

SOUČASNÝ STAV DRG JAKO MOŽNÉHO SYSTÉMU ČÁSTI ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO ROK 2004

MUDr. Mašek Josef

Nemocnice Kadaň

DRG systém (Diagnosis Related Groups – systém skupin vztažených k diagnóze je systém klasifikace nemocných vymezující způsob vztahu mezi typem pacientů, které nemocnice léčí a náklady nemocnice na jejich léčení. Systém se zrodil koncem šedesátých let v USA na universitě v Yale) je v návrhu pro financování alespoň malé části akutní lůžkové péče pro rok 2004. Současný stav příprav k zavedení DRG je takový, že opravňuje k naději, že se tak skutečně po mnoha létech příprav stane. Článek shrnuje jeho vývoj, současný stav a budoucnost v ČR.

Klíčová slova: DRG.

PRESENT SITUATION OF DRG AS A POSSIBLE SYSTEM FOR PART OF MEDICAL CARE PAYMENTS FOR A YEAR 2004

DRG system is included in the proposal for financing of at least a small part of acute bed care for year 2004. Present situation in preparations for introduction of DRG is giving a hope it will fulfil after many years of preparations. Article summarises a development, a present situation and the future in Czech Republic.

Key words: DRG.

DRG bylo v různých podobách experimentů VZP v omezené skupině poskytovatelů akutní lůžkové péče testováno v České republice od roku 1997. Od samého počátku byl systém považován především za systém klasifikační, umožňující systematicky popisovat hospitalizace jako epizody a provádět jejich standardizaci.

Jako nástroj financování odstraňuje DRG především neodůvodněné rozdíly v úhradách za poskytnutou péči různým poskytovatelům. Systém zohledňuje v úhradách především náročnost a kvalitu poskytované péče. Jeho výhodou je koherence mezi klinickou náročností případů a jejich úhradou.

V prvotních analýzách plateb různým poskytovatelům bylo zjištěno, že za tutéž hospitalizaci zaplatila pojišťovna i násobky průměrné úhrady, a to bez vlivu na kvalitu poskytnuté péče. Od doby zpracování této analýzy došlo díky málo systematicky řešeným úhradovým systémům ještě k prohloubení této nerovnováhy.

DRG bylo v prvním období testováno především VZP v podobě několika po sobě jdoucích experimentů, kterých se zúčastnila asi dvacítka poskytovatelů akutní lůžkové péče. V posledních dvou letech přešel další vývoj na Ministerstvo zdravotnictví (MZ) ČR. Je to jistě krok správným směrem, neboť pouze MZ může dosáhnout zavedení DRG jako klasifikačního nástroje i jako systému úhradového. Je k tomu oprávněno jak z důvodů legislativních, tak i jako přirozená autorita.

Současné vedení MZ deklarovalo svůj úmysl použít systém DRG v několika následujících letech postupně, se vzrůstající vahou, v úhradách akutní lůžkové péče. Pro zajištění tohoto cíle je třeba naplnit některé technické předpoklady.

Především je to nástroj klasifikace, kterým jsou jednotlivé hospitalizace zařazeny do DRG skupin podle jejich klinické a odvozené i finanční náročnosti. V této věci bylo rozhodnuto a byla zakoupena národní licence na produkt firmy 3M, který nese označení IR DRG. Adaptace na české podmínky je věcí jeho dalšího vývoje. Licenční ujed-

nání jsou velmi důležitá a bylo velmi správné, že byla učiněna dohoda, která nepřenáší finanční nároky licenčních poplatků na bedra poskytovatelů.

Další důležitou podmínkou aplikace DRG je vznik Národního referenčního centra, jehož úkolem bude sběr dat a jejich zpracování pro další rozvoj systému. V referenčním centru by měla být zpracovávána data, která povedou ke správnému nastavení relativních vah a dalších parametrů.

Velmi důležitou součástí zavedení DRG jsou edukační programy, kterými byl pověřen IPVZ. Zde musí dojít k proškolení tzv. kodérů, kteří pak v nemocnicích budou odpovídat za správné a racionální zařazování jednotlivých případů hospitalizace.

V současné době probíhá dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče na rok 2004, do kterého předložili poskytovatelé lůžkové péče společný návrh na zapojení DRG.

Velmi podstatnou součástí celkového konceptu DRG jsou programy kvality. Přesto, že systém DRG má značný autoregulační potenciál a nutí poskytovatele poskytovat péči optimálně, je nutné sledování parametrů kvality. V této oblasti bylo již vykonáno také značné množství práce.

Pro zavedení systému bude nutné adaptovat i revizní systémy zdravotních pojišťoven, kde od formální kontroly „správnosti vykázaného rodného čísla“, bude třeba vytvořit expertní systém, který kvalifikovaně posoudí vykazování případů hospitalizace. Bude nutné rozhodnout o kritériích pro hospitalizaci pacienta a jeho pokračující pobyt na lůžku. Revizní lékaři zdravotních pojišťoven se musí stát minimálně stejně kvalifikovanými kodéry jako budou v nemocnicích.

V nemocnicích bude třeba velmi zásadním způsobem nejen změnit informační systém, ale zejména změnit chování v léčebných postupech.

Zavedení systému DRG pro úhrady akutní lůžkové péče může přinést výrazně lepší rozdělení finančních prostředků, které jsou k dispozici.

PROBLÉMOVÝ NEMOCNÝ V UROLOGICKÉ PRAXI

Miroslava Lahodová

Urologická klinika Fakultní nemocnice, Olomouc

Agrese v širokém slova smyslu je každá činnost vedoucí k porušení nebo snížení určité hodnoty, tedy i nadávka, beztaktnost, požadování nepřiměřeného odškodnění, také odmítnutí záchrany člověka, nebo úmyslné zanedbání péče.

Agresivně a fyzickému násilí může být vystaven prakticky kdokoli. Někteří lidé jsou však násilí vystaveni častěji z podstaty své profese – policisté, vojsko, zaměstnanci bezpečnostních agentur a v neposlední řadě zdravotníci. Ozbrojené složky jsou speciálně vycvičené v boji a taktice, zatímco my, zdravotnický personál, neméně často vystavovaný agresi a násilí, si musíme poradit sami. Jsou-li zdravotníci násilí vystavováni často, je nelehká otázka s nejednoznačnou odpovědí, záleží na druhu pracoviště. Na záchranné službě, chirurgických ambulancích, v protialkoholních léčebnách a na psychiatrii je problémový – tedy agresivní pacient – jakousi samozřejmostí.

Na druhého nepůsobíme slovy, ale jednáním.

(Romain Rolland)

Na urologii se s agresivním pacientem setkáváme:

- po sdělení diagnózy
- u starších nemocných
- při změně prostředí
- při metastázách v CNS
- při bolestech.

Rozdělení agresivity na čtyři základní stupně:

- agrese úplně potlačená
- agrese slovní – projevující se nadávkami
- agrese proti věcem – rozbíjení věci, bouchání věcmi, bouchání dveřmi...
- agrese proti zvířatům a lidem – člověk uhodí, kope, rve vlasy, škrábe...

Impulzivita agresivity

Afektivní agrese – u snadno vyprovokovatelných osob je provázána hlasovými projevy, útokem, nebo obranými postoji.

Iktální agrese – vyskytuje se u pacientů s cerebrální nestabilitou. Potvrzena na EEG.

Predátorská agrese – obsahuje v sobě pomstychtivost, příjemné pocity z ubližování. Není provázána hlasovými projevy a nejsou vypracovány žádné rituály v chování. Násilí je předem plánováno.

Pseudoorganická agrese – pojí se se špatným socioekonomickým stavem. Typickými jsou strach, rozrušenost, zmatenost, tělesná a emoční labilita. Tento druh agrese bývá spojován s bezdomovci.

Faktory, které ovlivňují agresi u nemocných

1. Osobnost zdravotní sestry, ošetřovatele.
2. Osobnost nemocného – temperament, povahové rysy, výchova v rodině, onemocnění psychické i somatické.
3. Vztahy mezi zdravotníky – konflikty mezi zaměstnanci se stávají podkladem a příčinou reakcí pacientů. Důležité jsou i vztahy mimo pracoviště.
4. Vztahy mezi nemocnými – pacient vytržený ze svého prostředí je nucen přizpůsobit svoje návyky a zvyklosti

režimu ostatních nemocných. Nemá soukromí a intimitu, což bývá jeden z nejčastějších faktorů vyvolávajících agresi.

5. Vztah mezi lékařem a pacientem – pacient musí cítit jistotu, spokojenost a mít pocit nezávislé a hodnotné osobnosti. Lékař musí projevit komunikační dovednosti.
6. Příbuzní – agrese příbuzných je přenášena na pacienta.

Nejčastější příčiny agrese:

- léky – opiáty, hypnotika, inzulin
- alkohol – líh, okená
- drogy – opiáty, lysohlávka
- celkové onemocnění
- poruchy osobnosti
- pooperační stavy
- demence
- abstinční příznaky
- frustrace nemocných
- bolesti
- strach
- předsudky, deprese.

Zásady při jednání s agresivním klientem

1. Nemocného máme po té ruce, kterou lépe ovládáme.
2. Ruce máme volné a pacientovi se díváme do očí, abychom vystihli jeho úmysl.
3. Postupujeme klidně a bez afektu.
4. K neklidnému nemocnému přistupuje vždy více sester, ne jedna. Uvědomí si převahu a ustoupí.
5. Být aktivní, nenechat se zahnat do pasivity a vyčkávat co nemocný udělá.
6. Nepustit nemocného za svá záda.
7. Je-li to nezbytně nutné omezit pacienta fyzicky pomocí kurtů.
8. Nekřičet, nepoužívat vulgární výrazy.
9. Sestra má právo na sebeobranu, která ale musí být adekvátní agresivitě nemocného.
10. Nepoužívat bolestivé hmaty a manévry.
11. V neřešitelných případech volat policii.

Možnosti zvládnání agresivních pacientů

1. Psychologický přístup: zachovat klid, na případný slovní útok – výčitky – nereagovat stejně, protože agresi-

vita zesiluje agresivitu. Pacient nečeká, že se budeme chovat klidně a tedy opačně nežli on sám, proto ho pozorně vyslechneme. Vyslechnutí neznamena souhlas. Musíme si uvědomit, co pacient vlastně říká a jak to, co říká, myslí. Nemocnému vyhovíme; není-li to možné, vysvětlíme mu naše stanovisko i s pochopením pro jeho zklamání. Zodpovíme jeho dotazy a hledáme společná řešení.

2. Medikamentózní přístup: při psychotickém neklidu tělesně zdravého jedince jsou lékem volby neuroleptika, která zvládají asi 90 % nemocných (Haloperidol, Tiapridal, Buronil, Heminevrin). Extrémně psychomotoricky neklidný jedinec se neobejde bez fyzického omezení a zklidňujících psychofarmak. Fyzické omezení by mělo být pravidelně kontrolováno sestrou a mělo by být použito jen

nezbytně dlouhou dobu, což by mělo být písemně naordinováno lékařem.

Závěr

Práce jen naznačila situace, které vyvolávají oprávněně naši starost. Bohužel tomu napomáhá doba, ve které žijeme. Vždyť nedůstojné chování, násilí a agresivitu potkáváme den co den na ulici, aniž bychom je nějak zvlášť vnímali. Asi si mnozí myslí, že my zdravotníci jsme na to zvyklí. Těžko budeme tyto úvahy vyvracet. Až se setkáte na svém pracovišti s agresivním nemocným, řiďte se zásadami uvedenými v práci. Do budoucna všem přeji co nejméně problematických pacientů.