

Nowy wymiar informatyki medycznej



**RAPORT Analizy Finansowej
Rozliczenia JGP
Instrukcja obsługi**

RAPORT Analizy Finansowej Rozliczenia JGP Instrukcja obsługi

Wprowadzenie

Raport JGP jest nieodzownym narzędziem pracy dla działów rozliczeń i znaczącą pomocą dla zarządu szpitala w kontaktach z NFZ.

Raport jest wynikiem analizy przygotowanych przez szpital danych rozliczeniowych. Między innymi pozwala na:

- łatwy i szybki wgląd w wyniki jednostki z wybranym przez siebie stopniem szczegółowości
- umożliwia płynne przechodzenie od wysoko-poziomowego zestawienia zawierającego wyniki całego szpitala poprzez szczegółowy raport z danego oddziału do pojedynczych przypadków klinicznych
- wskazuje miejsca, w których czasem prosta korekta daje znaczące korzyści finansowe
- wskazuje na błędy i niedoskonałości kodowania i grupowania
- pokazuje wyniki jednostki na tle innych szpitali (benchmarking)
- pracę niezależnie od Optymalizatora JGP firmy UHC; do celów analitycznych wystarczą pliki rozliczeniowe
- pracę w połączeniu z Optymalizatorem JGP firmy UHC, co daje praktyczną gwarancję pełnej kontroli nad procesem rozliczania z płatnikiem
- pracę niezależnie od posiadanego systemu szpitalnego – raport bazuje na otwartym komunikacie rozliczenia z NFZ
- przejrzyste statystyki ICD-10 wskazujące w jakich dziedzinach szpital osiąga dobre rezultaty zarówno medyczne jak i finansowe

Raport ma pełnić w szpitalu dwie główne funkcje:

1. Monitorować bieżące rozliczenia z NFZ. Na jego podstawie powinny być wprowadzane korekty prowadzące do większej efektywności i uzyskiwania większych pieniędzy w krótszym czasie. Zastosowanie raportu da szpitalowi wyższe punkty i zmniejszenie „odrzuceń” z powodu błędów w kodowaniu i grupowaniu. Szpital uzyska pewność, że wszystkie przypadki zostały zgrupowane wg JGP i umieszczone w sprawozdaniu.
2. Być narzędziem do prowadzenia polityki leczniczej w szpitalu. Dane z raportu pokazują odchylenia od „normy” i pozwalają skupić się zarządowi na ich korekcie. Raport dostarcza informacji użytecznej w przygotowaniu ofert, zarządzaniu łóżkami i sterowaniu case-mixem czyli strukturą przypadków, które leczymy w szpitalu.

Szczegółowy opis funkcji

Raport składa się z 3 zasadniczych części omówionych na kolejnych stronach.

I. część sumaryczna

Oddział	Grupy JGP				Punktów				
	błędne	brak	nie- możliwe	wszystkie	uzyskanych JGP	inne	możliwych	sugerowanych	potencjalnych
O. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	-	6	6	6	0	1171	-	-	-
O. Chirurgiczny Ogólny	7	18	4	385	17759	167	+530	+3775	+5552
O. Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej	6	21	5	437	34605	883	+7251	+4991	+10080
O. Chorób Wewnętrznych Z Podo.em Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego	1	5	-	373	16353	1356	+158	+578	+7068
O. Ginekologiczno - Położniczy	5	6	1	935	28652	15	+3363	+2007	+16717
O. Neurologiczny	3	3	-	272	13823	0	+188	+9173	+5351
O. Pediatryczny	-	14	3	419	11689	138	+521	+20	+9259
O. Psychiatrii " A"	-	108	108	108	0	2125	-	-	-
O. Terapii Uzależnienia Od Alkoholu	-	51	51	51	0	1103	-	-	-
Suma	22	232	178	2986	122881	6959	+12011	+20544	+54027
Suma zł.					5 898 288	500 090	+576 528	+986 112	+2 593 296

Ryc. 1 Widok tabeli sumarycznej

Fotografia przedstawia sumaryczne zestawienie całego szpitala.

Poszczególne pionowe sekcje pokazują:

- o nazwy oddziałów (tu skrócone do numerów)
- o liczbę przypadków zakwalifikowanych jako:
 - błędnie zgrupowane,
 - bez wyznaczonej grupy JGP,
 - przypadki, których nie można zgrupować,
 - całkowita liczbę przypadków na danym oddziale.
- o Punkty
 - kolumna **uzyskanych** pokazuje liczbę punktów, które wynikają z aktualnie wyznaczonych grup JGP oraz punktów uzyskanych z innych świadczeń
 - dodatkowe punkty **możliwe** do uzyskania po poprawnym zgrupowaniu, w stosunku do kolumny **uzyskanych**
 - dodatkowe punkty **sugerowane** – bazujące na grupowaniach wykonanych w całej Polsce dla podobnych przypadków – tu wymagana jest ingerencji w dane medyczne,
 - dodatkowe punkty **potencjalne** – wymaga znaczących ingerencji w dane medyczne ale może się znacząco opłacić.

Ostatni wiersz tabeli pokazuje wartości w złotych polskich.

Poniżej znajduje się tabela pokazująca rozkład czasowy przypadków w podziale na miesiące. W tabeli umieszczono również numer wersji grupera używanej do analizy przypadków z danego miesiąca.

Rozkład hospitalizacji na poszczególne miesiące												
Rok : 2008												
miesiąc :	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
hospitalizacji :	-	-	-	-	-	-	-	2246	-	-	-	-
wersja grupera:	-	-	-	-	-	-	5.3.5	5.3.5	5.3.5	5.3.7	5.3.7	5.3.7

Następna sekcja w sposób opisowy podaje informacje o analizowanej grupie przypadków. Każda z podanych liczb jest jednoznacznie opisana.

24 096 zł.	🔗	do uzyskania po zamianie rozpoznania głównego z współistniejącym
40 272 zł.	🔗	do uzyskania po usunięciu grup proceduralnych
659		hospitalizacje rozliczane inaczej niż za pomocą JGP (w dostarczonym zestawie)
1691		epizodów bez danych hospitalizacji (w dostarczonym zestawie)
1		nie zakończonych epizodów (w dostarczonym zestawie)
4946		aktualizacji epizodów (w dostarczonym zestawie)
4597		wszystkich epizodów

Pod danymi opisowymi znajdują się dwa adresy. Kliknięcie na każdym z nich powoduje przeskoczenie do odnośnej sekcji raportu:

Statystyki ICD – szczegółowy opis w rozdziale **Część statystyczna** na stronie 8.

Szczególne grupy JGP – przekazuje do tabeli zawierającej listę wszystkich grup JGP występujących w raporcie, które wymagają spełnienia dodatkowych warunków opisanych w załączniku nr 3 zasad grupowania opublikowanym przez NFZ.

W tabeli w drugiej kolumnie umieszczono liczbę wystąpień w kolumnie **Zakodowana JGP** w tabelach poszczególnych oddziałów.

Jeśli wartość jest pusta oznacza to, że grupa występuje jedynie w pozostałych kolumnach.

Grupy JGP wymagające spełnienia szczególnych warunków. Wersja: 5.3.5		
Grupa Kodowana JGP	(Ilość)	Nazwa Uwagi
A48	14	Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym - warunki określone w zał. nr 3; - konieczność udokumentowania ogniska chorobowego
A49	12	Udar mózgu - leczenie > 3 dni konieczność udokumentowania ogniska chorobowego
A50	3	Udar mózgu - leczenie konieczność udokumentowania ogniska chorobowego
B01	6	Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej warunki określone w zał. nr 3
B11	-	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze * warunki określone w zał. nr 3
B12	23	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki warunki określone w zał. nr 3
B13	87	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki warunki określone w zał. nr 3
B14	1	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki warunki określone w zał. nr 3

II część szczegółowa

Oddział	Lp. m.	Nr księgi	Czas hosp.	Średni czas	Zakodowane			Możliwa		Sugerowane		Potencjalnie		
					p. j.	pkt.	zł	suma	JGP	+pkt.	JGP	+pkt.	JGP	+pkt.
OCWZPK	1	08	2008-8-6609-0	14				0 zł	A49 ⚠	77			E86 ⚠	72
OCWZPK	2	11	2008-8-9466-0	12				0 zł	E86 ⚠	72	E88	28	A49 ⚠	77
OCWZPK	3	10	2008-8-8396-0	8				0 zł	A35	62			A49 ⚠	77
OCWZPK	4	11	2008-8-9621-0	7				0 zł	E87 ⚠	60	E86 ⚠	72	A49 ⚠	77
OCWZPK	5	11	2008-8-9734-0	3				0 zł	E73	57			E88 🔄	28
OCWZPK	6	07	2008-8-5159-0	23				0 zł	D52 C	48 60			S41	141
OCWZPK	7	08	2008-8-6666-0	8				0 zł	E53	47			E73 🔄	57
OCWZPK	8	11	2008-8-9258-0	7				0 zł	K38	44			K39	83
OCWZPK	9	07	2008-8-5422-0	13				0 zł	D38 C	47 87			D46 🔄	36
OCWZPK	10	07	2008-8-5389-0	1	6			0 zł	E56	40				
OCWZPK	11	11	2008-8-9483-0	24	11			0 zł	E17	37	E16	55	K28 🔄	86
OCWZPK	12	08	2008-8-6639-0	6				0 zł	A46	37			A49 ⚠	77
OCWZPK	13	11	2008-8-9469-0	11	13			0 zł	E71	27			A49 ⚠	77
OCWZPK	14	10	2008-8-8084-0	2				0 zł	S03 C	6	288 zł	288 zł	S06	11
OCWZPK	15	10	2008-8-8352-0	6				0 zł	S03 C	22	1 056 zł	1 056 zł	S06	11
OCWZPK	16	11	2008-8-9448-0	7				0 zł			A49 ⚠	77	A50 ⚠	37
OCWZPK	17	01	2007-8-9910-0	51				0 zł						
								4920	49 200 zł	49 200 zł				

Ryc 2. Szczegółowy raport jednego z oddziałów.

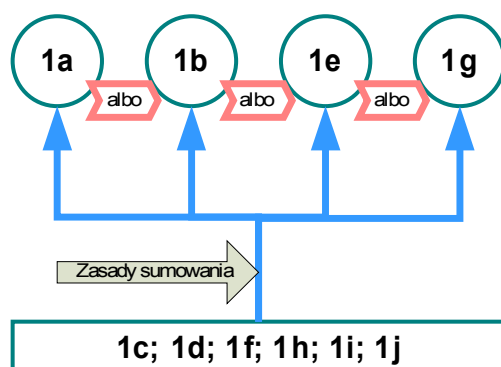
Poszczególne kolumny to:

Oddział – zawiera nazwę oddziału/kliniki

- Lp. – liczba porządkowa przypadków
- Nr księgi – numer księgi głównej szpitala pod którym zanotowano przypadek
- Czas hosp. – całkowity czas pobytu pacjenta w szpitalu (w dniach)
- Średni czas – średni czas leczenia przypadków z tą samą grupą JGP w Polsce (w dniach)
- Zakodowana – grupy JGP oraz inne świadczenia (np. leczenie na oddziale OAiIT - ocena wg skali TISS-28) wskazane przez szpital w analizowanym materiale
 - p. j. – produkty jednostkowe takie jak kod grupy JGP lub skrócona nazwa świadczenia rozliczanego inaczej niż JGP:
 - B – katalog świadczeń odrębnych
 - C – katalog świadczeń uzupełniających
 - D – katalog świadczeń radioterapii
 - E – katalog świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia
 - F – katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów
 - G – katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne
 - H - katalog substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych
 - I – katalog ryczałtów za diagnostykę w programach terapeutycznych

- J – katalog świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne - chemioterapia

Hierarchię i możliwe relacje katalogów świadczeń przedstawia poniższy schemat:



Świadczenia które można ze sobą łączyć raport prezentuje w następujący sposób (równanie od prawej):

$$\frac{F42}{C}$$

Świadczenia których nie można ze sobą łączyć raport prezentuje w następujący sposób (równanie do lewej):

$$\frac{H05}{B}$$

Przykład:

Poniższa konfiguracja świadczeń oznacza możliwość rozliczenia H05 lub B, przy czym świadczenie z katalogu C możemy rozliczyć z H05 lub B.

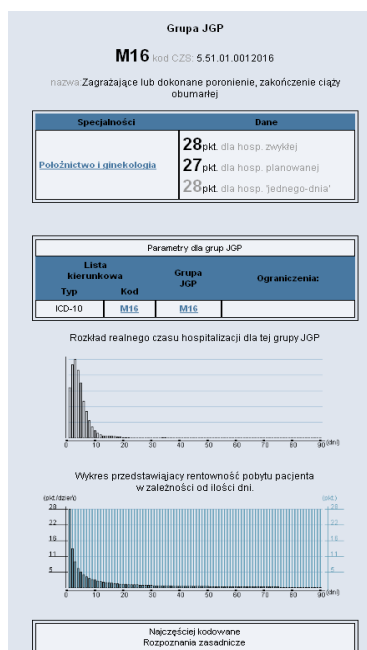
$$\frac{H05}{B} \\ C$$

- Pkt. – liczba punktów uzyskanych
- zł – wartość kwotowa uzyskanych punktów
- suma – sumaryczna wartość kwotowa uzyskanych punktów
- **Możliwa** – grupy wynikające z optymalnego grupowania analizowanych danych
 - JGP – kod grupy JGP
 - Pkt. – różnica między możliwymi do uzyskania punktami, a zakodowanymi
- **Sugerowane** - podobne przypadki najczęściej kodowane w Polsce, dla uzyskania tych grup trzeba zmieniać dane medyczne
 - JGP – kod grupy JGP
 - Pkt. – różnica między możliwymi do uzyskania punktami, a zakodowanymi
- **Potencjalnie** – grupy możliwe do uzyskania po znacznej ingerencji w dane medyczne (np. zamiana rozpoznania głównego z towarzyszącym)

- JGP – kod grupy JGP
- Pkt. – różnica między możliwymi do uzyskania punktami, a zakodowanymi

Znaczenie kolorów i oznaczeń graficznych występujących w szczególnych przypadkach:

- Grupa JGP
 - Kolor **czzerwony** – oznacza nieprawidłową grupę, tzn. dane medyczne i/lub warunki umowy nie uprawniają do wskazanej grupy – grupa taka zostanie przez NFZ odrzucona,
 - Kolor **niebieski**
 - w kolumnie „zakodowana” oznacza prawidłową grupę, która zostanie przyjęta przez NFZ, nie oznacza to jednak, że jest to grupa „optymalna” czyli o najwyższej wartości punktowej
 - w kolumnie „możliwa” i „potencjalnie” oznacza, że grupa ma podobną lub identyczną wartość do zakodowanej
 - Kolor **zielony** oznacza grupę o wyższej wartości niż zakodowana przez szpital
 - **Podkreślenie** - oznacza, że po kliknięciu myszą w te grupę dostaniemy opis grupy jak na rysunku poniżej (warunkiem jest dostęp do Internetu)



Ryc. 3 Widok ekranu opisu grupy

- **Brak grupy** – oznacza,
 - w kolumnie „zakodowane”, że szpital nie wyznaczył żadnej grupy JGP dla tego przypadku,
 - w kolumnie „możliwa”, że nie jest możliwe poprawne zgrupowanie wybranego przypadku
 - w kolumnie „sugerowane”, że nie ma odpowiedniej liczby podobnych przypadków pozwalających na użyteczną podpowiedź

- o w kolumnie „potencjalnie”, że nie istnieją sensowne modyfikacje, które doprowadzą do lepszej grupy JGP

▪ Czas hospitalizacji

- o Kolor **czerwony** oznacza, że pacjenta leczono znacząco dłużej niż średnio w Polsce (wartość średnia podana jest w kolumnie obok)
- o Kolor **zielony** – oznacza, że pacjenta leczono znacząco krócej niż średnio w Polsce
- o Kolor **czarny** oznacza, że czas leczenia był zgodny ze średnią krajową

▪ Nr księgi głównej

- o **Podkreślenie** – oznacza, że po kliknięciu w wybrany numer otworzy się okienko z optymalizatorem JGP firmy UHC i dane medyczne tego przypadku zostaną automatycznie do niego wpisane, pozwalając na optymalizację przypadku (warunek: dostęp do Internetu i posiadanie licencji na użytkowanie Optymalizatora JGP firmy UHC)

Optymalna grupa	Nazwa JGP	Taryfa	Warunek
Kod JGP	Kod CSZ	rozł. rdod.	główny
<u>004</u>	Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej *	33 pkt. 55 pkt.	33,26













Kod JGP	Wyświetl	Nazwa JGP	Taryfa	Warunek	Powody niezakoceptowania:
		Kod CSZ	rozł. rdod.	główny	prawdł, czy mozebyz zmienić kodowanie
002	100	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej *	245 pkt. 245 pkt.		* Brak procedury z listy, 002 Najczęściej kodowane: 32.292 32.49 32.41 32.3 34.61
003	52	Duże zabiegi klatki piersiowej *	120 pkt. 120 pkt.		* Brak procedury z listy, 001 Najczęściej kodowane: 34.22 34.21 33.232 34.02 34.3

Ryc. 4 Widok ekranu optymalizatora JGP firmy UHC

▪ Oddział

- o **Podkreślenie** – oznaczają, że po kliknięciu na nazwę oddziału raport „przeskoczy” do części sumarycznej (ryc. 1)

▪ Symbole graficzne

-  Symbol **Lista** przy **nr księgi** oznacza pobyt wielospecjalistyczny. Oznaczenie pozwala zrozumieć dla czego raport podpowiada grupę ze specjalności innej od specjalności oddziału w której przypadek jest wymieniony w raporcie. Po korekcie polegającej na zmianie specjalności/oddziału z którego wykonano grupowanie JGP, przypadek ten pojawi się w raporcie na liście innego oddziału. Po najechaniu myszą w „dymku” pojawi się lista oddziałów, na których przebywał pacjent.
-  Symbol **Negatywna Procedura** obok kodu grupy JGP w kolumnie **Potencjalnie** oznacza, że uzyskanie w grupowaniu wskazanej grupy jest blokowane przez określoną procedurę medyczną.
-  Symbol **Zamiana Diagnozy** obok kodu grupy JGP w kolumnie **Potencjalnie** oznacza, że uzyskanie w grupowaniu wskazanej grupy jest możliwe po zamianie głównej diagnozy na jedną z diagnoz współistniejących.
-  Symbol **Dodatkowe Warunki** oznacza, że dla grupy konieczne jest spełnienie dodatkowego warunku opisanego w załączniku nr. 3 do warunków grupowania – krótka podpowiedź widoczna w „dymku” po najechaniu myszą
-  Symbol **Zgon** oznacza, że pacjent zmarł.
-  Symbol **Zamiany Lokalizacji Grupy** oznacza, że dana grupa JGP jest prawidłowa dla innego pobytu/oddziału.
-  Symbol **Blokady JGP** oznaczam, że na danym oddziale nie można rozliczać JGP.
-  Symbol **Wykluczenia Grupy** oznacza, że dana grupa JGP została odrzucona przez umowie (na tym oddziale).
-  Symbol **Lupy** oznacza użycie nieprawidłowych danych medycznych; należy ten przypadek poddać szczegółowej analizie.
-  Symbol **Niezgodności Grupera** oznacza, że nie znaleziono pasującej wersji grupera dla podanej daty wypisu.
-  Symbol ten pojawia się w przypadku braku świadczeń innych niż JGP i sygnalizuje prawdopodobieństwo wystąpienia dodatkowych pkt. za takie świadczenia na poziomie >15%. Prawdopodobieństwo wystąpienia pkt. liczone jest na podstawie grupy JGP rozliczeniowej lub rozpoznania głównego jeśli nie występuje prawidłowa grupa.
-  Symbol ten pojawia się w przypadku braku świadczeń innych niż JGP i sygnalizuje prawdopodobieństwo wystąpienia dodatkowych pkt.

za takie świadczenia na poziomie >5% i <15%. Prawdopodobieństwo wystąpienia pkt. liczone jest na podstawie grupy JGP rozliczeniowej lub rozpoznania głównego jeśli nie występuje prawidłowa grupa.

III Część statystyczna

Cześć statystyczna ma na celu zapoznanie użytkowników z efektywnością leczenia określonych przypadków. Przypadki grupowane są według diagnozy głównej. Całość tej części podzielona jest na sekcje tematyczne zgodnie z klasyfikacją ICD10.

Sekcje są oznaczane napisem na błękitnym tle. Ryc. 5

Statystyki						
Rozpoznanie główne ICD-10	Średnia pobytu		Średnia taryfa		Epizodów	Łączna rozbieżność ze średnią dni
	zestawu dni	ogólna dni	zestawu pkt./dzień	ogólna pkt./dzień		
Choroby zakaźne i pasożytnicze						
B18	2 ↑	7	6,4	6,6	47	238
Nowotwory						
C25	23 ↓	15	7,5	7,0	9	-78
C71	20 ↓	14	8,9	10,4	10	-61
C54	17 ↓	10	11,4 ↑	6,7	8	-55
C78	25 ↓	12	2,8 ↓	8,1	3	-39
C18	19 ↓	11	5,1 ↓	7,6	5	-39
C48	26 ↓	12	5,0	4,7	2	-28
C23	15 ↓	6	3,3	5,2	2	-18
C56	11	10	15,1 ↑	7,3	11	-13
C24	18	16	6,7	5,7	3	-7
C72	19 ↓	12	11,7 ↑	8,9	1	-7
C22	11	9	3,2 ↓	7,0	3	-6

Ryc. 5

Znaczenie poszczególnych kolumn:

- **Rozpoznanie główne** – zawiera kod rozpoznania głównego w/g ICD 10
- **Średnia pobytu**
 - **Zestawu/dni** – oznacza średni czas hospitalizacji przypadków z daną diagnozą główną **w analizowanym szpitalu**
 - **Ogólna/dni** – oznacza średni czas hospitalizacji przypadków z daną diagnozą **w Polsce**
- **Średnia taryfa**
 - **Zestawu pkt./dzień** – oznacza średnią ilość punktów uzyskiwaną **w analizowanym szpitalu** za przypadki z tą samą diagnozą główną (przypadki mogą mieć różne grupy JGP)
 - **Zestawu pkt./dzień** – oznacza średnią ilość punktów uzyskiwaną **w Polsce** za przypadki z tą samą diagnozą główną (przypadki mogą mieć różne grupy JGP)

- **Epizodów** – oznacza liczbę przypadków z tą samą diagnozą w analizowanym okresie
- **Łączna rozbieżność ze średnią dni** – oznacza sumaryczną liczbę, którą szpital zyskał lub stracił lecząc przypadki dłużej lub krócej niż średnio w Polsce

Symbole graficzne:



Zielona strzałka skierowana w górę

- w kolumnie Średnia Pobytu zestawu/dni oznacza czas hospitalizacji krótszy od średniej krajowej, czyli **lepszy** dla szpitala, mniejsze koszty!
- W kolumnie Średnia Taryfa zestawu pkt/dzień oznacza liczbę punktów większą od średniej krajowej, czyli **lepszy** wynik dla szpitala – większy przychód



Pomarańczowa strzałka skierowana w dół

- w kolumnie Średnia Pobytu zestawu/dni oznacza czas hospitalizacji dłuższy od średniej krajowej, czyli **gorszy** dla szpitala - większe koszty!
- W kolumnie Średnia Taryfa zestawu pkt/dzień oznacza liczbę punktów mniejszą od średniej krajowej, czyli **gorszy** wynik dla szpitala – mniejszy przychód

Analiza kombinacji strzałek dla danej diagnozy pozwala zrozumieć efektywność szpitala w leczeniu danej jednostki chorobowej w porównaniu do wyników konkurencji (np. leczymy krócej ale mało intensywnie i nasze przypadki trafiają w niższe grupy, tym samym dostajemy mniej pieniędzy za każdy dzień leczenia, a jeśli uzyskane punkty nie równoważą dziennego kosztu pacjenta to szpital mimo krótkiej hospitalizacji traci. I odwrotnie: może nasi pacjenci leżą dłużej ale leczymy intensywnie i dostajemy dużo punktów za każdy dzień i te długie hospitalizacje mogą być dla nas opłacalne, itd.)

Wersja dokumentu.

Analiza i wynikający z niej raport są cały czas rozszerzane i udoskonalane. Powyższe omówienie dotyczy wersji nr 3 z 01 grudnia 2008. Dodano opis siedmiu symboli graficznych, zmieniono zrzuty ekranów i opisy kolumn:

- tabeli zbiorczej na str. 3
- tabeli szczegółowej na str. 5

Rozszerzono opis części zbiorczej o dodatkowe tabele i dane.