

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

European
Observatory
on Health Systems and Policies



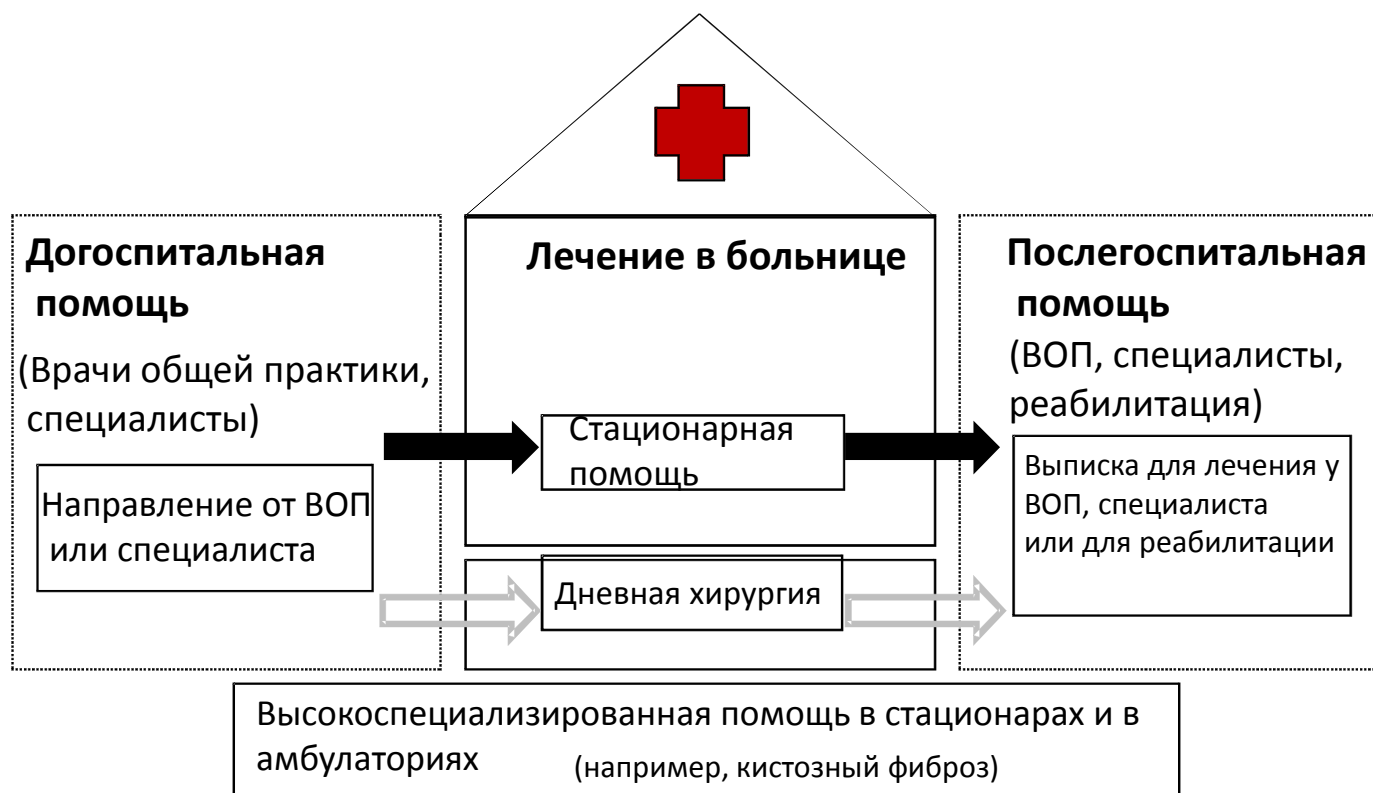
- 1) Ситуация со стационарной помощью в Германии
- 2) Немецкая система диагностически связанных групп (ДСГ)
- 3) Оценка системы
- 4) Будущие тенденции и вызовы

Ситуация со стационарной помощью в Германии

Данные по стационарам (данные за 2007 г.)

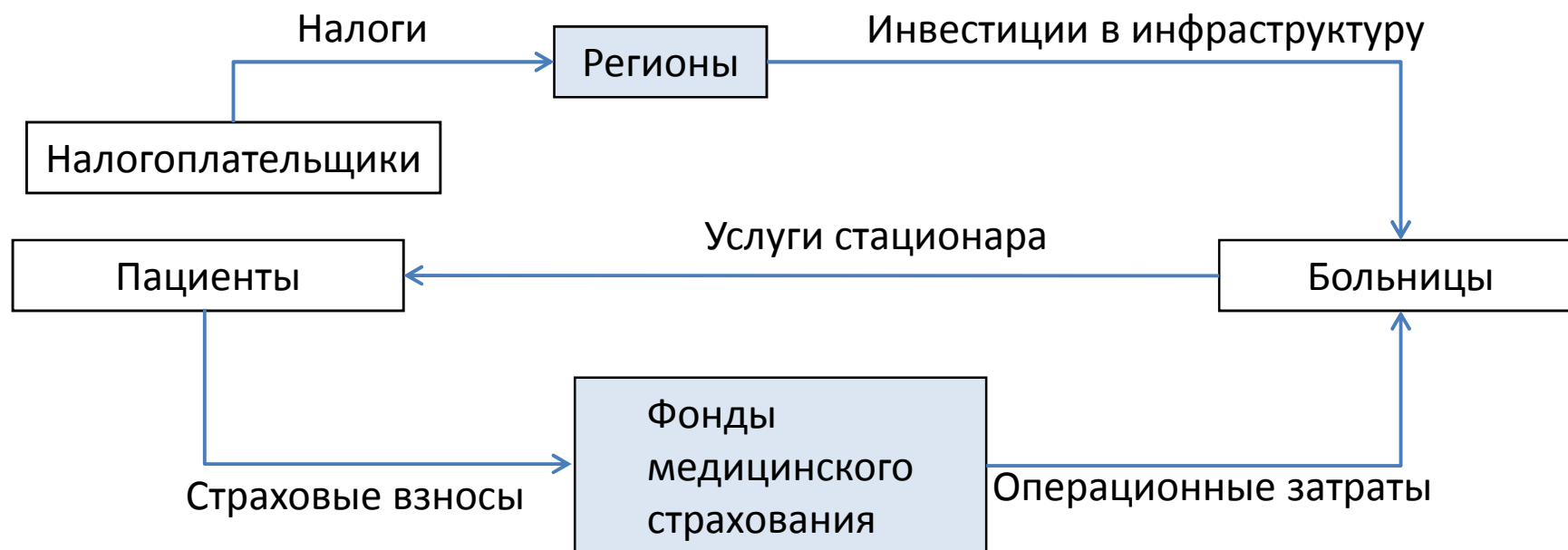
| Размер и вид собственности | Больницы, всего | Больничные койки | Больничные койки на 100000 нас. | Занятость койки | Пролеженные больные | Пролеженные больные на 100000 населения | Средняя продолжит. пребывания* |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---|--------------------------------|
| | 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”

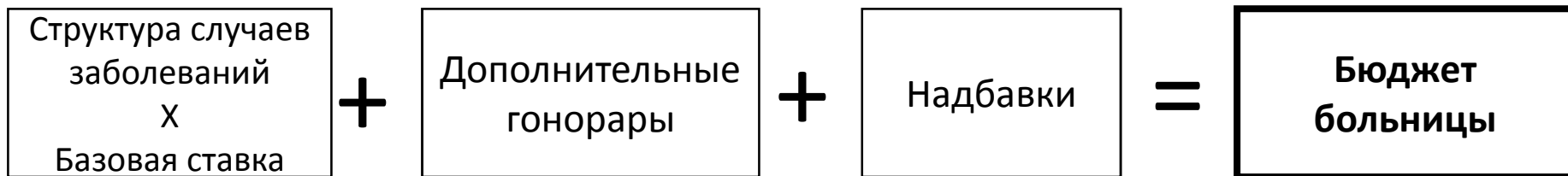


Инвестиции в инфраструктуру

- 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

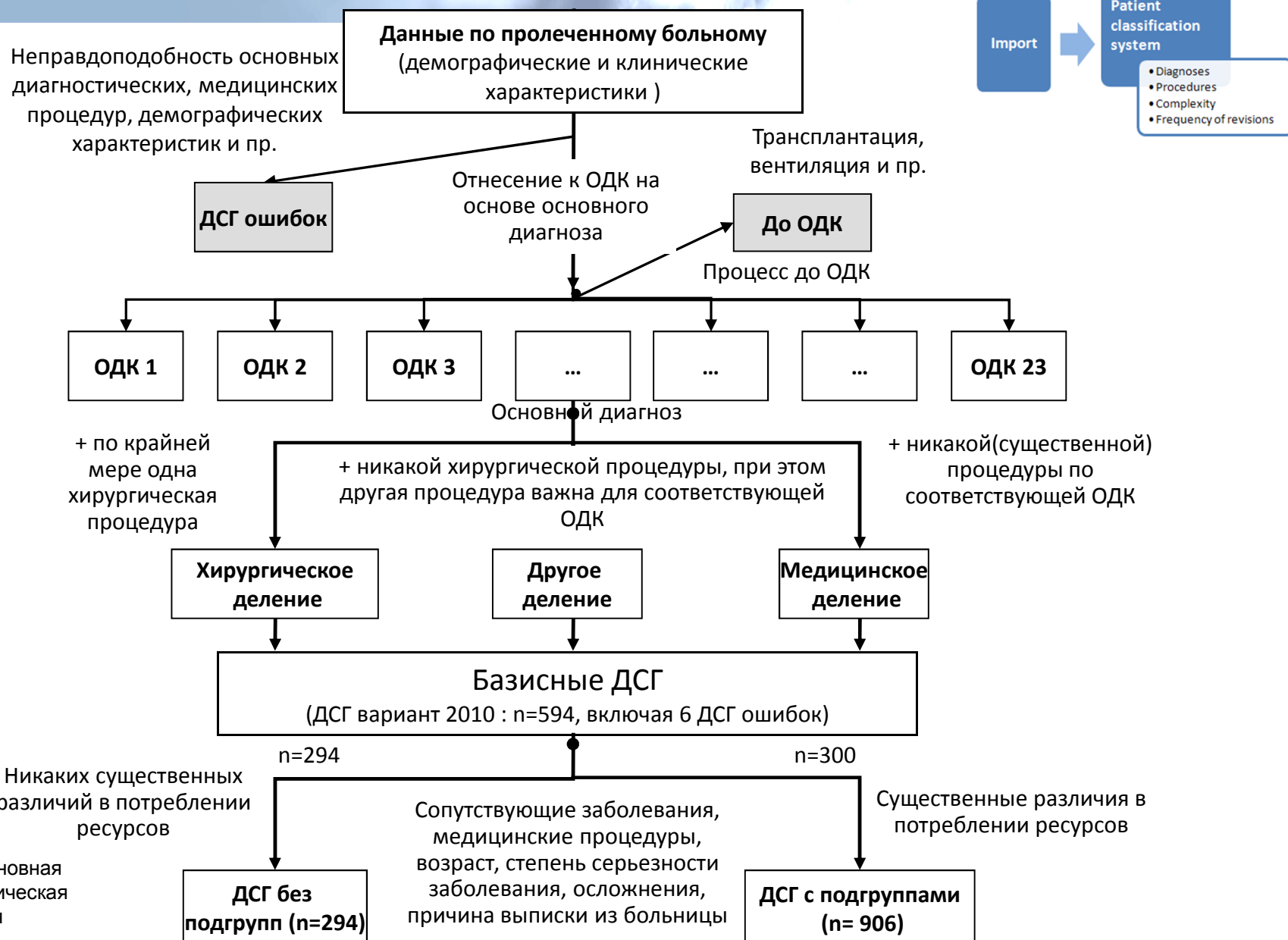
Задачи и стороны, заинтересованные в развитии системы ДСГ

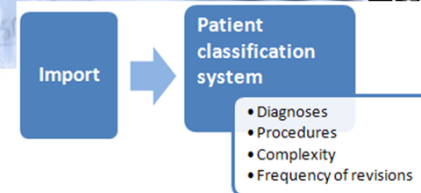


Элементы системы ДСГ



Система ДСГ стала основой для дальнейшего саморазвития





Развитие в динамике

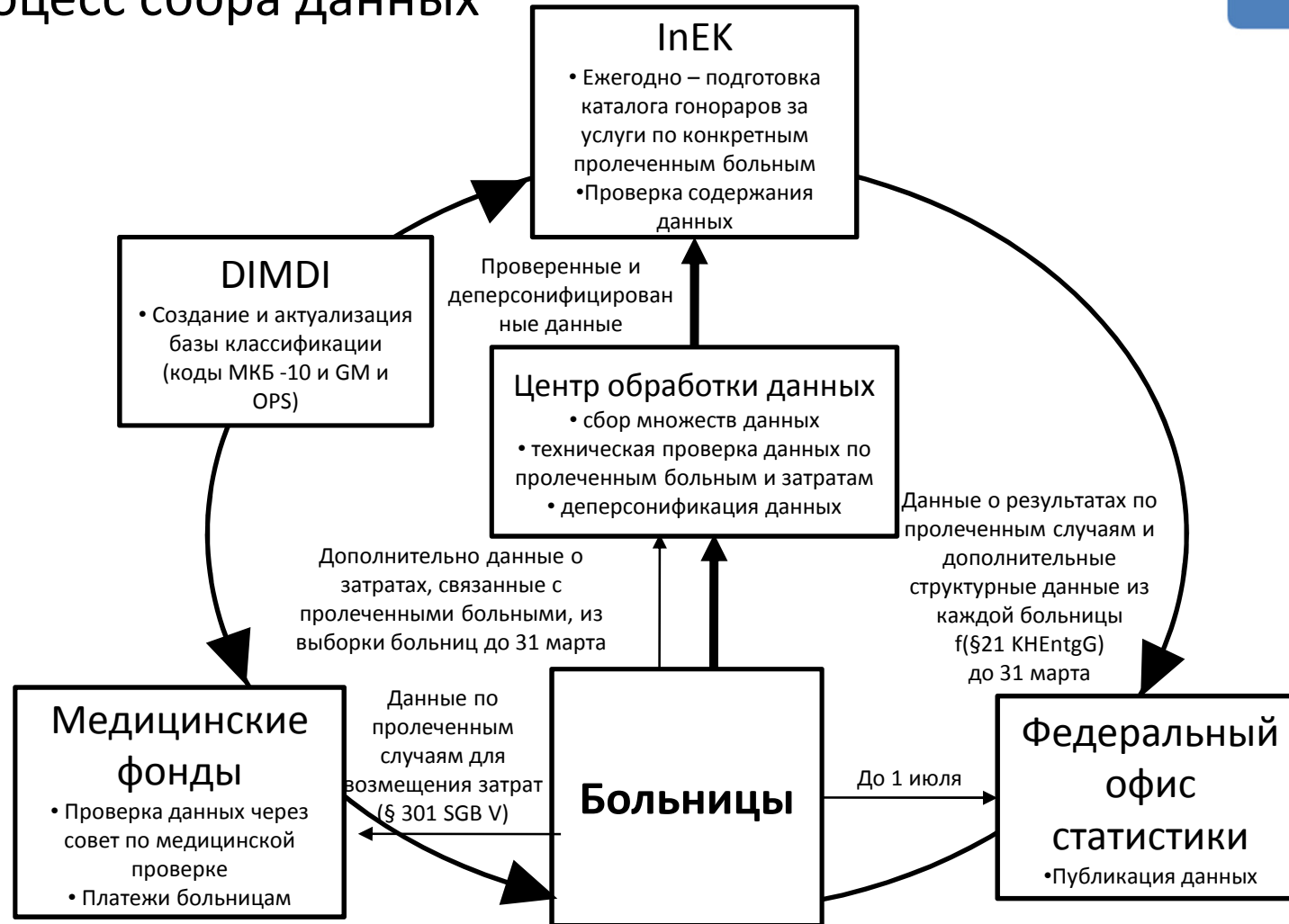
- Повышение точности благодаря увеличению числа весовых коэффициентов стоимости
- Со временем стала лучше отражаться стоимость лечения

| 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

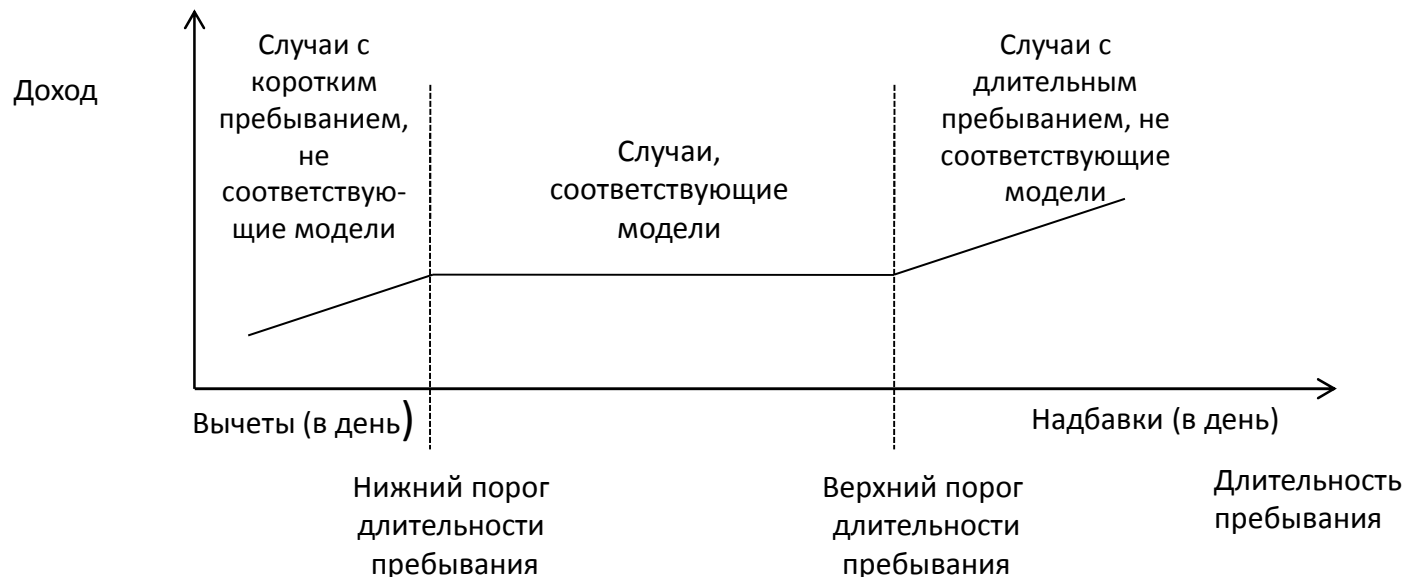
| | | Группы компонентов затрат | | | | | | | | | | Всего [€] |
|--------------------------|--|--|--------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|---|---|--|--|--------------|
| | | 1: трудовые затраты: Другой медицинский персонал | 2: трудовые затраты: 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 | | | |
| 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 |

Price setting

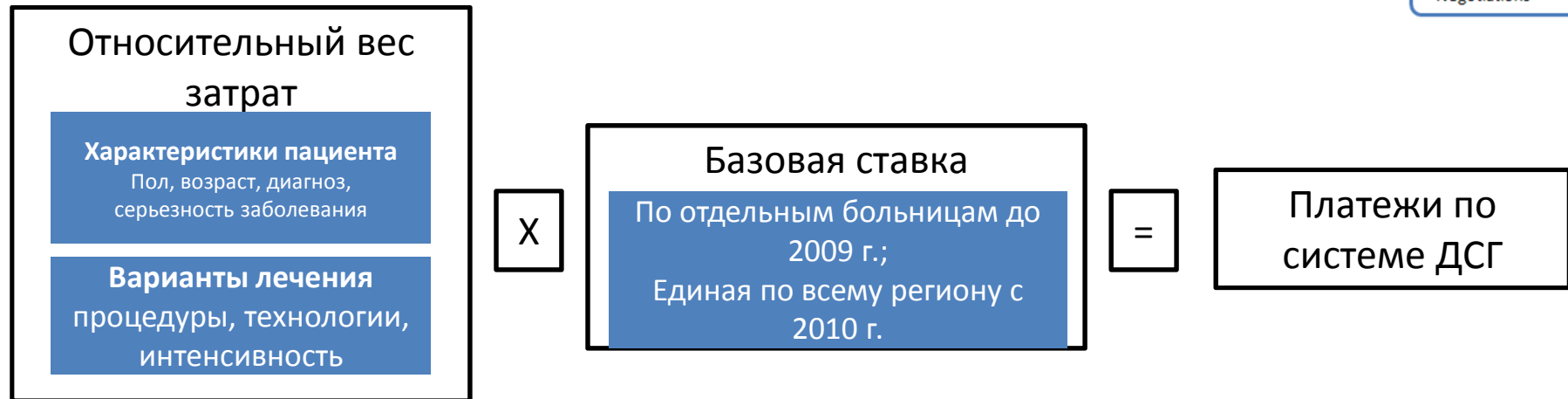
- Cost weights
- Base rate(s)
- Prices/ tariffs
- Average vs. "best"

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



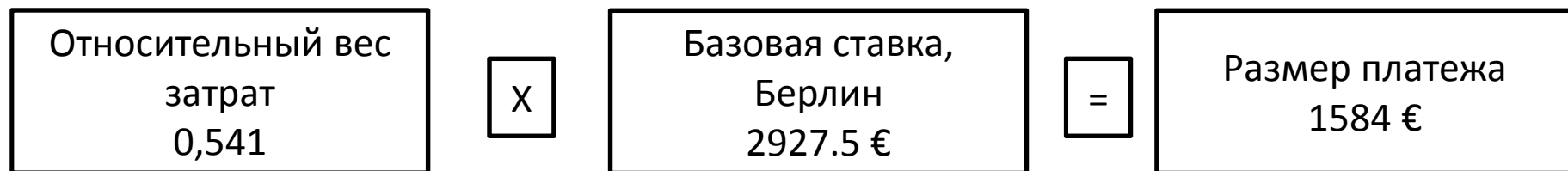
Ставка платежей



Actual hospital payment

- Volume limits
- Outliers
- High cost cases
- Negotiations

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

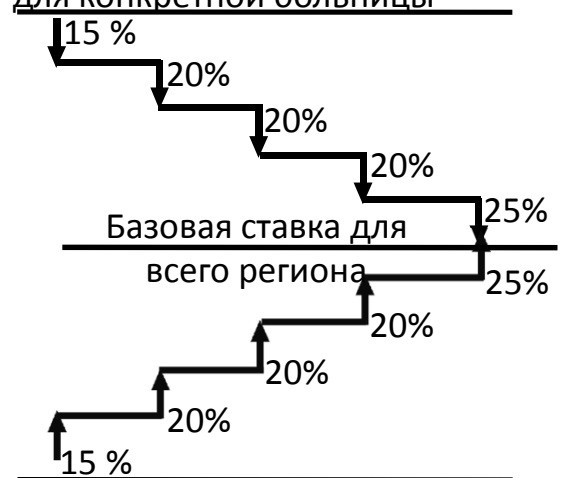


Этапы внедрения

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 style="text-align: center;">↓</p> <p>Преобразования</p> <p style="text-align: center;">↓</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

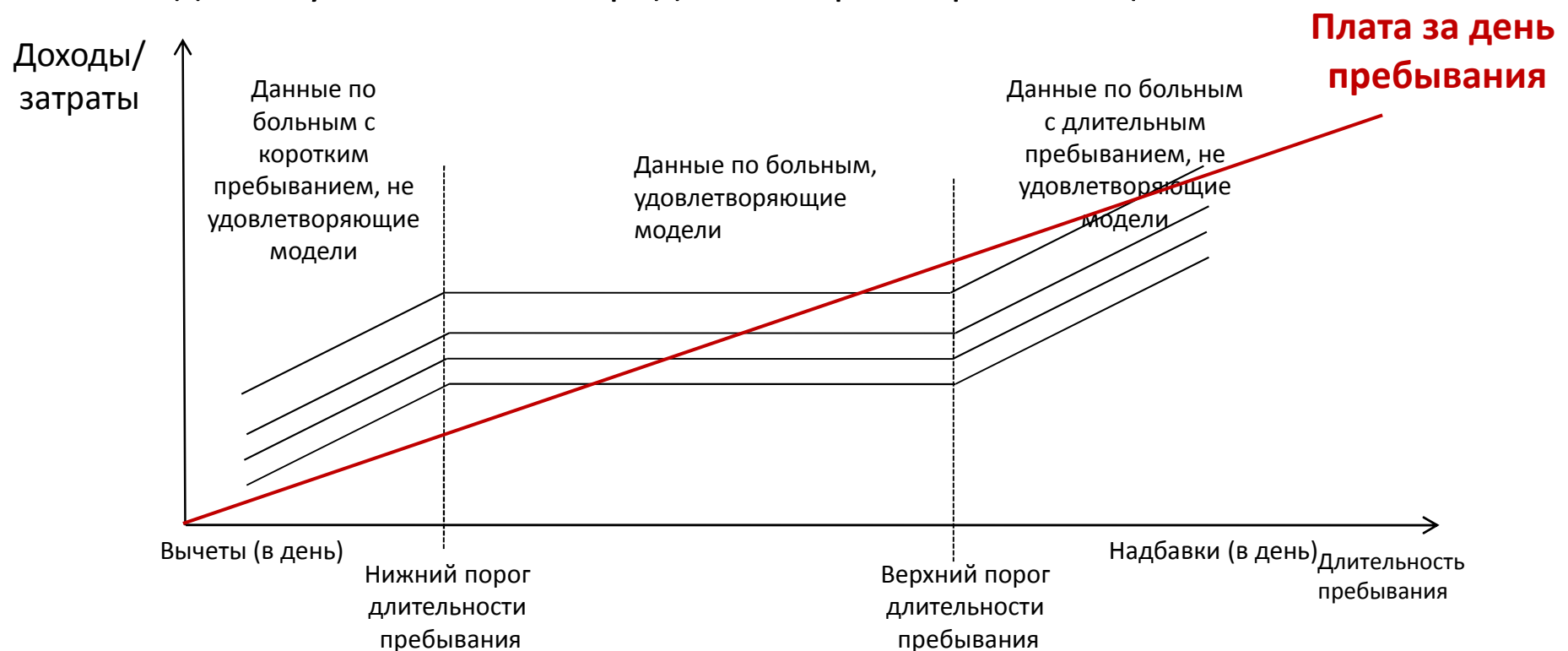
Официальная оценка была запланирована с момента внедрения системы ДСГ, но никогда не проводилась!

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

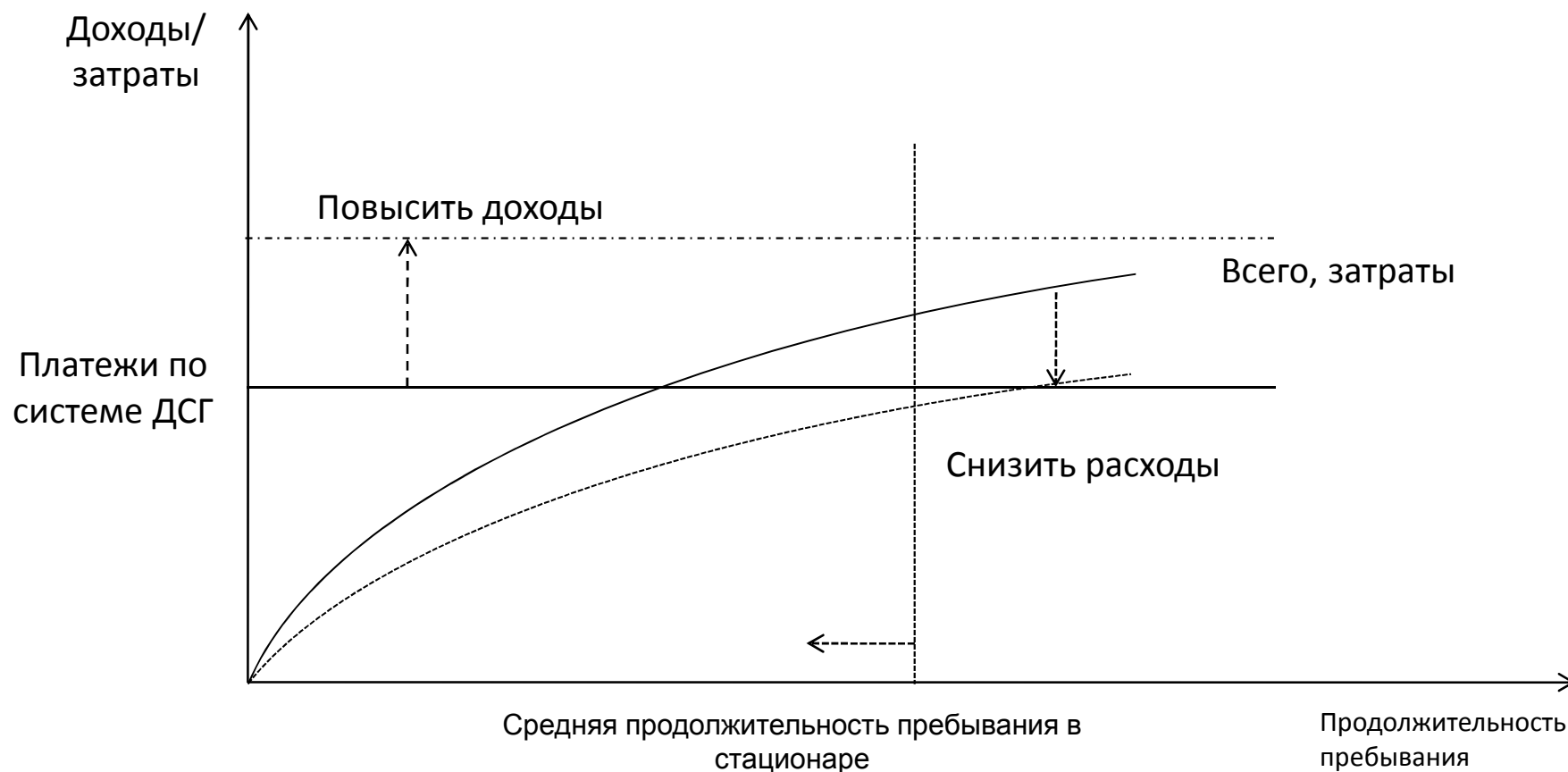
| Сильные стороны | Слабые стороны |
|--|--|
| Прозрачность и документальное оформление | Нет корректировки для учета качества при возмещении затрат |
| Выполнение больницами установленных требований | Не отражается разница в цене ресурсов |
| Инструмент возмещения затрат | Единая система бухгалтерского 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

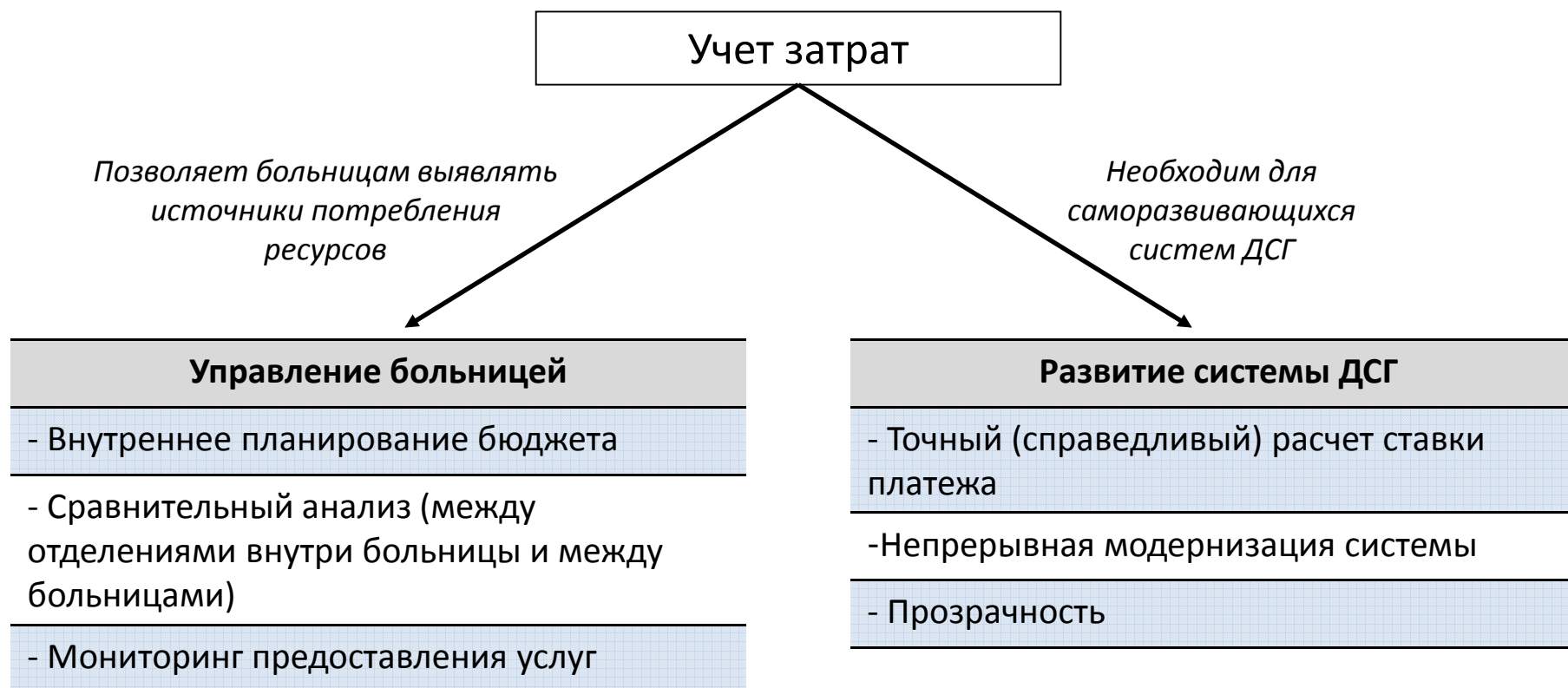
- Пациенты больше не являются «центрами доходов», они – центры «затрат»
- Каждый случай лечения: предельный размер возмещения



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