

Медичні науки

УДК 614+338-552

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"

ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ДСГ В УКРАЇНІ. ПЕРЕВАГИ ТА

НЕДОЛІКИ

IMPLEMENTATION OF THE DRG SYSTEM IN UKRAINE.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

Анотація. Оскільки кількість та обсяг медичних послуг, які намагаються надати в закладах охорони здоров'я, неможливо виміряти, важко вирахувати їх, як розрахунок вартості компенсації за послуги в інших секторах. З цієї причини медичні послуги повинні оцінюватися, кодуватися та групуватися на основі хвороби, і оплата повинна здійснюватися в рамках цих кодексів та груп. У світлі всіх цих оцінок метою цього дослідження є забезпечити справедливий та якісний розподіл медичних послуг, що надаються громаді, забезпечити справедливу систему відшкодування витрат постачальникам медичних послуг в обмін на надані медичні послуги та забезпечити максимальну якість, найменшу вартість медичних послуг та відшкодування витрат у закладах охорони здоров'я. Одним з найважливіших питань системи ДСГ є процес чіткого, точного,

об'єктивного та сучасного визначення витрат. Цей процес повинен визначатися не тільки лікарнями, але й участю всіх зацікавлені сторони у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: медичні дані, діагностично споріднені групи.

Summary. Because the number and volume of health services that are sought to be provided in health facilities cannot be measured, it is difficult to calculate them as a calculation of the cost of compensation for services in other sectors. For this reason, health services should be evaluated, coded and grouped based on illness, and payment should be made within these codes and groups. In light of all these assessments, the aim of this study is to ensure a fair and high-quality distribution of health services provided to the community, to ensure a fair system of reimbursement to health care providers in exchange for medical services provided, and to ensure maximum quality, minimum cost of care and reimbursement. One of the most important issues in the ДСГ system is the process of clear, accurate, objective and modern costing. This process should be determined not only by hospitals but also by the participation of all health stakeholders.

Key words: medical data, diagnosis related groups.

Вступ. Заклади охорони здоров'я – один із спеціалізованих закладів, в якому надаються послуги охорони здоров'я, а охорона здоров'я та спеціалізація диверсифіковані. У цьому контексті необхідно здійснювати ефективну презентацію медичних послуг, забезпечувати необхідне фінансування для надання медичних послуг та визначати стандарти та критерії ефективності роботи медичних кадрів на індивідуальному та соціальному рівнях. Без шкоди для клінічної якості, ефективне використання ресурсів для вимірювання результатів та результатів для здоров'я та управління цими процесами є складним процесом. Справедливе надання медичних послуг, що надаються закладами охорони здоров'я

України, вимагає повернення коштів. З метою досягнення індивідуальних та інституційних показників та підвищення якості роботи в закладах охорони здоров'я та усунення непотрібних витрат на медичні послуги проводяться дослідження з метою визначення захворювань, групування визначених захворювань та здійснення відповідних виплат. Оскільки кількість та обсяг медичних послуг, які намагаються надати в закладах охорони здоров'я, неможливо виміряти, вони не можуть нараховуватися як винагорода за послуги в інших секторах. З цієї причини медичні послуги повинні оцінюватися, кодуватися та групуватися на основі захворювань і оплачуватися в рамках цих кодексів та груп. Тому дуже важко визначити медичні послуги та визначити розмір відшкодування медичних послуг. Крім того, величина ефекту в кодах та групах, що належать до медичних служб, класифікованих за певними кодами та групами, ніколи не може відповідати фактичній сумі ефекту. Це свідчить про те, що класифікація медичних послуг може бути успішною, якщо з нею розглядатимуться на основі вартості. Враховуючи всі ці оцінки, необхідно зробити справедливий та якісний розподіл медичних послуг, що надаються громаді, та забезпечити справедливую систему відшкодування витрат постачальникам медичних послуг в обмін на надані медичні послуги та спосіб надання медичних послуг з максимальною якістю та найменшими витратами. Можна констатувати, що цей шлях – це система діагностування споріднених груп (ДСГ), яка є виходом для вирішення проблем, пов'язаних з відшкодуванням витрат у закладах охорони здоров'я. Мета даної статті – аналіз недоліків та переваг роботи ДСГ системи в Україні.

Діагностично споріднені групи

Вартість виникає внаслідок надання послуг у закладах охорони здоров'я. Постачальникам медичних послуг відшкодовується ці витрати, понесені внаслідок надання медичних послуг [1, 2]. Медичні послуги через свої відмінні риси відрізняються від інших товарів та послуг, витрати на

послуги, що надаються постачальниками медичних послуг. Витрати на медичні послуги, здійснені працівниками медичних закладів, оплачуються, а потім стягуються з осіб або сторін, до яких вони належать [3]. У наш час використовуються різні методи відшкодування для розрахунку справедливої вартості постачальників медичних послуг, які надають медичні послуги застрахованим пацієнтам, і ціноутворення систем відшкодування в цінах сучасних медичних послуг та систем відшкодування [4–6].

Незважаючи на те, що системи відшкодування різняться, основною метою всіх є забезпечення справедливого надання медичних послуг та покращення якості медичних послуг за рахунок зменшення витрат на охорону здоров'я. Крім того, стабільність фінансування медичних послуг, переказ ресурсів, що виділяються на медичні послуги, у потрібні сфери та отримання очікуваних результатів від систем охорони здоров'я також є важливими цілями систем відшкодування [7; 8].

Діагностика споріднених груп (ДСГ), яка стверджує, що здатна досягти всіх цих цілей, активно використовується з 1983 року в багатьох країнах, таких як Сполучені Штати Америки, Австралія, Канада, Румунія та Сінгапур [7; 9]. Роберт Барклі та Джон Д. Топмсон, основними завданнями яких є створення системи відшкодування з ефективною та ефективною стратегією використання ресурсів шляхом складання класифікації пацієнтів, класифікації пацієнтів та захворювань за певними характеристиками та створення кращої та дешевшої системи відшкодування витрат [4; 10; 11]. Ця система відшкодування отримала назву діагностично споріднені групи (ДСГ). Для досягнення заявлених цілей проводиться групування з урахуванням ДСГ, лікарняних випадків, діагнозів для класифікації захворювань та процедур, що виконуються постачальниками медичних послуг, і розробляється як модель відшкодування витрат відповідно до цієї групи [2; 11–14].

Плюси та мінуси впровадження ДСГ в Україні

Беручи до уваги специфічні характеристики медичних послуг та деякі інші фактори, з тим щоб зробити оплату надання медичних послуг індивідуально чи соціально закладами охорони здоров'я правильним та прозорим;

Продовжують застосовувати багато методів відшкодування, такі як "оплата за послугу", "оплата за кожен випадок", "щоденний платіж", "плата за особу", "виплата за загальний бюджет" та "виплата зарплати" [7; 18]. Зазначено, що кожен із цих методів має сильні та слабкі сторони [15; 18]. Надано нові моделі відшкодування, які забезпечують дані та інформаційну підтримку рішень, пов'язаних із охороною здоров'я, шляхом зменшення витрат у лікарнях, надання якісних медичних послуг, забезпечення прозорості системи відшкодування витрат та вимірювання індивідуальних та корпоративних результатів [7; 19]. У цьому контексті, як модель відшкодування ДСГ, яка була розпочата в 1983 році. Система ДСГ почала впроваджуватися в Україні, 2011 р. Міністерством охорони здоров'я, враховуючи сферу діяльності виконавчого проекту. Дослідження ДСГ, один із підзаголовків дослідницького проекту МОЗ України, було завершено у 2013 році лише через 2 роки після початку проекту [20; 21]. Основна мета ініціювання впровадження системи ДСГ як моделі відшкодування в Україні, характер потреб осіб, які потребують медичних послуг, кількість та забезпечення фінансових ресурсів, необхідних для подолання тяжкості, і ця потреба полягає у ефективному їх використанні та ефективно. Крім того, основною метою системи ДСГ є забезпечення однакових ставок ціноутворення та відшкодування витрат на захворювання та клінічні випадки з однаковим діагнозом та відносними значеннями [22]. Система ДСГ була запущена з метою бути ефективною системою відшкодування витрат на послуги в галузі охорони здоров'я, прозорою та ефективною в рамках 4-річного проекту з питань ДСГ, проведеного в Україні. Під час

цього чотирирічного проекту Міністерство фінансів (Мінфін), Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Міністерство праці та соціального забезпечення, Інститут соціального забезпечення зазначено, що відчують свою важливість для всіх питань, пов'язаних із зацікавленими сторонами в Україні [23]. Система ДСГ була пілотована в Україні на основі прикладу австралійської моделі ДСГ, яка була розпочата в 2006 році. Система відшкодування ДСГ була використана разом з іншими моделями відшкодування в Україні [20; 24; 25].

Як модель відшкодування збитків Health Application Communique (НАС) все ще використовується там, де визначається ціна медичних послуг. НАС видається Інститутом соціального забезпечення (SSI). Одночасно з НАС робота над моделлю відшкодування ДСГ все ще триває [20; 22; 24–26]. Для створення надійної, вимірюваної, порівнянної та прозорої системи відшкодування витрат на медичні послуги, що надаються працівниками охорони здоров'я, в Україні впроваджена система ДСГ. Однак, зосередившись лише на деяких цілях, було б неправильно очікувати вигоди від системи ДСГ, і якщо це буде корисно, можна сказати, що багато критеріїв слід оцінювати разом, щоб досягти цієї вигоди. Що стосується питання України, як моделі системи відшкодування витрат на охорону здоров'я з урахуванням переваг за допомогою системи ДСГ можна перерахувати наступні переваги [2; 7; 14–16; 18; 19]:

- оцінка подібних клінічних випадків з однаковими витратами та встановлення рівних цін на рівні послуги;
- точний розрахунок витрат, якщо продукція в закладах охорони здоров'я правильно визначена,
- індивідуальні та інституційні показники можуть бути оцінені об'єктивно, якщо хвороби з подібними кодами зважуються з однаковими показниками

- забезпечується прозорість у системі відшкодування витрат, якщо продукти та випуск продукції визначені правильно,
- ефективність розподілу ресурсів забезпечується, якщо дані, отримані за допомогою системи відшкодування ДСГ, аналізуються правильно;
- якщо модель погашення ДСГ буде використана без спроб надати непотрібну або меншу послугу, скориставшись інформаційною асиметрією без урахування медичних послуг, що надаються лікареві та лікарні, якість наданих медичних послуг буде підвищена.
- зусилля щодо надання медичних послуг з аналізом витрат та вигод підвищують як технічну ефективність, так і ефективність розподілу, що є важливою метою системи ДСГ,
- усуваються слабкі сторони інших моделей відшкодування, крім системи ДСГ, і висвітлюються сильні сторони системи ДСГ та надаються якісні, менш затратні та порівнянні медичні послуги.

Україна як модель відшкодування витрат в системі охорони здоров'я, щонайменше, наскільки переваги використання системи ДСГ також називаються недоліками. У цьому контексті наступні недоліки можуть бути перелічені в системі ДСГ, як модель відшкодування [2; 7; 14–16; 18; 19].

- неможливість зробити здорові платежі через погано визначені коди,
- відсутність або неправильне зважування кодів через неадекватність випуск продуктів у лікарні,
- різноманітність продуктів та випусків продукції завдяки особливим особливостям послуг охорони здоров'я та можливості мати місце в кодах, роблячи відповідні кодування багатьма,
- влаштовуються рахунки-фактури з високим коефіцієнтом кодування, неповним кодуванням, додатковим кодуванням або іншим коефіцієнтом повернення, ніж кодування, через ситуації, такі як зворотна інформація про асиметрію інформації та стан здоров'я послуги,

- наявність меншої кількості розробок у галузях експертизи з меншим рівнем прибутковості,
- підвищена ймовірність ненадання необхідних послуг з комерційною проблемою,
- медичні послуги розглядаються лише як кодування, а біопсихосоціальні аспекти людей навряд чи будуть ігноруватися.

Якщо в системі ДСГ, як розглядається використання України медичної служби як моделі відшкодування, як переваги, так і недоліки можуть бути особливо системними та управлінськими (зважування ваг складних кодів з урахуванням складності продукту чи випуску, ефективне використання таких механізмів, як системи підтримки прийняття рішень, клінічні системи підтримки прийняття рішень, системи раннього попередження, відмова від оцінки систем ефективності лише за допомогою кодів, ціна зазначених продуктів або випуску продукції цілком відповідна. Такі заходи, як розрахунок та забезпечення того, щоб лікарі та лікарні не зазнали втрати прав із кодів, введених для цих виробів або виробів), оскільки не вживаються запобіжні заходи, недоліки Система ДСГ може також бути не лише перевагою.

Висновок. Як бачимо, прийняття системи ДСГ як моделі відшкодування витрат у послугах охорони здоров'я в будь-якій країні не може забезпечити прозорість та справедливість в окремій системі відшкодування. У цьому контексті система повинна бути спроектована відповідно до всіх можливих недоліків системи до того, як системи ДСГ застосовуватимуться загалом. Визначаючи ДСГ як модель відшкодування, слід вирішити, чи відносні значення для яких захворювань використовуються та чи відповідні хвороби підходять для цього місця. Одним з найважливіших питань системи ДСГ є процес чіткого, точного, об'єктивного та сучасного визначення витрат. Цей процес повинен визначатися не тільки лікарнями, але й участю всіх зацікавлених сторін у

послугах охорони здоров'я. Можна констатувати що використання системи ДСГ як моделі відшкодування витрат у медичних послугах може бути досягнуто шляхом підтримки один одного за допомогою інтегрованих систем управління інформацією в лікарнях та відповідних практичних вказівок. Як модель інтегрованої системи відшкодування витрат на охорону здоров'я система ДСГ забезпечить Україні безсумнівно багато переваг для економіки охорони здоров'я. Однак, враховуючи обмеження в країнах, де використання моделі ДСГ для виведення уроків для України, буде застосовуватися як модель виплат також виявляє свої сильні сторони, які є головними в системі ДСГ, спрямовані на усунення слабких місць Туреччини в реформах фінансування охорони здоров'я, а політика, яка є більш здоровим способом, може гарантувати її виконання.

Література

1. Casto, A. B. and Layman, E. (2006). Principles Of Healthcare Reimbursement, American Health Information Manegement Association. Bakınız:library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_030575.pdf Date of access: 01. 27.2019
2. Preston, A. M., Chua, W-F. and Neu, D. (1997). The Diagnosis-Related Group Prospective Payment System And The Problem Of The Government Of Rationing Health Care To The Elderly, Accounting, Organizations and Society, Vol. 22, No. 2, pp. 147-164, 1997.
3. Gianino, M. M., Russo, R., Siliquini, R., Icardi, G. P., Fora, R. and Renga, G. (2006). Public and private in italian health care: trends and market quotas, Italian Journal of Public Health (IJPH), year 4, volume 3, number 3-4.
4. Kadız, Y. (2011). "Hastanelerde ДСГ"ye Dayalı Ödeme Sistemi ve Bir Kamu Hastanesi Hekimlerinin Tutumu", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, 2011.

5. Roberts, M. J., Hsiao, W., Reich, B., and Michael, R. (2009). "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması", Baş Editör (çev.) Akdağ. R., Sağlık Bakanlığı, 2009.
6. Tengilimoğlu, D., Işık, O. and Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009.
7. Hsiao, W. C., Sapolsky, H. M., Dunn, D. L. and Weiner, S.L. (1986). "Lessons of the New Jersey DCF Payment System", Health Affairs, Summer, Sayı: 5, s. 32-45.
8. Preston, A. M., Cooper, D. J. and Coombs, R. (1992). Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service, Accounting, Organizations and Society pp. 561-593.
9. Badham, J. and Brandrup, J. (2000). Length of stay comparisons for private and public hospitals, Australian Health Review, Vol 23, No 3.
10. Chua, W. F. and Degeling P., Interrogating an Accounting-Based Intervention on Three Axes: Instrumental, Moral and Aesthetic, Accounting, Organizations and Society (1993) pp. 291-318.
11. Laughlin, R. and Broadbent, J., (1993). Accounting and Law: Partners in the Jurisdiction of the Public Sector in the UK? Critical Perspectives on Accounting, pp. 337-368.
12. Preston, A. M., (1992). The Birth of Clinical Accounting: A Study of the Emergence and Transformations of Discourses on Costs and Practices of Accounting in U.S. Hospitals, Accounting, Organizations and Society), pp. 63-100.
13. Covaleski, M. A., Dirsmith, M. and Michelman, J. E., (1993). An Institutional Theory Perspective on DCFs, Framework, Case Mix Accounting and Health Care Organizations, Accounting, Organizations and Society, pp. 65-80.
14. Ayanoğlu, Y. and Beylik, U. (2014). Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DCF: Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve

- Karşılaştırmaları, Gazi kitapevi, Ankara.
- 15.Cacace, M. and Schmid, A. (2009). The role of diagnosis related groups (DİG) in healthcare system convergence, BMC Health Services Research 2009, 9(Suppl 1):A5 doi:10.1186/1472-6963-9-S1-A5.
 - 16.Street, A., Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., Busse, R. (2010). Determinants of Hospital Costs and Performance Variation: Methods, Models and Variables for the EuroDİG Project. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin (working Papers in Health Policy and Management Volume 3).
 - 17.Narmanlı, M., Ertong, G., Dikici, A., Soysal, E., Tümay, A. and Güngör, M. K. (2012). " Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası", IX.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, s.30.
 - 18.Fetter, R.B. (1991). Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance, Interfaces, 21(1), 1991, s. 6-26.
 - 19.Belek, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü, İstanbul Yazılama Yayınları.
 - 20.Hughes, W. E. and Pinch, T. (eds), (1987). The Sociological Construction of Technological Systems: New Developments in the Sociology and History of Technology (Cambridge, Mass: MIT Press,).
 - 21.TİG Uygulama Rehberi, (2011). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3621,tigkitapwebpdf.pdf?0>, Date of access: 01. 30.2019
 - 22.Kaya, N. (2008). Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
 - 23.Hacettepe Üniversitesi (2007). Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi, Rapor (E.1.6): Sağlık Hizmetlerinin Yönetilmesi ve Ödemelerinden

Sorumlu Kamu Kurumlarında ДСГ Uygulamaları ile İlgili Politikaları Geliştirecek ve İzleyecek Birimlerin Oluşturulmasına Yönelik Öneri Raporu.

24. Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi. (2014).

<http://www.saglikturizmi.gov.tr/19-jci-akreditehastaneleri.html> Date of access: 01. 30.2019.

25. Euro ДСГ. (2018). http://cordis.europa.eu/projects/rcn/89392_en.html, Date of access: 01. 30.2019.

26. Tarcan, M. (2013). Hastanelerde Maliyet Hacim Kar Analizi. İçinde: M. Top (Edt.) Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2865, s. 177-203.