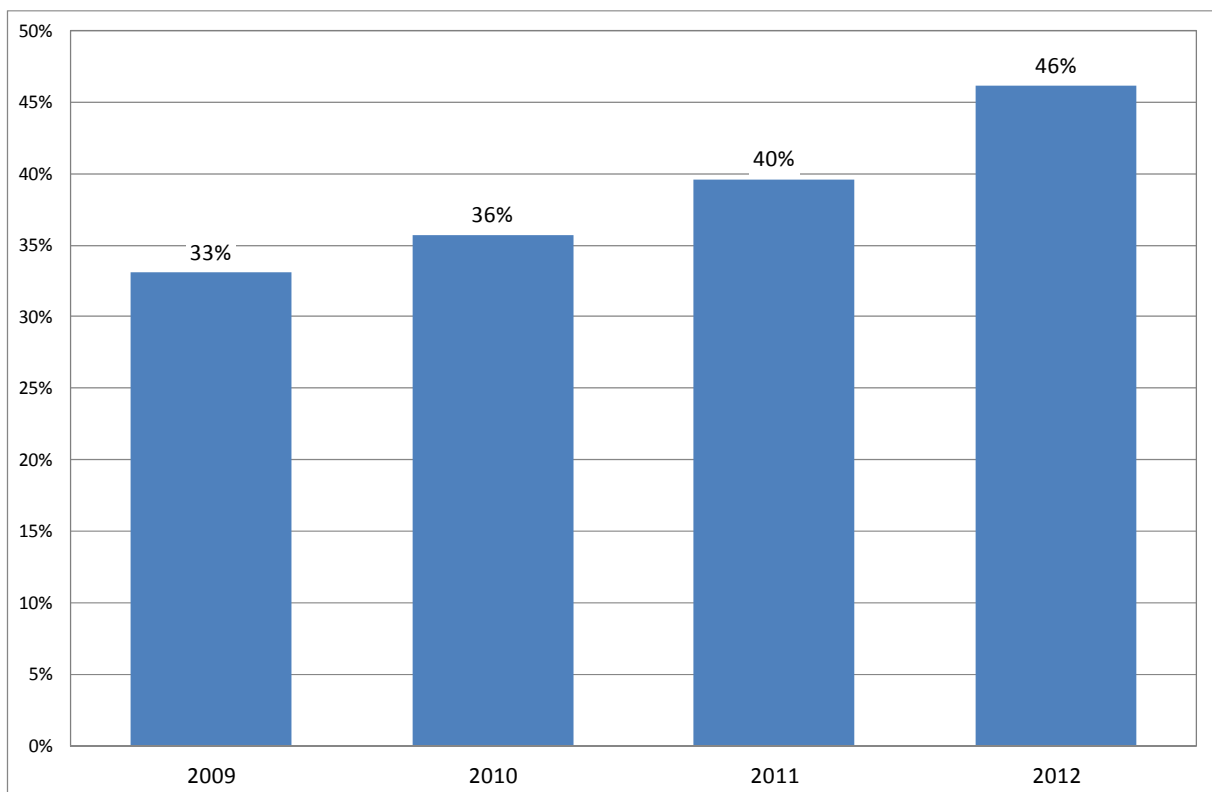


Projekt zarządzenia Prezes NFZ w sprawie leczenia szpitalnego
Nowa grupa E10 OZW – diagnostyka inwazyjna

Centrala NFZ przeprowadziła prace analityczne dotyczące realizacji świadczeń w obszarze kardiologii interwencyjnej, w szczególności w ostrych zespołach wieńcowych (OZW). Większa część wyników przedmiotowych prac została zaprezentowana w dokumencie pt. „Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej”, który 24 czerwca br. został opublikowany na stronie internetowej Centrali NFZ.

Analiza grup leczenia inwazyjnego w OZW wykazała, że charakterystyka grupy E13 OZW – leczenie inwazyjne > 3 dni i charakterystyka grupy E14 OZW – leczenie inwazyjne < 4 dni obejmują ten sam sposób postępowania medycznego i zawierają te same procedury. Różnicuje je jedynie czas pobytu pacjenta w szpitalu. W ramach grup E13, E14, które dedykowane zostały leczeniu inwazyjnemu w OZW i wykonywaniu zabiegów inwazyjnych, coraz większy udział mają hospitalizacje zakończone wykonaniem jedynie samej diagnostyki inwazyjnej (koronarografia). Udział ten wzrasta z 33% w 2009 r. do 46% w 2012 r. (wykres 1). Na schemacie nr 1 przedstawiono obecną charakterystykę grup E13, E14, która dopuszcza możliwość rozliczania procedur diagnostycznych w ramach grup dedykowanych leczeniu inwazyjnemu.

Wykres 1. Udział % hospitalizacji wyłącznie z diagnostyką inwazyjną (bez zabiegu inwazyjnego PCI) w ramach grup E13 i E14



Schemat 1. Charakterystyka grup E13, E14, która pozwalała na rozliczenie procedur diagnostycznych w grupach leczenia inwazyjnego

Charakterystyka grup E13, E14 leczenia inwazyjnego w OZW

E13 OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni – śr. wartość 12 272 zł

procedura E14 + rozpoznanie zasadnicze OZW; czas pobytu > 3 dni

E14 OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni – śr. wartość 9 360 zł

procedura E14 + rozpoznanie zasadnicze OZW; czas pobytu < 4 dni

Lista procedur E14

ICD-9

00.45 Wprowadzenie jednego stentu naczyniowego
00.661 Przeszkólna angioplastyka (PCI) z zastosowaniem balonu tnącego
00.662 Aterektomia wieńcowa
36.061 Wprowadzenie stentu(ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych, do naczynia wieńcowego - stent niepowlekany
36.062 Wprowadzenie stentu(ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych, do naczynia wieńcowego - stent powlekany
36.063 Wprowadzenie stentu(ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych, do naczynia wieńcowego - stent pokrywany, np. heparyna
36.064 Wprowadzenie stentu(ów) nie uwalniającego leków antyproliferacyjnych, do naczynia wieńcowego - stent wewnątrznaczyniowy
36.065 Wprowadzenie stentu samorozprężalnego do tętnicy wieńcowej
36.091 Angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej
37.21 Cewnikowanie prawego serca
37.22 Cewnikowanie lewego serca
37.23 Cewnikowanie lewego i prawego serca
88.521 Angiokardiografia: zastawki płucnej
88.522 Angiokardiografia: prawego przedsionka
88.523 Angiokardiografia: prawej komory (drogi wypływu)
88.531 Angiokardiografia: zastawki aortalnej
88.532 Angiokardiografia: lewego przedsionka
88.533 Angiokardiografia: lewej komory (drogi wypływu)
88.54 Angiokardiografia lewego i prawego serca
88.55 Koronarografia z użyciem jednego cewnika
88.56 Koronarografia z użyciem dwóch cewników
88.57 Koronarografia - inne

- zabiegi PCI

- diagnostyka inwazyjna

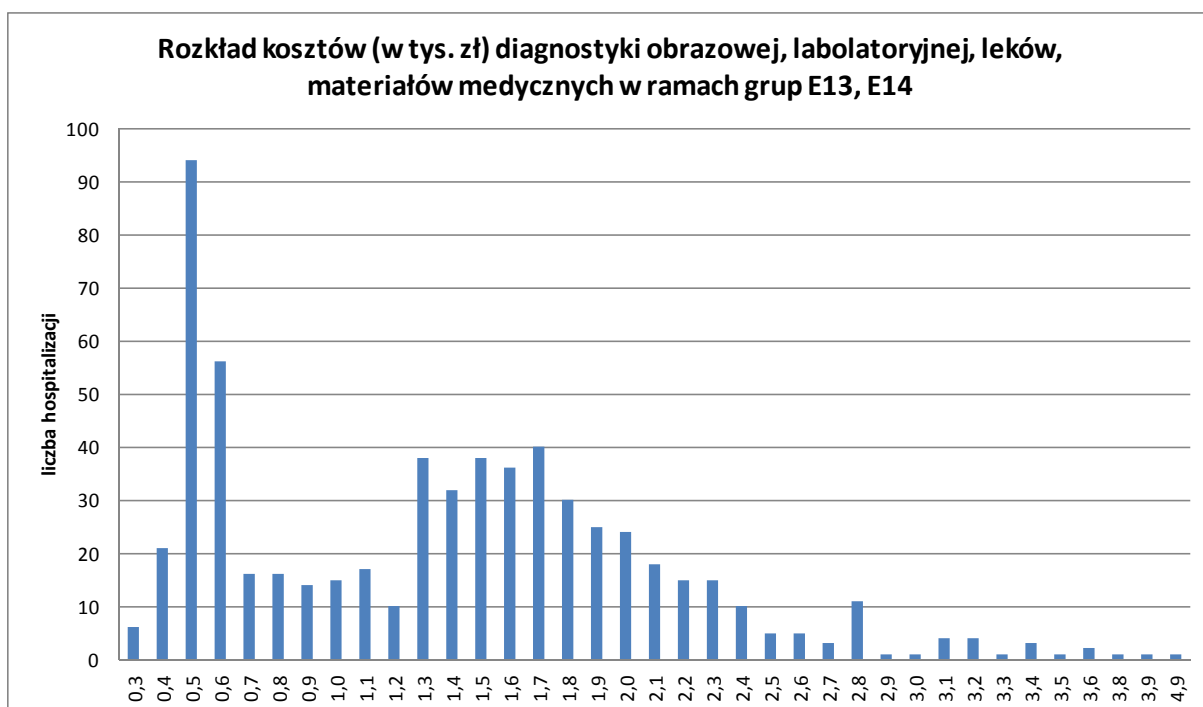
W związku z powyższym podjęto prace nad oszacowaniem wartości hospitalizacji związanej z diagnostyką inwazyjną w OZW bez wykonania przezskórnego zabiegu wieńcowego (implantacja stentów, angioplastyka balonowa). Podstawą prac były wnioski składane przez podmioty lecznicze o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanie nagłym w związku z ustawowym obowiązkiem, wynikającym z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgromadzono wnioski z 1220 hospitalizacji, złożone przez sześć podmiotów. Oznaczono te hospitalizacje, które kończyły się wykonaniem wyłącznie koronarografii (bez zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej).

Z analizy kosztów przedstawianych przez placówki wynika, że tzw. koszty pozamedyczne są wykazywane w sposób budzący wątpliwość co do ich wiarygodności. W ramach jednego podmiotu dla hospitalizacji o podobnym czasie pobytu pacjenta, odpowiadającym tej samej grupie JGP, wykazywane są diametralnie różne koszty związane z wynagrodzeniem personelu, amortyzacją, kosztami administracyjnymi oraz pozycją pozostałych kosztów. Wobec czego trudno było brać je jako podstawę do wycieńczeń niezbędnych w celu weryfikacji wyceny grup E11-E14.

W przypadku kosztów badań laboratoryjnych i obrazowych, leków, materiałów medycznych należy stwierdzić, że są zdecydowanie bardziej wiarygodne i mogą być użyteczne do weryfikacji poziomu dotychczasowego finansowania świadczeń. Koszty te są porównywalne pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami w ramach rozliczenia hospitalizacji o podobnym zakresie wykonanego zabiegu.

Na tej podstawie przeanalizowano, jak kształtuje się rozkład kosztów w ramach grup E13, E14 pod kątem zasadności wyodrębnienia grupy dla hospitalizacji, które kończą się wykonaniem wyłącznie koronarografii, bez wykonania zabiegu inwazyjnego (PCI).

Wykres 2. Rozkład kosztów (w tys. zł) diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, leków, materiałów medycznych w ramach grup E13, E14



Powyższy rozkład ma cechy rozkładu bimodalnego („dwugarbnego”). Dominują hospitalizacje, których koszty poniesione w ramach hospitalizacji kosztów badań laboratoryjnych i obrazowych, leków, materiałów medycznych wyniosły ok. 500-600 zł oraz 1300-1700 zł. Zbadano, że z pierwszą dominantą związane są hospitalizacje w przypadku których wykonano wyłącznie koronarografię, a z drugą związane są hospitalizacje z zabiegiem interwencyjnym (wszczepienie 1 stentu lub wykonanie angioplastyki balonowej). Uzasadnia to wyodrębnienie grupy dedykowanej diagnostyce inwazyjnej w OZW, bez wykonania przezskórnej interwencji wieńcowej (bez zabiegu PCI). Słuszność takiej decyzji potwierdza także konstrukcja grup w innych krajach posiadających systemy rozliczeniowe typu DRG (Diagnoses Related Groups).

Biorąc powyższe pod uwagę, zdecydowano o dodaniu do katalogu nowej grupy – E10 OZW – diagnostyka inwazyjna oraz modyfikacji charakterystyki dotychczasowych grup E13, E14, tak aby dotyczyły wyłącznie wykonywania przezskórnych zabiegów wieńcowych (PCI) w ostrych zespołach wieńcowych. Do oszacowania wartości punktowej nowej grupy wykorzystano koszty badań laboratoryjnych i obrazowych, leków, materiałów medycznych z opisanych wcześniej wniosków, a pozostałą część kosztów wchodzących w wycenę grup wyliczono na podstawie ogólnopolskiej mediany czasu pobytu trzy dni dla przedmiotowych hospitalizacji, wyliczonej wartości amortyzacji 800 zł na zabieg (czas amortyzacji – 5 lat, 1 tys. zabiegów rocznie na jeden podmiot) oraz przyjętej wartości osobodnia 1 000 zł. Dla porównania warto wskazać, że tak wysoka wartość osobodnia odpowiada leczeniu pacjenta na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z 20 pkt w skali TISS.

Poniżej przedstawiono wartość poszczególnych elementów wchodzących w skład wyliczonej wartości punktowej nowej grupy związanej z diagnostyką inwazyjną w ostrych zespołach wieńcowych.

kod grupy	nazwa grupy	koszty - diagnostyka obrazowa, laboratoryjna, leki, materiały medyczne	AMORTYZACJA	WARTOŚĆ OSOBODNIA	WARTOŚĆ GRUPY WZŁ	WARTOŚĆ GRUPY WPKT
E10	OZW - diagnostyka inwazyjna	765 zł	860 zł	1 000 zł	4 625 zł	89