

Медичні науки

УДК 614+338-552

Коваленко Олександр Сергійович

доктор технічних наук

Кафедра біомедичної кібернетики

Національний технічний університет України

«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

Kovalenko Oleksandr

Doctor of Technical Sciences

Department of Biomedical Cybernetics

National Technical University of Ukraine

"Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute"

Солодкий Віталій Петрович

студент кафедри біомедичної кібернетики

Національний технічний університет України

«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

Solodkyi Vitalii

Student of the

Department of biomedical cybernetics

National Technical University of Ukraine

"Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute"

ОГЛЯД ДСГ СИСТЕМ

INSPECTION OF DRG SYSTEMS

Анотація. Впровадження діагностично споріднених груп 2015 показує, які пропозиції щодо модифікації були реалізовані. По суті, слід очікувати відповідного перерозподілу ресурсів між різними відділеннями медичного закладу.

Ключові слова: медичні дані, DRG, забезпечення якості, кодування, DGGG, MDC, адаптація.

Summary. The introduction of diagnostically related groups in 2015 shows which proposals for modification have been implemented. In essence, a corresponding redistribution of resources between different departments of a medical institution should be expected.

Key words: medical data, DRG, quality assurance, coding, DGGG, MDC, adaptation.

Вступ. «Дійсно, вся проблема лікарні полягає в одному питанні: що відбувається зі справами за дверми? Ми повинні сформулювати якийсь метод лікарняного звіту, який якомога ближче показує, які результати лікування отримують у різних закладах. Цей звіт повинен складатися та публікуватися кожною лікарнею однаково, щоб було можливим порівняння. Завдяки такому звіту як вихідній точці, зацікавлені можуть почати задавати питання щодо управління та ефективності» [1].

«Лікарняна проблема», представлена доктором Кодменом, хірургом Массачусетської загальної лікарні, на початку XX століття продовжує представляти проблему сьогодні, майже через 100 років [1]. Робота, започаткована Кодманом, була переглянута і доопрацьована професором Робертом Феттером та його колегами з Єльського університету наприкінці 1960-х років, коли їх запросили допомогти у розробці програми перегляду використання та забезпечення якості для місцевої університетської лікарні. Питання, поставлені Феттером та його командою, що стосуються їх роботи над цим питанням, розпочали те, що він згодом описав як 20-річний процес вимірювання лікарняної статистики, як засобу оцінки того, що відбувається в лікарні [1, с. 4]. Цікаво, що первісна ініціатива була спричинена вимогами реєстрації в програмі Medicare, яка була створена в 1965 році, і саме

програма Medicare в 1983 році вперше запровадила систему діагностичних груп (ДСГ), яка виникла з цієї тривалого процес розвитку.

Мета цієї статті сформулювати засади та відкрити вібмінності між системами ДСГ у світі.

Типи фінансування медичних закладів

Безкоштовні виплати за послуги. У Сполучених Штатах Америки та деяких європейських країнах (таких як Естонія) система безкоштовного покриття за послугу була основним засобом розподілу ресурсів для лікарень до використання "перспективно" визначеної системи оплати лікарні на базі ДСГ. Сума зборів у платіжних системах з оплатою за послугу в ідеалі повинна відображати фактичні індивідуальні витрати пацієнта. Цей підхід часто розглядався справедливим або сприятливим для постачальників, якщо плата покриває принаймні їх витрати, а також витрати плюс профіль. Оплата за послугу забезпечує сильні стимули для підвищення продуктивності та пропонування великої кількості послуг на одного пацієнта, а отже, гарантує, що ті лікарні, які лікують складніших пацієнтів, отримують належну компенсацію. Однак плата за послугу може призвести до надання непотрібних послуг або навіть може заохотити надмірне пропозицію невідповідних послуг, що негативно впливає на результати пацієнтів та ефективне надання послуг. Окрім того, постачальники, які перебувають у режимі чистої плати за послуги (тобто без бюджетних обмежень), стимулюються нехтувати міркуваннями щодо витрат, що також сприяє неефективному наданню послуг. Оплата лікарень за схемою оплати послуг є адміністративно складною, оскільки такі системи вимагають детальних та сучасних прайс-листів, а також реєстрації та виставлення рахунків за всі надані послуги. Крім того, єдиним інструментом контролю за витратами є специфікація преїскуранту, де детально викладається одинична плата за кожен товар [2].

Глобальний бюджет. У Європі загальносвітові бюджети були загальним підходом, що застосовувався для розподілу фінансових ресурсів між лікарнями до запровадження систем оплати лікарняних, що базувались на ДСГ. У контексті глобальних бюджетів фіксована оплата за певний рівень діяльності (як правило, визначається з точки зору кількості випадків або кількості ліжкоднів) було здійснено переговори та домовленості між платниками та лікарнями, як правило, на наступний рік. У деяких країнах глобальні бюджети були визначені або скориговані за спеціальністю. Світові бюджети адміністративно прості і можуть ефективно сприяти стримуванню витрат через їх характеристику обмеження витрат. Однак вони ризикують, що лікарні не надають достатніх послуг для задоволення потреб пацієнтів чи населення, отже, нехтуючи потребами пацієнта, а отже, і результатами для здоров'я. Якась європейська країни використовували цільові бюджети, змішані з добовими виплатами, як розрахункові одиниці (наприклад, Німеччина). Отже, лікарні отримували чіткі стимули для збільшення заповнюваності ліжок шляхом продовження тривалості перебування. Системи плати за послуги та глобальні бюджети забезпечують суперечливі стимули для „діяльності” та „контролю витрат”. І те, і інше є проблематичним з точки зору забезпечення якісної медичної допомоги через невід’ємний стимул до надмірного надання (плата за послугу) або недостатнього надання (за світовим бюджетом) лікарняних послуг. Тому тих, хто формує політику (спочатку в США, а згодом і в Європі), привабила ідея оплати лікарень через ДСГ, які певною мірою стимулюють десь між системою плати за послугу та глобальними бюджетами.

Платежі на основі ДСГ. Термін ДСГ використовується тут для виділення теоретичних стимулів платежів на основі ДСГ, які не обов'язково відповідають фактичним стимулам систем, що функціонують у країнах, включених до цієї книги. Теоретично виплати на основі ДСГ дають сильні стимули для збільшення кількості випадків та зменшення кількості послуг

на кожен випадок. На відміну від систем оплати послуг, ДСГ стимулюють лікарні обмежувати свою діяльність необхідною служби та - на відміну від світового бюджету - ДСГ стимулюють лікарні для лікування більшої кількості пацієнтів. З точки зору контролю витрат, ефект сплати на основі ДСГ, таким чином, залежить від того, який ефект переважає: збільшення кількості випадків або зменшення кількості послуг на кожен випадок. В принципі, це також залежатиме від попередньої системи; тобто перехід від оплати за послугу до ДСГ може призвести до стримування витрат, тоді як перехід від глобального бюджету до ДСГ - ні. Якщо ДСГ недостатньо контролюють різницю між групами пацієнтів або різницю у наданих послугах (у межах ДСГ), виплати за дуже складні випадки є занадто низькими, тоді як виплати за менш складні випадки занадто високі. Отже, лікарні можуть намагатися уникати ризику лікування складніших пацієнтів. Крім того, платіжні системи на базі ДСГ є адміністративно складними, оскільки вимагають детального та стандартизованого кодування діагнозів та процедур, а також інформації про середнє споживання ресурсів (витрати) на ДСГ. Однак, як уже зазначалося, кожна із представлених платіжних систем має певні переваги та недоліки. Отже, політики в Європі поєднали функції різних систем: поточна лікарняна оплата, що базується на ДСГ, значною мірою покладається на характеристики послуг до визначених ДСГ. Отже, лікарням виплачують частково на основі послуг, які вони надають, що вводить аспекти оплати за послугу в оплату лікарні на базі ДСГ. Крім того, системи функціонують в рамках глобальних бюджетів та забезпечити додаткові платежі за спеціальні послуги, дорогі ліки та пацієнтів з надзвичайно тривалим періодом перебування. Цікаво, що ці платіжні реформи впроваджені в дуже різноманітних лікарняних умовах.

Основні показники європейських країн

Тривалий час лікарня розглядалася просто як «установа, яка забезпечує ліжка, харчування та постійний догляд за своїми пацієнтами, коли вони проходять медичну терапію від професійних лікарів. Виконуючи ці послуги, лікарня прагне відновити здоров'я своїх пацієнтів» [3]. Очевидно, що ця дефініція дуже широко описує діяльність лікарні, і тому її потрібно постійно уточнювати та розширювати, беручи до уваги ключові попередні, поточні та майбутні зміни в лікарняній допомозі. З початку 1980-х років багато європейських країн перевели стаціонарне лікування назустріч амбулаторні параметри з метою зменшення та підвищення ефективності використання лікарняних ресурсів. Цей розвиток подій призвів до величезних структурних проблем для лікарень [4]. Технологічні вдосконалення та перероблені шляхи надання допомоги дозволили збільшити кількість денних випадків та випадків амбулаторної хірургії, що лікуються поза лікарнею або у спеціалізованих відділеннях лікарні. Однак країни різняться за рівнем свого рівня інтеграції між амбулаторним та стаціонарним секторами.

Цифри та темпи змін (тенденції) вказують на те, що до того, як ДРГ застосовувались у Європі, існували і продовжують існувати різні схеми лікування та організаційні відмінності. Усі країни (крім Великобританії) різною мірою зменшили кількість лікарень та ліжок гострої допомоги з середини 1990-х до 2015 року. Однак кількість лікарень та ліжок гострої допомоги на душу населення відрізняється в 5 разів у 12 країнах за 2015 рік, лише незначно зменшившись у порівнянні із шестикратними та трикратними різницями в 1995 році. З точки зору тенденції госпіталізації гострих медичних послуг картина є менш чіткою: Франція та Великобританія демонструють темпи скорочення між 1995 та 2015 р. - 18,1% та 42,5% відповідно, тоді як скандинавські країни (Естонія, Фінляндія та Швеція) та Ірландія лише незначно зменшили кількість звернень до

гострих лікарів (з 2,6% в Естонії до 7,2% в Ірландії). На відміну від них, в Австрії та Нідерландах кількість госпіталів невідкладної допомоги зросла на 22% та 15% відповідно [4].

Розподіл закладів між державними та приватними

Структура власності на лікарні також сильно варіюється. У деяких країнах (таких як Франція та Німеччина) приватні профілакторії відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я, але більшість лікарняних ліжок експлуатуються в державній чи приватній непрофесійній власності [5] (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл ліжокмісць за типом власності

Країна	Державні лікарні, %	Приватні лікарні без можливості заробітку, %	Приватні лікарні з можливістю заробітку, %
Австрія	73	19	9
Британія	96	4	0
Фінляндія	89	0	11
Франція	66	9	25
Ірландія	88	0	12
Іспанія	74	17	9
Нідерланди	0	100	0
Німеччина	49	36	15
Польща	95	0	5
Португалія	86	7	8
Швеція	98	0	2

Висновок. Підсумовуючи, ДСГ були запроваджені в країнах, які характеризуються великими структурними відмінностями у своїх лікарняних секторах. Крім того, незважаючи на впровадження систем оплати лікарняних на базі ДСГ, структурні відмінності зберігаються. Очевидно, що лікарняні платіжні системи на базі ДСГ можуть бути швидко впроваджені в різних умовах і не передбачають чіткого шляху розвитку. Порівняльна інформація різних європейських країн щодо специфічних характеристик їх систем ДСГ та того, як ці характеристики сприяють

досягненню цілей прозорості, ефективності та якості в лікарнях, в основному відсутня.

Література

1. Codman, E.A. (1913–1917). The product of a hospital (Philadelphia address) (Box 4, Folder 77), in E.A. Codman. Ernest Amory Codman Papers, 1849–1981: Finding Aid. Boston, MA: Boston Medical Library and Francis A. Countway Library of Medicine (BMS c60).
2. Fetter, R.B., ed. (1991). DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
3. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9(3):211–13.
4. Street, A., Vitikainen, K., Bjorvatn, A., Hvenegaard, A. (2007). Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden. York: University of York Centre for Health Economics (CHE Research Paper 30).
5. WHO Regional Office for Europe (2011). European Health for All Database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accessed 20 July 2011) (July 2011 update)