

Реализация реформы финансирования здравоохранения:

Оплата стационарной помощи: система диагностически связанных групп в Германии

Дипломированный инженер Александр Гейсслер

Научный сотрудник

Факультет управления здравоохранением

Берлинский технологический университет

Центр сотрудничества по системам здравоохранения, исследований и
управления ВОЗ

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения



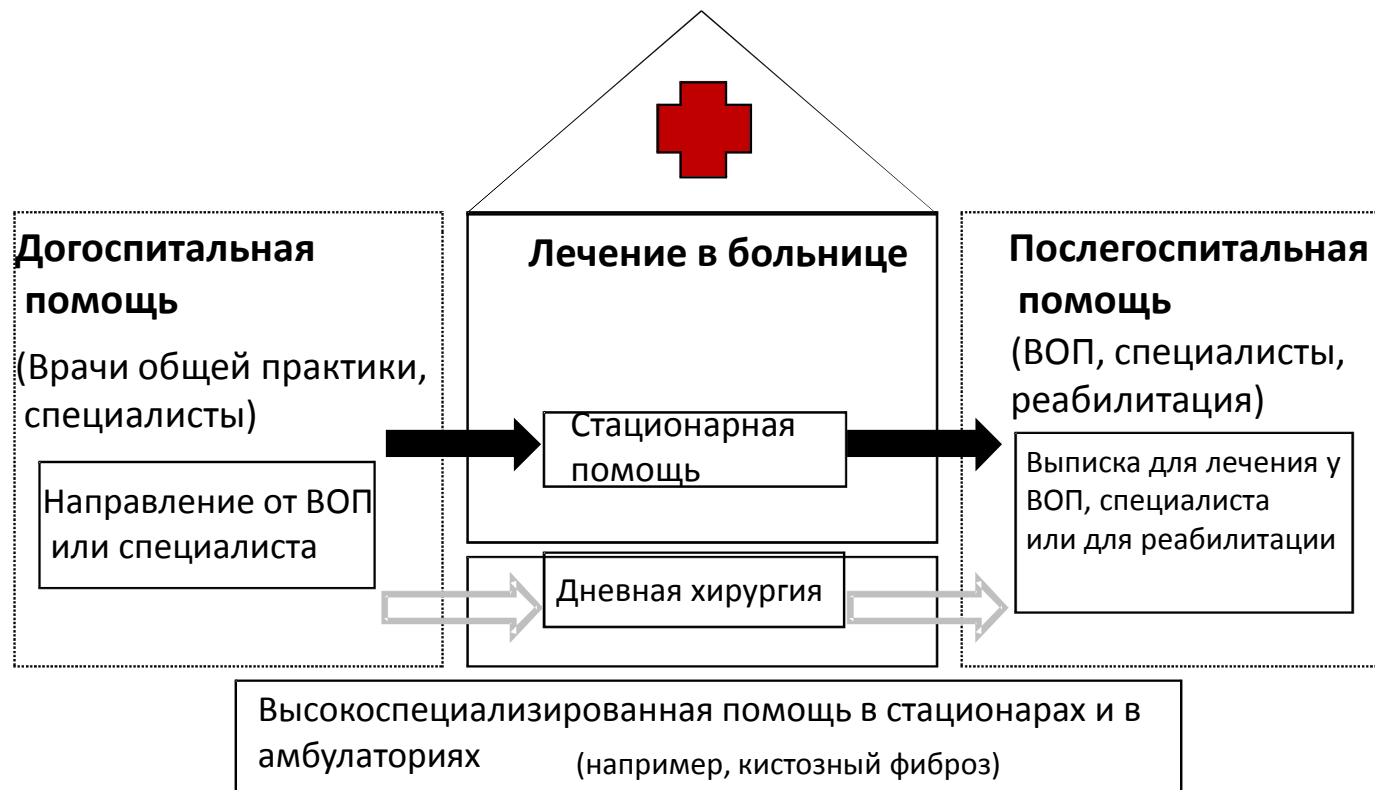
- 1) Ситуация со стационарной помощью в Германии
- 2) Немецкая система диагностически связанных групп (ДСГ)
- 3) Оценка системы
- 4) Будущие тенденции и вызовы

Ситуация со стационарной помощью в Германии

Данные по стационарам (данные за 2007 г.)

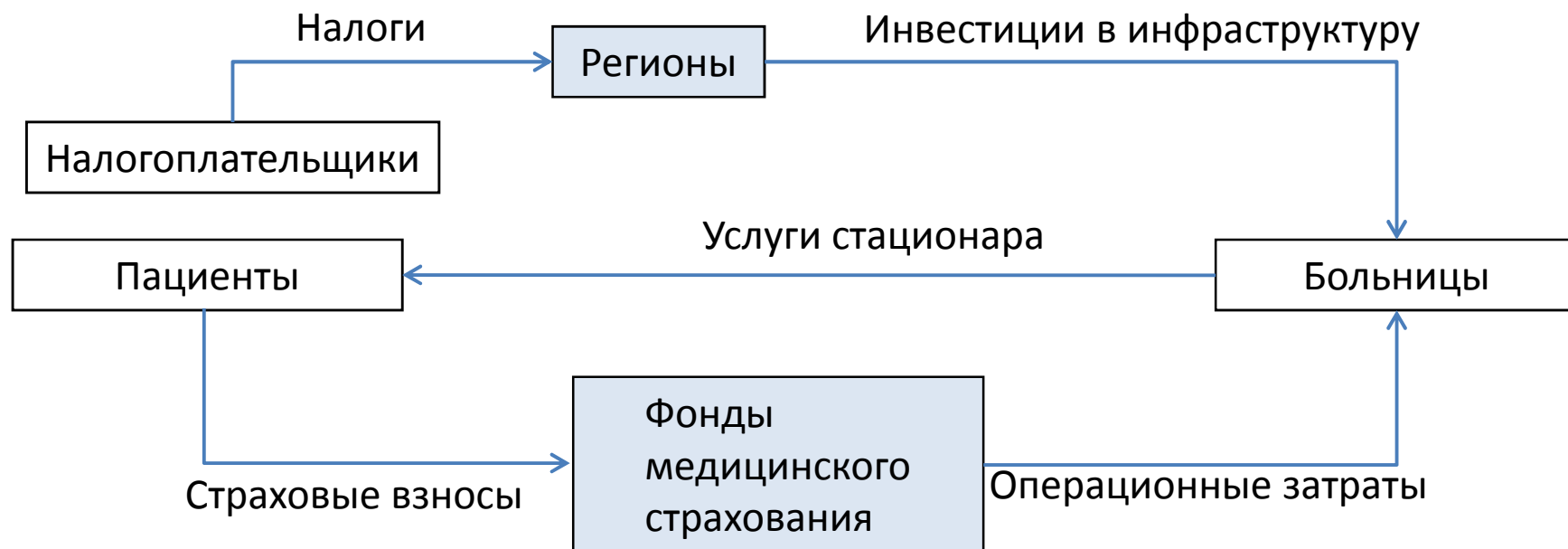
Размер и вид собственности	Больницы, всего	Больничные койки	Больничные койки на 100000 нас.	Занятость койки	Пролеченные больные	Пролеченные больные на 100000 населения	Средняя продолжит. пребывания*
	К-во (Доля в %)	К-во (Доля %)	К-во	[%]	К-во	К-во	Дней
Кочный фонд в стационаре	2 087 (100)	506 954 (100)	616	77.2	17 178 573	20 883	8.3
< 49	407	7 572	9	64.9	210 028	255	8.5
50 - 99	264	19 354	24	73.3	529 579	644	9.8
100 - 149	302	36 995	45	74.2	1 108 285	1 347	9.0
150 - 199	208	35 903	44	74.8	1 179 137	1 433	8.3
200 - 299	326	79 578	97	76.1	2 612 288	3 176	8.5
300 - 399	203	69 613	85	77.4	2 361 352	2 871	8.3
400 - 499	131	58 258	71	77.6	1 953 598	2 375	8.4
500 - 599	96	52 545	64	77.1	1 870 325	2 274	7.9
600 - 799	64	43 654	53	78.8	1 564 800	1 902	8.0
> 800	86	103 482	126	80.7	3 789 184	4 606	8.0
Государственные больницы	677 (32.4)	250 345 (49.4)	304	78.9	8 697 755	10 573	8.3
В соответствии с частным правом	380	133 957	163	77.5	4 804 914	5 841	7.9
В соответствии с общим правом	297	116 388	141	80.5	3 892 841	4 732	8.8
-юридически зависимые	161	54 319	66	79.5	1 755 576	2 134	9.0
- юридически независимые	136	62 069	75	81.4	2 137 266	2 598	8.6
Некоммерческие больницы	790 (37.9)	177 632 (35.0)	216	75.3	5 970 324	7 258	8.2
Частные больницы	620 (29.7)	78 977 (15.6)	96	76.2	2 510 494	3 052	8.7

Деятельность и услуги стационаров



Финансирование стационаров и планирование коечного фонда и ресурсов

- Финансирование основано на принципе взаимодополняемости с момента принятия закона о финансировании стационаров (KHG) в 1972 г.
- Коечный фонд и ресурсы планируются правительствами регионов на основе так называемых “планов потребности в стационарной помощи”

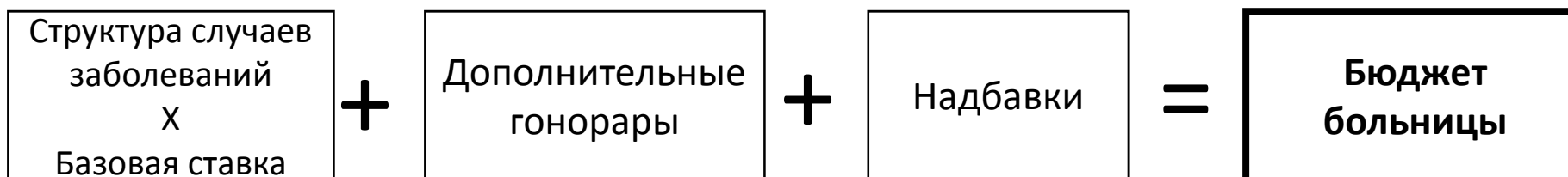


Инвестиции в инфраструктуру

- Для создания **долгосрочных** инфраструктурных активов каждая больница должна подавать заявление на получение отдельного гранта
- Могут предоставляться фиксированные гранты для создания **краткосрочных активов** (срок службы 3–15 лет)
- На практике, инвестиции в создание больничной инфраструктуры определяются бюджетной ситуацией в регионах и политическими факторами

Операционные затраты

- Фонды медицинского страхования ежегодно проводят переговоры с каждой «включенной в план» больницей по бюджетам, рассчитываемым на основе диагностически связанных групп



- **Корректировка при превышении бюджета (больница возвращает средства):**
 - 65 % (стандартные ДСГ), 25 % (лекарства, медицинские, ДСГ по множественным травмам, по ожогам),
Переговоры по трудно прогнозируемым ДСГ
- **Корректировка при экономии бюджета (больница получает компенсацию):**
 - 20% (стандартные ДСГ)

- 1) Ситуация со стационарной помощью в Германии
- 2) **Немецкая система диагностически связанных групп (ДСГ)**
- 3) Оценка системы
- 4) Будущие тенденции и вызовы

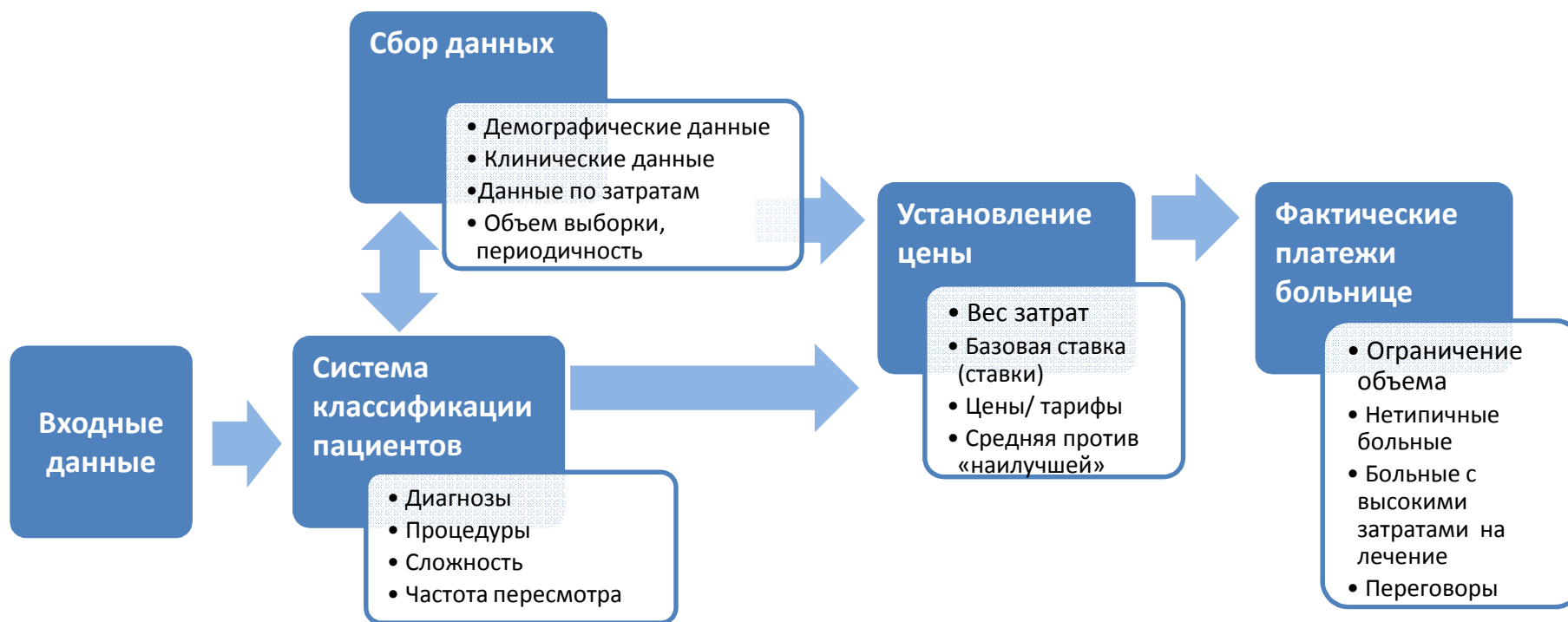
Цели внедрения ДСГ в Германии

- Содействие точной и прозрачной оценке структуры случаев заболеваний и уровня услуг, предоставляемых больницами
- Достижение более разумного и справедливого распределения ресурсов на основе использования ДСГ вместо оплаты за койко-день
- Повышение эффективности и качества предоставления услуг благодаря улучшению документального оформления внутренних процессов и повышению управленческого потенциала
- Сдерживание роста затрат за счет сокращения длительности пребывания в стационаре и коечного фонда

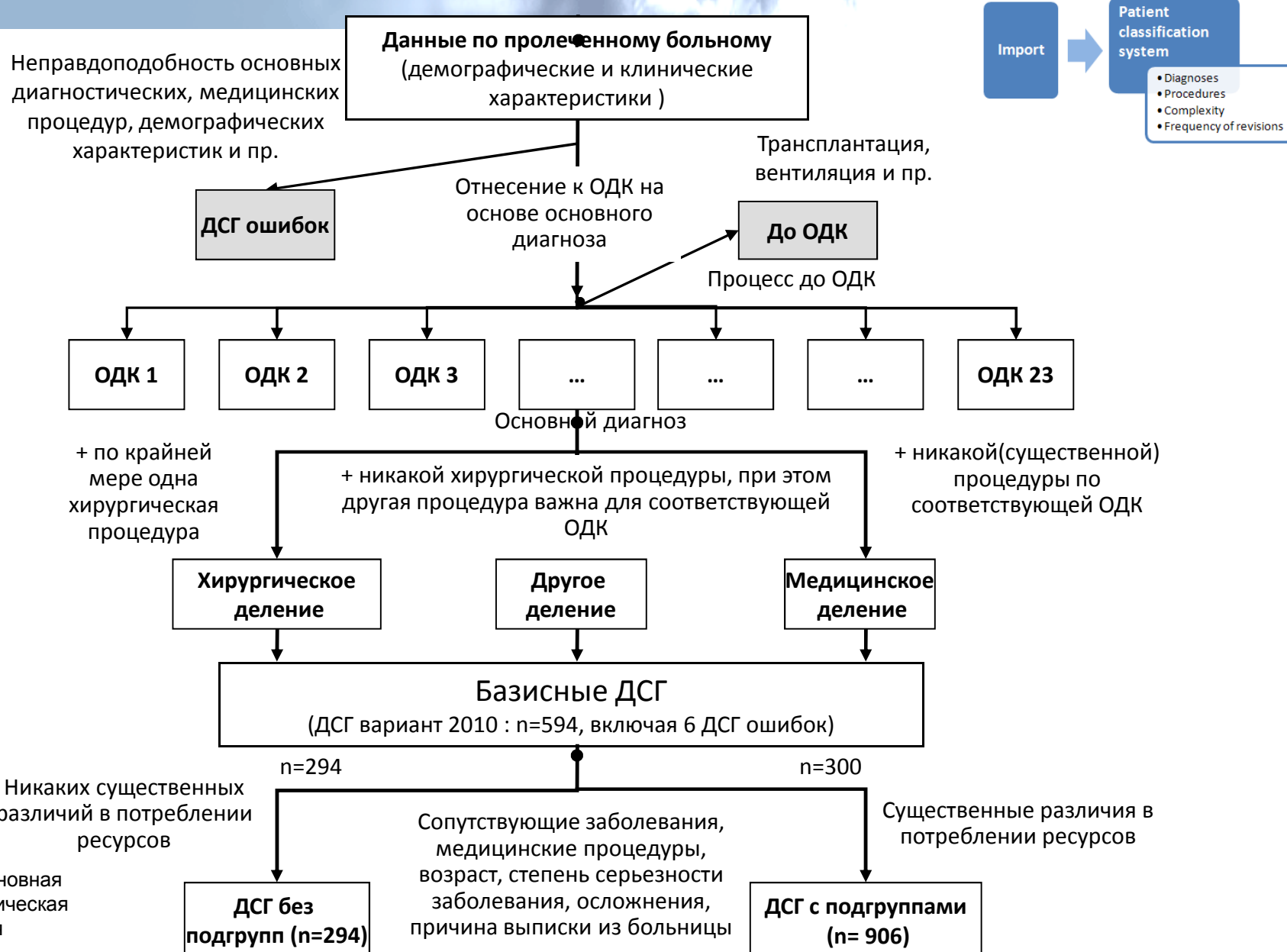
Задачи и стороны, заинтересованные в развитии системы ДСГ

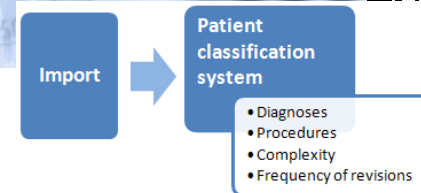


Элементы системы ДСГ



Система ДСГ стала основой для дальнейшего саморазвития





Развитие в динамике

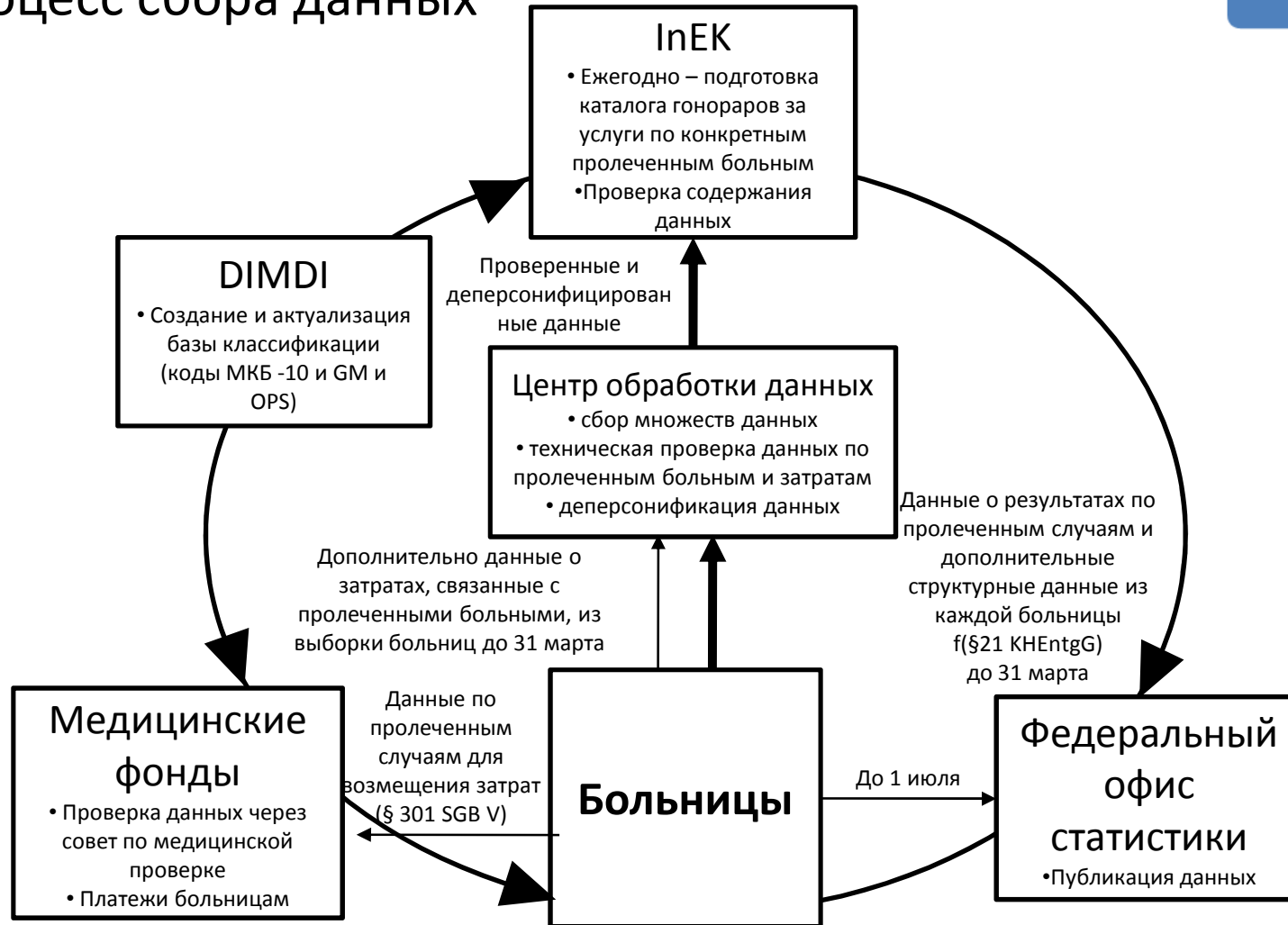
- Повышение точности благодаря увеличению числа весовых коэффициентов стоимости
- Со временем стала лучше отражаться стоимость лечения

Код	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Всего ДСГ	664	824	878	954	1082	1137	1192	1200
Всего ДСГ, стационар	664	824	878	952	1077	1132	1187	1195
- оцененные	642	806	845	912	1035	1089	1146	1154
- не оцененные	22	18	33	40	42	43	41	41
диапазон весов стоимости: мин-макс (округленные)	0.12 - 29.71	0.11 - 48.27	0.12 - 57.63	0.12 - 65.70	0.11 - 64.90	0.11 - 68.97	0.12 - 78.47	0.13 - 73.76
Всего ДСГ, дневной стационар	0	0	0	2	5	5	5	5
- оцененные	0	0	0	1	1	1	1	1
- не оцененные	0	0	0	1	4	4	4	4
Дополнительные гонорары	0	26	71	83	105	115	127	143
- оцененные	0	1	35	41	59	64	74	81
- не оцененные	0	25	36	42	46	51	53	62

Процесс сбора данных

Data collection

- Demographic data
- Clinical data
- Cost data
- Sample size, regularity



Data collection

- Demographic data
- Clinical data
- Cost data
- Sample size, regularity

Информация по стоимости для расчета весовых коэффициентов затрат

Год	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Больницы, участвующие в сборе данных о затратах	125	144	148	214	263	249	251	253
- исключено из-за качества данных	9	0	0	0	38	28	33	28
- фактическое число	116	144	148	214	225	221	218	225
- включая университетские больницы	0	12	10	9	10	8	10	10
- число пролеченных больных для проведения расчетов	633 577	2 825 650	2 909 784	3 531 760	4 239 365	3 900 098	4 377 021	4 539 763
- число пролеченных больных после проверки данных	494 325	2 395 410	2 283 874	2 851 819	2 863 115	2 811 669	3 075 378	3 257 497
R ² всех пролеченных больных	0.4556	0.5577	0.6388	0.6805	0.7072	0.7209	0.744	0.7443
R ² данных, удовлетворяющих модели (не-выбросов)	0.6211	0.7022	0.7796	0.7884	0.8049	0.8166	0.8345	0.843

Data collection

- Demographic data
- Clinical data
- Cost data
- Sample size, regularity

Определение микро-затрат снизу-вверх

Обычный подход к определению затрат по (добровольной) выборке из больниц по всей Германии

→ Пример: ДСГ Ю3А
(замена тазобедренного сустава без осложнений)

Вес: 4,192

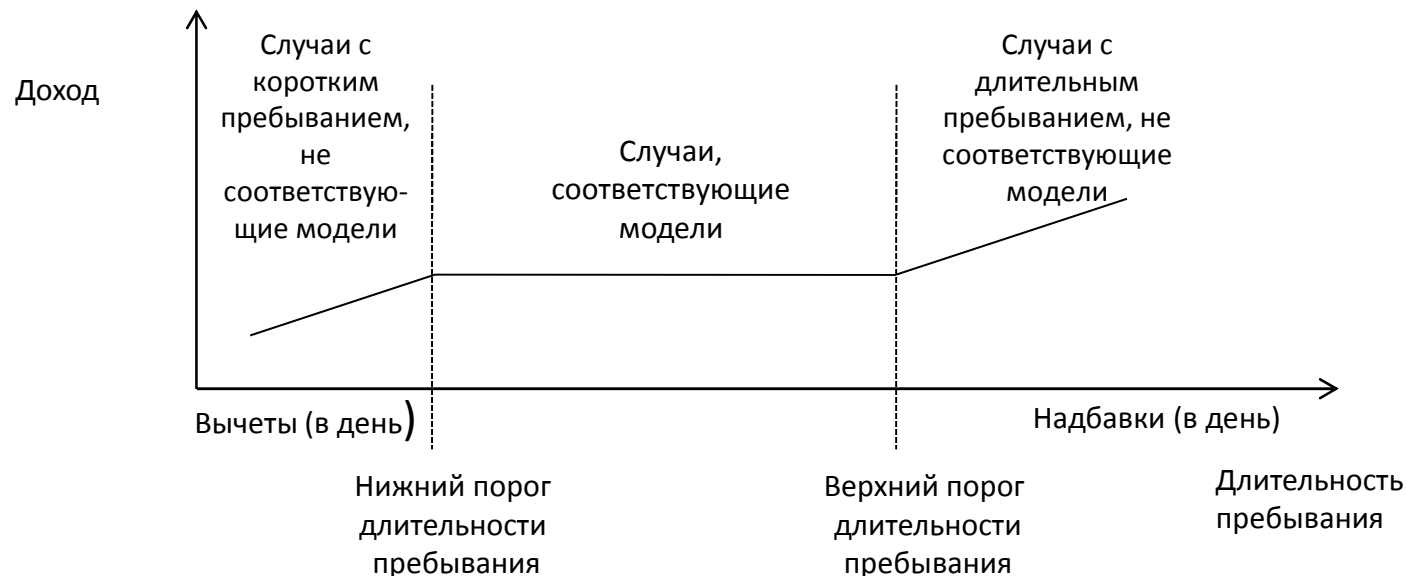
		Группы компонентов затрат										
		1: трудовые затраты: Другой медицинский персонал	2: трудовые затраты: медсестры	3: трудовые затраты: административный и технический персонал	4a: затраты на лекарства	4b: затраты на лекарства (индивидуальные затраты/ фактическое потребление)	5: затраты на имплантаты и ткани	6a: затраты на материалы (без лекарств, имплантатов и тканей)	6b: затраты на материалы (индивидуальные затраты/ фактическое потребление без лекарств, имплантатов и тканей)	7: затраты на медицинскую инфраструктуру	8: затраты на немедицинскую инфраструктуру	
		Трудовые ресурсы			Материалы				Инфраструктура		Всего [€]	
Группы по центрам затрат	01: Обычная палата	654	1744	80	156	41	---	131	19	371	1358	4554
	02: Отделение интенсивной терапии	152	360	10	45	11	---	60	1	64	179	881
	03: Отделение диализа	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0
Группы по центрам затрат	04: Операционная	623	---	401	23	32	1282	286	109	264	360	3380
	05: Анестезия	356	---	236	30	2	---	85	5	50	112	875
	06: Родильная палата	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0
	07: Кардиологическая диагностика/терапия	2	---	2	---	---	---	1	2	1	1	8
	08: Эндоскопическая диагностика/терапия	3	---	3	---	1	---	2	---	2	2	12
	09: Рентгенология	46	---	67	1	---	2	14	41	24	45	240
	10: Лаборатории	18	---	110	6	339	---	75	82	12	50	694
	11: Другие диагностические и терапевтические отделения	36	2	271	1	---	---	14	16	15	111	468
Всего [€]		1890	2106	1180	261	424	1283	669	276	803	2219	11112

Расчет весовых коэффициентов затрат

- Проводится расчет средних затрат всех пролеченных случаев, относимых к данным, удовлетворяющим модели («не-выбросам») в одной ДСГ
- Весовой коэффициент затрат по ДСГ рассчитывается делением средних затрат на ДСГ, относимых к «не-выбросам», на эталонную величину (например, средние затраты по всем пациентам в Германии)
- Вес = 1 → Средние затраты по всем пациентам в Германии

Price setting

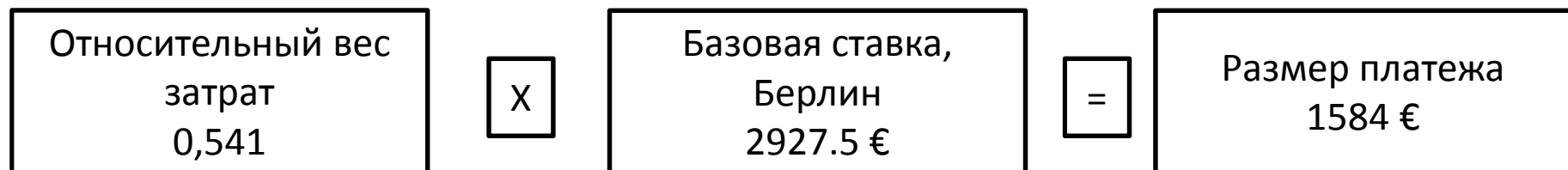
- Cost weights
- Base rate(s)
- Prices/ tariffs
- Average vs. "best"



Ставка платежей



- Пример оплаты: обычные роды без осложнений в Берлине в 2010 г.



Этапы внедрения

2000-2002 гг. 2003 - 2004 гг.

2005 - 2009 гг.

с 2010 г.

	2) Этап, нейтральный к бюджету	3) Этап сближения с базовыми ставками по всему региону	4) Обсуждение политики
1) Этап подготовки	<p>Ретроспективный бюджет (2003)</p> <p>↓</p> <p>Преобразования</p> <p>↓</p> <p>Бюджет по системе ДСГ (2004)</p>	<p>Базовая ставка, устанавливаемая для конкретной больницы</p>  <p>Базовая ставка для всего региона</p> <p>Базовая ставка, устанавливаемая для конкретной больницы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксированные или максимальные цены • Переговоры по выборочным или единым ценам • Обеспечение качества (корректировка) • Бюджетирование (объем услуг) • Бюджетирование по принципу многоканальности или одноканальности

Основные факты

- Центральная роль самоуправляемых органов
- Система, основанная на данных, актуализируемых ежегодно
- Детальный анализ затрат стационаров
- Десятилетний период внедрения

- 1) Ситуация со стационарной помощью в Германии
- 2) Немецкая система диагностически связанных групп (ДСГ)
- 3) Оценка системы
- 4) Будущие тенденции и вызовы

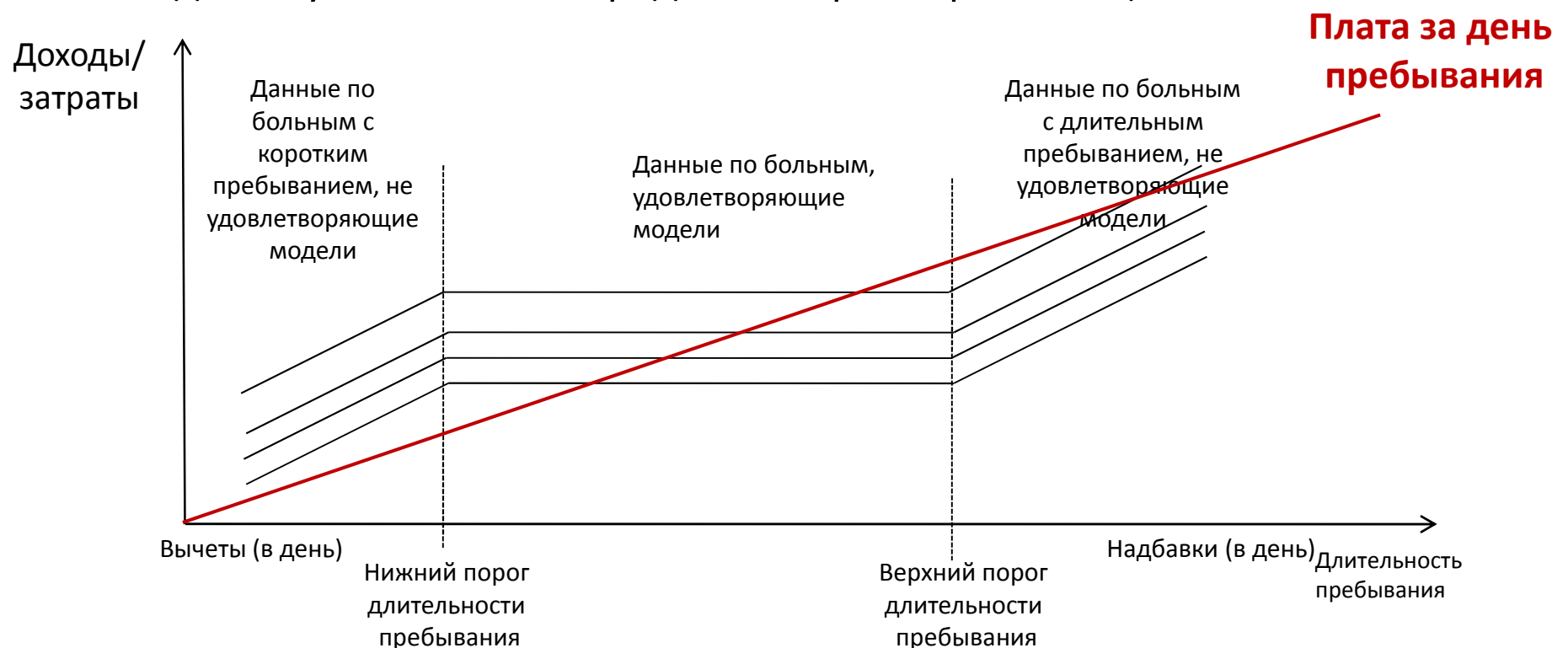
Официальная оценка была запланирована с момента внедрения системы ДСГ, но никогда не проводилась!

- Результаты научного исследования указывают на отсутствие отрицательного воздействия на качество медицинской помощи (Sens et al. 2009)
- Сильные и слабые стороны системы ДСГ:

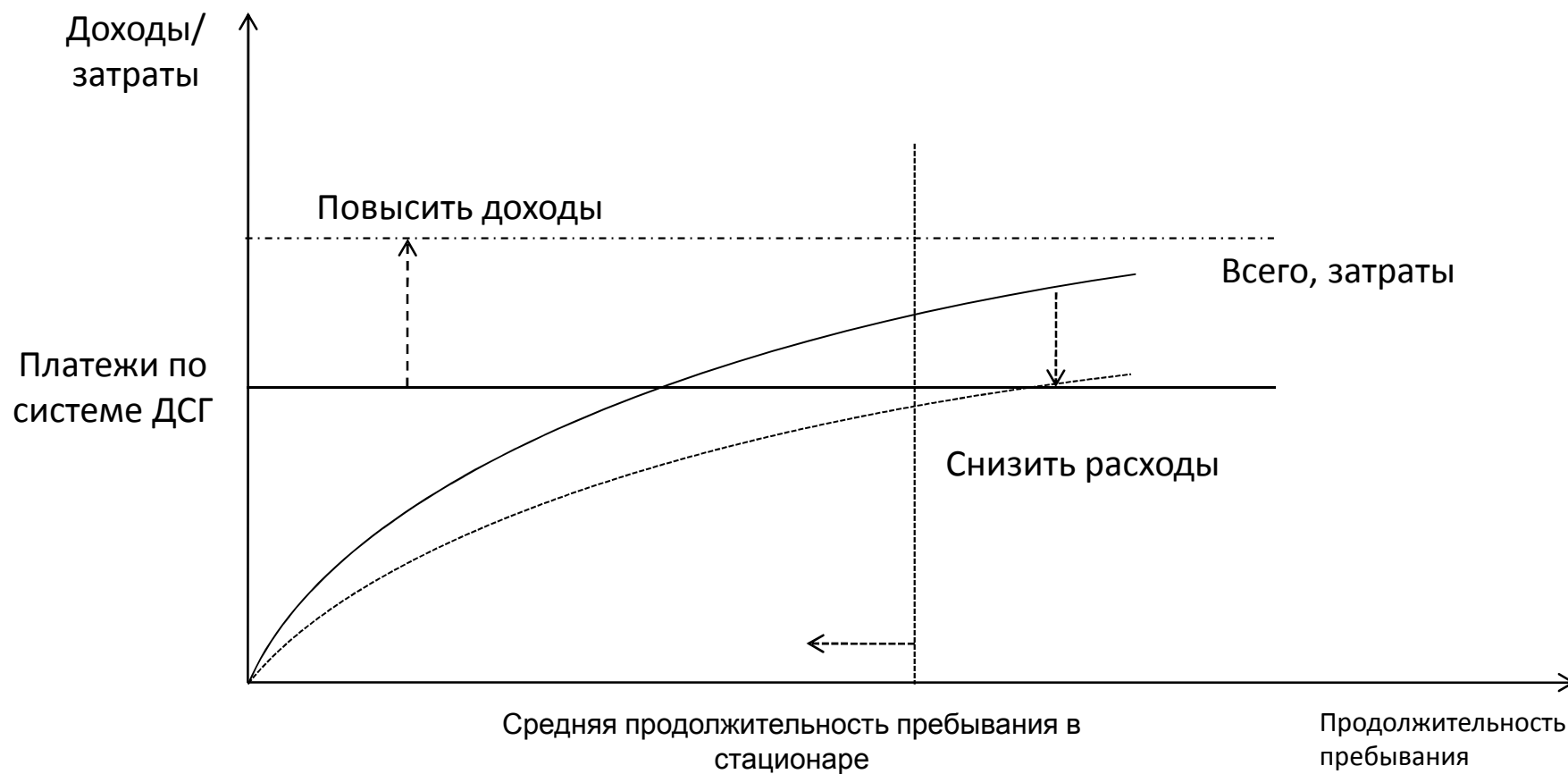
Сильные стороны	Слабые стороны
Прозрачность и документальное оформление	Нет корректировки для учета качества при возмещении затрат
Выполнение больницами установленных требований	Не отражается разница в цене ресурсов
Инструмент возмещения затрат	Единая система бухгалтерского учета, но нет полной выборки больниц
Точность	Повышение сложности в отношении ряда ДСГ

Изменения стимулов: оплата по системе ДСГ против оплаты за день пребывания в стационаре

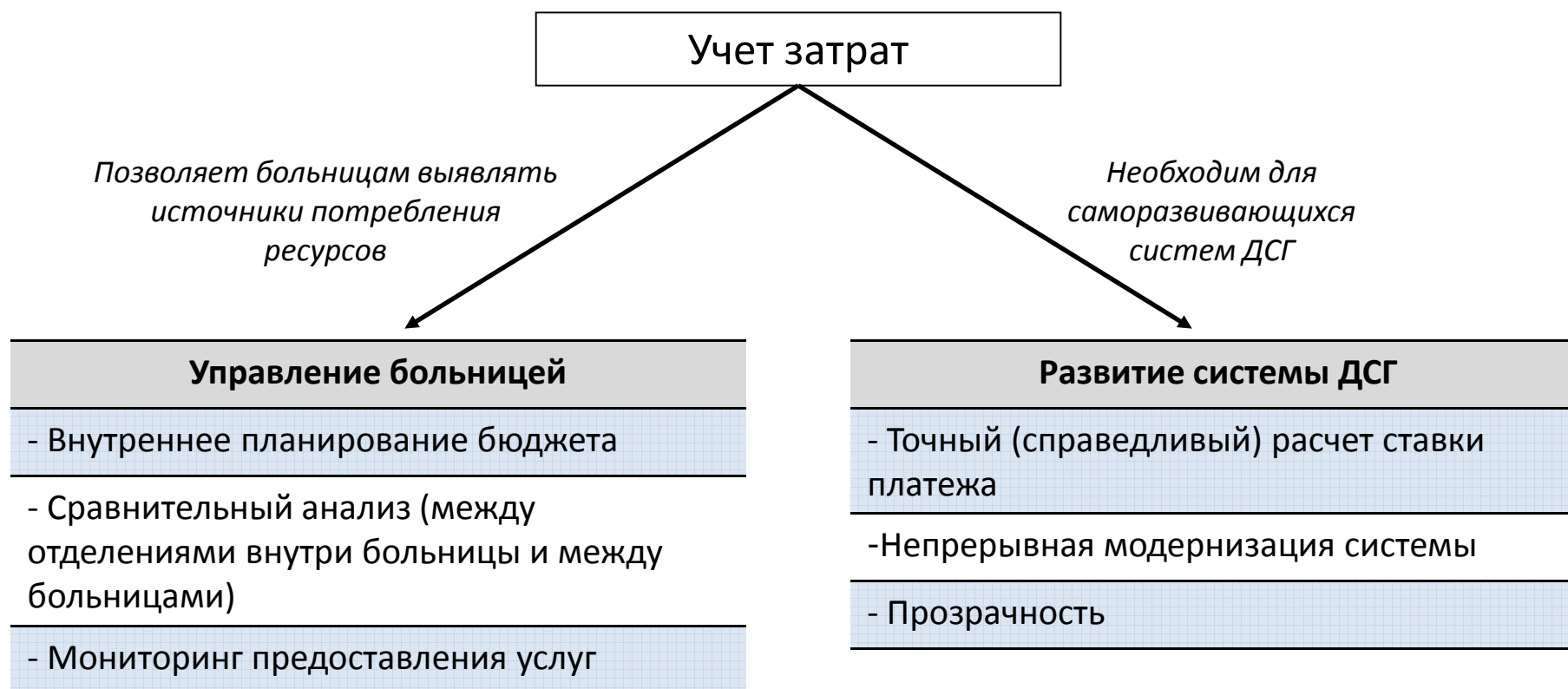
- Пациенты больше не являются «центрами доходов», они – центры «затрат»
- Каждый случай лечения: предельный размер возмещения



Варианты действий больниц для недопущения возникновения дефицита при оплате по системе ДСГ



Система ДСГ повысила эффективность учета затрат и наоборот



- 1) Ситуация со стационарной помощью в Германии
- 2) Немецкая система диагностически связанных групп (ДСГ)
- 3) Оценка системы
- 4) Будущие тенденции и вызовы

Внедрение системы ДСГ стало всего лишь первым шагом

Обеспечение качества (корректировка тарифа):

- Элементы оплаты по результатам в целом согласуются сразу же после создания системы измерения качества
- Уже возможно, но работа не проводится: отсутствие оплаты, если результаты не достигнуты, присутствует на маркере госпитализации

Фиксированные или максимальные тарифы (переговоры по индивидуальным тарифам или единым тарифам):

- В случае максимальных тарифов фонды медицинского страхования должны уметь вести переговоры по индивидуальным тарифам для систем высокоспециализированного, факультативного и интегрированного лечения
- Это может привести к возникновению проблем с ценой при игнорировании качества

Внедрение системы ДСГ стало всего лишь первым шагом

Двухканальная или одноканальная система финансирования инвестиций:

- Временной разрыв между осуществлением инвестиций и их окупаемостью (инвестиционный лаг) из-за государственного долга
- Предположение, согласно которому одноканальная система финансирования облегчит планирование инвестиций за счет инвестиционной надбавки к каждой ДСГ

Большое спасибо за внимание!

Все слайды размещены на вебстранице:
www.mig.tu-berlin.de