

Załącznik nr 1. Sposoby oceny stanu pacjentów wymagających intensywnej terapii w innych krajach

Schematy refundacji intensywnej terapii charakteryzują się większym poziomem złożoności niż inne obszary opieki zdrowotnej ze względu na specyficzne procedury i wysoki standard opieki. W ostatnich latach na znaczeniu zyskały liczne badania dotyczące poziomu refundacji i finansowania intensywnej terapii. Jednym z powodów może być fakt, iż oddziały intensywnej terapii (ICU) są uznawane za oddziały szpitalne generujące najwięcej kosztów. Dodatkowo przyczyniają się do tego wysokie koszty personelu, złożone procedury i kosztowny sprzęt medyczny, wyroby medyczne oraz infrastruktura. Koszty intensywnej terapii odgrywają więc istotną rolę w szpitalnym budżecie – zarówno w odniesieniu do właściwego oddziału intensywnej terapii przynależącego do danego szpitala, jak i systemu opieki zdrowotnej w postaci płatnika kosztów (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, str. 1).

Od wielu lat próbuje się stworzyć obiektywne kryteria, jakim powinno podlegać leczenie w ramach oddziału OIT zarówno w aspekcie medycznym (kwalifikowanie pacjentów na oddział, określenie rokowania dla chorego czy ciężkości jego stanu), jak i ekonomicznym (szacowanie i racjonalizacja kosztów leczenia na oddziale OIT, określenie zaangażowania personelu w terapię itp.). Należy nadmienić, że niewiele jest specjalności medycznych, które byłyby bardziej zależne od przewidywania wyników leczenia niż intensywna terapia (Stępniewski, 2008, str. 124).

Bezpośrednią konsekwencją rosnącego zapotrzebowania na opracowanie obiektywnych metod wspomagających ocenę stanu chorego była konieczność gromadzenia i porównywania znacznych ilości informacji o pacjentach mogących być wskaźnikami ciężkości choroby. Wartości poszczególnych wskaźników mogą być ustalane metodami subiektywnymi (ocena danego zdarzenia przez eksperta) lub obiektywnymi (pomiar) (Stępniewski, 2008, str. 125).

Systemy oceny stanu pacjentów na oddziałach intensywnej terapii, służąc realnej ocenie ciężkości stanu pacjenta w momencie przyjęcia na oddział i w czasie pobytu na oddziale intensywnej terapii, powinny uwzględniać prawdopodobną diagnozę i przyczynę przyjęcia. Obecnie używane systemy można podzielić na trzy duże grupy:

- anatomiczne,
- terapeutyczne,
- fizjologiczne.

Przykładem systemów stosowanych w pierwszej grupie są skale urazowe, np. TS, ISS, RTS, TRISS. Systemy oceny ciężkości urazu stanowią próbę wyrażenia ciężkości urazu w postaci liczbowej.

Przykładem drugiej kategorii jest Punktowa Skala Interwencji Terapeutycznych (TISS) oraz jej liczne modyfikacje.

Do przedstawicieli trzeciej grupy, najliczniejszej, można zaliczyć system APACHE oraz jego kolejne wersje: APACHE II i APACHE III, skalę SAPS, SAPS II, system MPM. Określają one stopień odchylenia wartości parametrów fizjologicznych pacjentów OIT od uznanej normy lub stopień dysfunkcji poszczególnych narządów towarzyszących stanom krytycznym (Stępniewski, 2008, strony 129-130).

W Polsce skala TISS 28 stosowana w oddziałach intensywnej terapii jest skalą natężenia wysiłku terapeutycznego. Punktacja w skali TISS 28 została przyjęta jako podstawa do rozliczeń finansowych oddziałów intensywnej terapii z Narodowym Funduszem Zdrowia (Basińska, 2005). W innych krajach stosowane są zróżnicowane modele oceny, jednak należy podkreślić, że skale mają wpływ na finansowanie tylko w niektórych krajach.

Badanie przeprowadzone w Niemczech w 2000 roku na grupie 63 pacjentów poddanych tracheostomii wykazuje jednak, że skala TISS 28 nie odzwierciedla w pełni nakładu pracy lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także pozostałego personelu medycznego. Badaniem objęto pacjentów, u których pojawiały się trudności w odzwyczajaniu od długotrwałej (powyżej 14 dni) wentylacji mechanicznej. Badanie miało na celu wykazanie w tym kontekście różnic pomiędzy pacjentami przebywającymi w ICU i RICU (*respiratory intensive care unit*). Wyniki badania wykazały, iż 15,9% pacjentów nie udało się odzwyczaić, 20,6% pacjentów odzwyczajono przy pomocy NIV, 63,5% pacjentów odzwyczajono bez stosowania NIV (Schönhofer, Harms i Lefering, 2008).

W poniższej tabeli przedstawiono podstawy finansowania ICU w wybranych krajach europejskich.

Tabela 1 Podstawy finansowania ICU w wybranych krajach europejskich

	Niemcy	Irlandia	Wielka Brytania	Holandia	Austria	Dania	Francja	Hiszpania
Refundacja w systemie „za dzień” (np. na podstawie grup DRG)	+	-	+	+	+	+	+	+
Refundacja całego ICU/szpitala (np. podział finansowania na wszystkie zaangażowane oddziały)	-	+	-	+	+	-	bd	bd
Oddzielna refundacja kosztów hotelowych	-	-	+	-	-	-	-	bd
Podczas kodowania/refundacji brane są pod uwagę czynniki takie jak:								
Wydatki na ICU w poprzedzającym roku	-	-	-	-	-	+	-	+
Liczba pacjentów	-	-	+	+	+	bd	+	+
Rozpoznanie (DRG)	+	+	+	+	+	+	+	+
Skale nakładu pracy w procesie terapeutycznym (np. TISS-28, NEMS)	+	-	+	-	+	-	-	bd
Skale ciężkości choroby (np. SAPS, APACHE)	+	-	-	-	-	-	+	bd
Długość pobytu	+	+	+	+	+	+	+	+

Źródło: Bittner, Donnelly i Zanten, 2013.

Niemcy

W Niemczech intensywna terapia jest finansowana całkowicie w ramach DRG. Każda grupa DRG obejmuje cały pobyt w szpitalu, włączając intensywną terapię. Świadczenia w zakresie intensywnej terapii są objęte 68 grupami (stan na 2010 rok), z których większość nawiązuje do wentylacji mechanicznej, a jedna dodatkowa grupa określa „kompleksową intensywną terapię” (Ettelt i Nolte, 2010, str. 4).

Kluczowym elementem systemu refundacji w Niemczech w zakresie ICU jest umożliwienie zróżnicowania poszczególnych rozpoznań poprzez możliwość wprowadzania zmian określających stan zdrowia danego pacjenta. Pierwszym środkiem służącym takiemu doprecyzowaniu jest długość stosowania wentylacji mechanicznej. Może być ona kodowana z przerwami poczynawszy od długości minimalnej wynoszącej 96 godzin. Drugim aspektem jest tak zwane intensywne leczenie kompleksowe, które wiąże się z dodatkowymi elementami świadczenia takimi jak ciągła obecność lekarza i minimalny czas pobytu pacjenta wynoszący 24 godziny, za które dodaje się dodatkowe punkty za specjalną opiekę. Te wartości punktowe stanowią kombinację oceny *New Simplified Acute Physiology Score* (skala tożsama z SAPS II bez skali śpiączki Glasgow) oraz ocenę według katalogu TISS-28. Trzeci aspekt obejmuje skomplikowane procedury związane z krwią i produktami krwiopochodnymi czy chemioterapię. Wspomniane trzy elementy uszczegółowienia świadczenia pozwalają na znacznie większe zróżnicowanie pod względem kosztu refundacji ICU. W tym celu konieczne jest utrzymanie wysokich standardów prowadzenia dokumentacji oraz kodowania (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, strony 2-4).

W ostatnim czasie system TISS został uproszczony poprzez zmniejszenie liczby parametrów do oceny w ciągu dnia z 28 do 10 (Ettelt i Nolte, 2010, str. 38).

Holandia

Schemat finansowania opiera się na systemie DRG, który został wprowadzony w 2005 roku i jest regularnie aktualizowany. Badania kosztów w ICU wykazały, że czas poświęcony na opiekę nad pacjentem oraz koszty były w niewielkim stopniu powiązane z rozpoznaniem. Lepiej odzwierciedlały je normy zatrudnienia personelu, poziomy ICU oraz ilość czynników kosztowych takich jak proces przyjęcia, długość pobytu w ICU, (nie)inwazyjna wentylacja mechaniczna, hemodializa, konsultacje lekarskie i transport (karetka do przewozu pacjentów wymagających intensywnej opieki medycznej). Koszty intensywnej terapii obejmują produkty do sumowania w ICU. Podczas przyjęcia do ICU wszystkie koszty stanowią składowe budżetu ICU i nie są częścią grup DRG. Przychody ICU są oparte na produktach do sumowania i koncentrują się na trzech grupach kosztowych w ICU odzwierciedlających stopień kompleksowości takich oddziałów. Podzielono je według kryterium mniej niż 1 000, od 1 000 do 1 999 i powyżej 2 000 dni wentylacji mechanicznej rocznie. Koszty są refundowane według stałych stawek:

- za osobodzień,
- za dodatkowe opłaty,
- za nie(inwazyjną) wentylację mechaniczną,
- za hemodializę,
- dopłat i normatywnego wskaźnika 20:5:4:3 (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, str. 5).

Dania

W Danii model ICU wdrożono w 2004 roku. Duński system ICU-DRG składa się z czterech grup odzwierciedlających postępującą niewydolność organów. Do każdej z grup przypisano konkretną wartość. Zasada przypisania do jednej z czterech grup ICU-DRG opiera się na połączeniu kodów 42 procedur intensywnej terapii z ograniczeniami pobytu w ICU oraz długości wentylacji mechanicznej. Zasadniczym warunkiem wstępnym przypisania do jednej z czterech grup jest odpowiedni kod intensywnej opieki i ustalenie, że opieka będzie trwać dłużej niż 72 godziny (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, str. 6).

Wyróżnia się następujące cztery grupy ICU-DRG:

- grupa I: prosta niewydolność jednego lub dwóch organów - długość hospitalizacji ok. 10 dni,
- grupa II: postępująca ciężka niewydolność jednego organu - długość hospitalizacji ok. 12 dni,
- grupa III: postępująca ciężka niewydolność dwóch lub więcej organów - długość hospitalizacji ok. 14 dni,
- grupa IV: ciężka niewydolność wielonarządowa - długość hospitalizacji ok. 17 dni.

Powyższe grupy są niezależne od poziomów ICU oraz kategorii w zakresie od 1 do 3. Hospitalizacja pacjenta przyjętego do ICU, w przypadku którego długość pobytu nie przekroczyła 72 godzin, podlega refundacji na zasadzie połączenia głównego rozpoznania według katalogu ICD-10, rozpoznań współistniejących i kodów odpowiadających procedurom. Refundacji nie różnicuje się w zależności od tego, czy pacjent miał wykonany zabieg operacyjny czy nie (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, str. 6).

Francja

Finansowanie szpitali z uwzględnieniem grup DRG we Francji wprowadzono stopniowo od 2004 do 2008 roku. Grupy DRG zostały ponownie zdefiniowane w 2010 roku i zróżnicowane pod względem czterech poziomów ciężkości choroby głównie na podstawie chorób współistniejących. Francuskie ICU korzystają z komplementarnego finansowania, o ile spełnione są następujące trzy kryteria:

- pacjenci leczeni w ICU spełniają obowiązujące w całym kraju kryteria (w ICU pracuje certyfikowany lekarz ICU, lekarz ICU sprawuje nadzór nad ICU przez 24 godziny na dobę, co najmniej jedna pielęgniarka na 2,5 pacjenta i jedna pielęgniarka pomocnicza na 4 pacjentów),
- SAPS II > 15,
- co najmniej jedna procedura charakterystyczna dla ICU jest wykonana podczas pobytu w ICU, do których należą wentylacja mechaniczna, terapia nerkozastępcza czy leki naczynioaktywne. Takie dodatkowe dofinansowanie stanowi 60% całkowitego finansowania ICU (Bittner, Donnelly i Zanten, 2013, str. 6).

Finlandia

W 1994 roku utworzono konsorcjum fińskich oddziałów intensywnej terapii, powierzając jednej z firm zbieranie i opracowywanie danych spływających z poszczególnych oddziałów. Gromadzone są między innymi dane demograficzne chorych, a także informacje takie jak: rozpoznanie, przebieg leczenia, a także jego wyniki, odnotowywane w następujących momentach: w chwili wypisania z oddziału intensywnej terapii, zakończenia hospitalizacji, a także po upływie sześciu miesięcy od zakończenia hospitalizacji. Stan ogólny pacjentów jest oceniany za pomocą skal APACHE II, SAPS II i SOFA, a nakład pracy za pomocą skali

TISS-28. Zbieranie wielu szczegółowych danych z fińskich oddziałów intensywnej terapii jest możliwe dzięki wyposażeniu ich w kliniczne systemy informatyczne. Dzięki nim automatycznie gromadzone są informacje z monitorów funkcji życiowych, respiratorów, a także wyniki badań laboratoryjnych. Jako podstawowy wskaźnik oceny skuteczności leczenia służy standaryzowany współczynnik śmiertelności (SMR), który jest ilorazem liczby wszystkich zgonów oraz liczby zgonów przewidywanych przez model prognostyczny SAPS II. Uczestnictwo w konsorcjum przynosi oddziałom intensywnej terapii wymierne korzyści. Regularnie otrzymują raporty dotyczące swojej działalności, a także wyniki leczenia na innych oddziałach, co umożliwia prowadzenie analiz porównawczych (Adamski, 2012).

Australia

W Australii finansowanie intensywnej terapii różni się w zależności od stanu. Przykładowo w stanie Victoria intensywna terapia finansowana jest poprzez australijskie grupy DRG plus płatność za dzień za danego pacjenta, z wykorzystaniem wentylacji mechanicznej. Intensywną terapię definiuje się poprzez procedury, które nadają leczeniu charakter intensywnej terapii, tj. liczba godzin spędzonych w ICU lub liczba godzin wentylacji mechanicznej. Do niektórych grup DRG przypisane są 4 dni wentylacji mechanicznej, a płatność za ten czas następuje w ramach bazowej stawki przyporządkowanej do DRG. Dla większości pozostałych grup DRG wymagane jest 6 godzin wentylacji mechanicznej, by uzyskać współpłatność (po 6 godzinach wentylacji mechanicznej można ubiegać się o finansowanie jednego dnia, a płatność za dwa dni następuje po 24 godzinach wentylacji mechanicznej) (Ettelt i Nolte, 2010, str. 18).

Szwecja

Finansowanie intensywnej terapii różni się w zależności od regionu. Na obszarach, w których refundacja opieki szpitalnej odbywa się na podstawie DRG, intensywna terapia jest refundowana w określonej proporcji. W regionach, w których szpitale są finansowane z budżetu państwa, środki na intensywną terapię alokowane są w oddziale anestezjologii. Wysokość środków jest określana na podstawie połączenia liczby i ciężkości (określanej na podstawie skali Apache) przypadków leczonych w ubiegłych latach oraz negocjacji między szpitalem a lokalnymi władzami, a także negocjacji między zarządem szpitala a poszczególnymi oddziałami (Ettelt i Nolte, 2010, str. 26).