nebo k jejímu nepřiznání. Obava, že následkem zavedení plateb za případ budou nemocnice propouštět své pacienty „rychleji a více nemocné“ (*quicker and sicker*) je značně rozšířená.

Kvalita péče

Po zavedení plateb za případ vzrostly u populace spadající do programu Medicare ukazatele úmrtnosti v nemocnicích. Tento trend je však spíše výsledkem toho, že se měnila případová směs směrem k závažnějším onemocněním než zhoršenou kvalitou péče. Studie zabývající se kvalitou péče o pacienty programu Medicare zjistily, že zde došlo od zavedení DRGs ke zlepšení resp. nezaznamenaly žádné důkazy

o tom, že by snížení počtu diagnostických testů či terapeutických úkonů na jeden případ bylo spojeno s negativními důsledky na kvalitu péče (Barnum et al. 1996).³

Administrativní náklady

Administrativní náklady úhrad za případ založených na DRGs jsou vysoké jak pro plátce tak i pro poskytovatele, nicméně se nezdá, že by musely být nezbytně vyšší, než je tomu při současných platbách za výkon. Výjimkou by ovšem byly nezbytné náklady na rozsáhlý informační systém, kterého je potřeba pro vytvoření odpovídajících diagnosticky příbuzných skupin a objektivní stanovení výše plateb, jakož i pro jejich každoroční upřesňování. Relativně vysoké administrativní náklady by však přinášely významné vedlejší užítky. Hodnocení nákladové efektivity jednotlivých zařízení či terapeutických postupů by bylo možné provádět zcela běžně. Významně by se zvýšila informovanost v odvětví a tím by byly vytvořeny nezbytné podmínky k soustavnému zvyšování kvality péče prostřednictvím konkurence mezi jednotlivými zařízeními.

4. Výhody a nevýhody DRGs

Závěrem uvádíme souhrnným způsobem některé výhody a nevýhody diagnosticky příbuzných skupin jako nástroje přímého měření případové směsi i základny pro platby za případ.

Výhody

1. DRGs dokáží měřit stupeň využití zdrojů tak, že lze posuzovat jejich reálnou potřebnost.
2. Potřebná data lze získat poměrně snadno z již existujících zdrojů.
3. Skupin není příliš mnoho, takže se s nimi dá pracovat.
4. Hierarchická struktura umožňuje případné rozdělení jedné DRG do několika dalších kategorií podle explicitně formulovaného algoritmu.
5. Skupiny jsou relativně homogenní, takže s nimi lze porovnávat případovou směs mezi různými nemocnicemi.
6. Použity jako báze pro platby za nemocniční péči vcelku uspokojivě spojují „odměnu“ poskytovatele služby s „produktem“, který je vázán na pacienta.
7. Poskytovatel je ekonomicky zainteresovaný na minimalizaci nákladů na léčení.
8. Ve srovnání s platbami za výkony odpadá problematické a administrativně nákladné ověřování, zda byl konkrétní výkon medicínsky zdůvodněný, resp. vůbec provedený.

Nevýhody

1. DRGs nepostihují klinická specifika, léčebné postupy se mohou zcela důvodně lišit. Navíc se způsob léčby a stanovování diagnózy může časem měnit, což si vyžaduje pravidelné revize.

³ Zdá se, že např. v Brazílii na rozdíl od USA k problémům spojeným s kvalitou péče dochází. Výše plateb za případ je totiž hluboko pod průměrnými náklady (Barnum et al. 1996).

2. Menší nemocnice nemusí mít v některých kategoriích dost pacientů, aby mělo porovnávání podle DRGs smysl.
3. V lékařských zprávách, ze kterých DRGs vycházejí, se mohou vyskytovat chybné klasifikace a označení.
4. Průměrná délka hospitalizace nevysvětluje všechny rozdíly v nárocích na zdroje mezi jednotlivými diagnózami. Mohou existovat podstatné rozdíly ve složitosti mezi případy, které jsou zahrnuty do jedné kategorie
5. Pokud složitost případů zařazených do jedné skupiny vykazuje opravdu podstatné odchylky, mohou poskytovatelé používat adverzního výběru pacientů podle stupně rizika.
6. Poskytovatelé mohou v zájmu dosahování ekonomického prospěchu zanedbávat péči o pacienty.
7. Poskytovatelé mohou nesprávně uvádět stanovené diagnózy.

Literatura:

- Barnum, H., Kutzin, J., Saxenian, H. (1996). Incentives and Provider Payment Methods, Internet.
- Cabrnoch, M. (1996). Od výkonového systému plateb k platbám za případ. Možnosti úhrad za lůžkovou zdravotní péči. *Zdravotnické noviny*, 5. dubna 1996, str.5
- Coulam, R.F., Gaumer, G.L. (1991). Medicare's Prospective Payment System: A Critical Appraisal. *Health Care Financing Review*, Supplement 45-77
- Horn, S.D., Horn, R.A. (1986). The Computerized Severity Index: A new tool for case-mix management. *Journal of Medical Systems*, 10, 73-78
- Kovner A.R., Neuhauser D. (editors) (1994). Health Services Management. Readings and Commentary, 5th ed., AUPHA Press, Health Administration Press, Michigan.
- Plomann, M. P. (1982). Case-mix classification systems: Development, description, and testing. Chicago: The Hospital Research and Educational Trust.
- Taylor R. J., Taylor S. B. (editors) (1994). The AUPHA Manual of Health Services Management. AUPHA , Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland.
- Wan, T. H. (1995). Analysis and Evaluation of Health Care Systems. An Integrated Approach to Managerial Decision Making. Health Professions Press, Baltimore.
- Williams, S. J., Torrens, P. R. edit. (1993). Introduction to Health Services. 4th ed. Delmar Publishers Inc. HSA.