

ПРИНЦИП КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП КАК ОСНОВА ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЕРМАНИИ.

Д.В. Осипов, PhD, Olympus Europa Holding GmbH, г. Гамбург, Германия

И.Ю. Гриценко, юрист, MBA, независимый консультант, г.Москва

М.Т. Югай, к.м.н., независимый консультант, г.Москва

УДК 614.2

Осипов Д.В., Гриценко И.Ю., Югай М.Т.

***Принцип клинико-статистических групп как основа экономики здравоохранения
Германии.***

Аннотация: в статье приводится описание истории развития системы DRG в Германии, ее базовых принципов и результатов внедрения.

Ключевые слова: DRG в Германии, оптимизация больничных расходов, эффективность больниц.

UDC 614.2

Ossipov D.V., Gritzenko I.Y., Yugay M.T.

Diagnosics-related groups as an economical basis of healthcare services in Germany.

Abstract: The article describes historical record of DRG development in Germany, its basic principles and results of implementation.

Keywords: DRG in Germany, hospital costs optimization, hospital efficiency.

Внедрение достижений научно-технического прогресса в практику здравоохранения, в особенности, здравоохранения развитых стран, создало принципиально новые диагностические и лечебные возможности. Одновременно оно же привело к росту расходов на здравоохранение, поскольку в большинстве случаев новые технологии имели более высокую стоимость по сравнению с предыдущими. Рост стоимости медицины и демографическая динамика последних десятилетий стали причиной дефицитных бюджетов здравоохранения во многих странах. Эти условия потребовали появления новых механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов в медицине. Одним из таких механизмов является DRG – модель, использование которой рассматривается в данной статье на примере здравоохранения Германии.

Принцип групп сходного диагноза (DRG, от англ. "diagnosis-related groups") или клинико-статистических групп, заключается в объединении всех зарегистрированных случаев заболевания в группы, которые требуют сходного потребления ресурсов (с учетом диагностических, терапевтических и технических факторов) от начала и до конца пребывания пациента в стационаре. Следовательно, такие группы являются однородными с точки зрения стоимости лечения. Каждому пациенту присваивается одна из специфицированных DRG. Это позволяет проводить стационарное лечение пациента по фиксированной ценовой ставке.

История развития DRG-систем

Система DRG как схема для классификации пациентов, была создана более 30 лет назад в США для обеспечения стандартов качества лечения. Все DRG системы, используемые в настоящее время, основаны на этой базовой модели. Разработанная Робертом Барклом Феттером и Джоном Деверо Томпсоном в Йельском университете в 1967 году¹, первоначально она служила для классификации групп пациентов, а также предназначалась в качестве инструмента для управления службами клиник и больниц, измерения их производительности и оценки качества медицинских услуг. Лишь позднее DRG стали применяться для систем оплаты с фиксированной стоимостью лечения посредством добавления оценки тяжести лечения и ссылкой на типичную стоимость.

Используемые на сегодняшний день механизмы DRG были впервые задействованы в 1983 году в качестве перспективной системы определения необходимой финансовой компенсации медицинской помощи в рамках государственной программы Medicare в США. Американская система DRG Финансовой Администрации Здравоохранения (HCFA) применяется в полном объеме только для населения старше 65 лет, которое застраховано по программе Medicare.^{2,3} В Австралии первая версия DRG была принята в 1992 году в штате Виктория (AR-DRG).

В Германии, в рамках Закона о реформе здравоохранения 2000 года, был пересмотрен закон о финансировании больниц. Здесь, среди прочих положений в § 17b Закона о Больницах, было постановлено, что с 1 января 2003 года, для оплаты полного или частичного спектра стационарных больничных услуг по всем медицинским направлениям, вводится платежная система, основанная на стоимости пакета оказанных услуг на основе DRG, которая ориентирована на уже проверенную на международном уровне подобную систему. Органы самоуправления немецкого здравоохранения были призваны выбрать одну из существующих на тот момент в мире DRG систем в качестве основы для немецкой DRG. Выбор пал на систему австралийского штата Виктория, называемую "австралийские усовершенствованные DRG" ("Australian Refined Diagnosis-Related Groups", AR-DRG). AR-DRG показала медицинскую дифференциацию групп пациентов, наиболее подходящую для адаптации к немецким реалиям стационарного лечения.

G-DRG была испытана в течение года и с 1 января 2004 года стала обязательной для всех немецких больниц и клиник, заменив собой ранее существовавшую систему, основанную на оплате конкретного случая заболевания, специальных тарифов и тарифов по уходу за больными. Функционирование системы контролирует основанный в мае 2001 года Институт Оплаты Труда для Больниц (InEK GmbH), расположенный в городе Siegburg.

Целями введения DRG в Германии являлись:

- оптимизация больничных расходов,
- сокращение количества больниц и больничных коек,
- консолидация больниц,
- внедрение прозрачной системы оплаты за медицинскую помощь,
- обеспечение гарантии равной оплаты по каждому случаю медицинской помощи для исключения возможности недобросовестной конкуренции за счет снижения качества лечения,
- возможность регулярной оценки работы больниц.

В настоящее время в Европе насчитывается 12 стран, использующих DRG-подобные системы: Ирландия, Польша, Испания, Португалия, Германия, Франция, Эстония, Финляндия, Швеция, Австрия, Великобритания, Голландия. Кроме того, 18 января 2008 года в Берне было основано акционерное общество «Швейцарское DRG» (Swiss DRG AG). Кантоны и партнеры в области страхования здравоохранения создали

эту организацию, для того, чтобы в будущем сделать структуру больничных тарифов более стандартизированной и, тем самым, более понятной и прозрачной для пациентов. Реализация этих постулатов закреплена в пересмотренном законе о страховании здоровья. Наиболее подходящей моделью для адаптации была признана немецкая система DRG.⁴

Базовые принципы G-DRG

Система G-DRG является системой классификации пациентов, которая устанавливает клинически воспроизводимым образом отношение между характером и числом случаев заболевания в больнице и требуемыми ресурсами больницы. DRG описывает случай заболевания пациента и суммирует все требуемые для лечения ресурсы, начиная с поступления больного и кончая его выпиской. Стоимость лечебного процесса вычисляется по формуле:

$$\begin{aligned} &[(\text{стандартизованные затраты, связанные с трудовыми ресурсами} \\ &\quad \times \\ &\quad \text{региональный коэффициент}) \\ &\quad + \\ &\quad \text{стандартизованные затраты, связанные с организацией лечения}] \\ &\quad \times \\ &\quad \text{коэффициент DRG} \\ &\quad + \\ &\quad \text{дополнительные компенсации} \end{aligned}$$

DRG организуются в систему по группам случаев заболевания, которая:

- объединяет все стационарные случаи заболеваний, основанные на диагнозах и необходимых лечебных процедурах, в DRG-группы по этиологии заболеваний и требуемым потребляемым ресурсам,
- связывает оценку требуемых больничных ресурсов и типа лечения,
- предписывает более высокую оплату за сложные случаи заболевания, требующие потребления дополнительных ресурсов.

Эти группы составляют основу для финансирования, бюджетного планирования и бухгалтерского учета в условиях стационара.

Для обеспечения работы системы были адаптированы как диагностические коды МКБ-10 (англ. ICD-10, диагностические коды Международной Классификации Болезней), так и оперативные и процедурные коды (англ. OPS), а также введены правила и принципы кодирования.⁵

На Рис. 1 представлен пример G-DRG кодирования. Первая позиция DRG кода обозначает кодировку MDC (англ. Major Diagnostic Categories) - основных диагностических категорий. Основной диагноз определяется как заключение о состоянии пациента, которое было сделано после проведения первичных диагностических мероприятий и который главным образом определяет необходимость госпитализации пациента. Основные диагнозы относятся к 24 группам, соответственно, цифры 01-24 обозначают различные органы и системы организма. Каждой цифре этих систем приписывается буквенное обозначение по DRG-коду. В данном примере, система органов 01 обозначается буквой В.⁵

Следующие две позиции описывают лечебные процедуры. В данном случае процедура попадает под действие пунктов 60 - 99, т.е. находится в пределах консервативных методов лечения. Всего кодируются 3 группы процедур:

1 – 39: хирургические операции

40 - 59: интервенционные процедуры

60 - 99: консервативное лечение

Эти первые три позиции DRG-кода представляют собой так называемый базисный DRG, к которому добавляется еще одна дополнительная позиция. Четвертая позиция DRG кода дает информацию о сопутствующих заболеваниях и осложнениях, сокращенно - CCs. Так как сопутствующие заболевания и осложнения делают процесс лечения и ухода за пациентом более сложным и, следовательно, приводят к увеличению стоимости лечения, то необходимо различать степени тяжести одного заболевания и принимать их во внимание при определении размера компенсации.

Четвертая позиция DRG кода служит для определения потребления ресурсов согласно поставленному диагнозу. Это потребление подразделяется на 8 различных уровней (A - G, и Z), из которых "A" описывает самый высокий и „G“ - самый низкий уровень ресурсных требований. Z служит для кодирования в том случае, если градация по потреблению ресурсов не требуется.⁵

Инсульт с внутрикраниальным кровоотечением

B (MDC01) – нервная система

70 – медицинские процедуры

A – наиболее серьезные осложнения, требующие самого высокого потребления ресурсов

Рис.1 Пример расшифровки DRG код: DRG B70A

Последствия введения системы G-DRG

Система G-DRG была создана для повышения прозрачности в администрациях больниц и сравнения качества лечебных учреждений. С помощью DRG-систем можно оценить функциональную эффективность больниц или их отделений. Они дают возможность для анализа различных больничных услуг, особенно в таких областях как:

- оценка бюджета,
- планирование,
- анализ производительности труда,
- контроль качества,
- заработная плата,
- сравнение больниц,
- сравнение отделений одной больницы⁶.

Кроме того, можно провести анализ оказанных медицинских услуг и определить расходы, доходы и среднюю продолжительность пребывания в больнице для конкретного случая заболевания⁷.

Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение⁷.

С момента введения DRG в 2003 году, время пребывания пациентов в больнице уменьшилось с 8,9 до 8,0 дней к 2009 году⁹. Основными причинами здесь, с одной стороны, являются совершенствование медицинских технологий и внедрение новых методов лечения, с другой - использование новых форм финансирования больниц и передачи части составляющих лечебного процесса в амбулаторный сектор⁸. Одновременно количество пролеченных пациентов выросло к 2009 году с 17 296 000 до 17 809 000, а число больниц за тот же период уменьшилось с 2197 до 2080⁹. Тем не менее, за счет эффективности лечения, занятость коек не только не увеличилась, но даже снизилась с 77,6% до 77,5% (2003-2009 гг.)⁹. Введение G-DRG привело к сокращению избыточных мощностей в больницах, и, следовательно, из-за реструктуризации и оптимизации внутрибольничных процессов, - к сокращению вспомогательного персонала больниц. Одновременно на фоне сокращения общего количества персонала, занятого в больничном секторе, возросло количество врачей (рис. 2)¹⁰.



Рис. 2. За 1991 - 2009 годы, неврачебный персонал больниц Германии сократился, а врачебный персонал увеличился.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о росте качества медицинской помощи на фоне введения G-DRG. Страны ЕС, принявшие систему DRG, часто используют критерии улучшения здоровья населения для оценки эффективности лечения. Было принято, что под эффективностью понимается получение желаемого результата от лечения, который в свою очередь достигается путем надлежащего

оказания медицинских услуг^{11,12}. При определении использовалась совокупность индикаторов качества, которые делятся на группы:

- качество лечебного процесса;
- качество структуры клиники;
- результативность применяемого лечения.

При вычислении индикатора качества лечебного процесса определяется был ли предоставлен достаточный уровень медицинских услуг по отношению к потребностям населения. Данный показатель анализирует адекватность предоставленного лечения, принимая во внимание соответствие уровня медицинских услуг, предоставляемых клиникой, уровню развития медицины в стране в целом.

Величина индикатора качества структуры клиники зависит от доступности медицинских услуг, квалификации врачей клиники и наличия современной медицинской аппаратуры. К таким индикаторам также относится качество и безопасность медицинской практики, например уменьшение уровня смертности пациентов в результате непредвиденных обстоятельств.

Перечисленные показатели исследуются в ретроспективе, что позволяет отметить рост или снижение качества предоставляемых медицинских услуг клиниками¹³. Количество групп индикаторов можно расширять, что дает более точную оценку качества предоставляемых услуг.

На практике при помощи индикаторов качества медицинских услуг можно ранжировать уровень оплаты клиникам в условиях DRG-систем.

Проведенные наблюдения показали, что с 2003 по 2009 годы количество осложнений в больницах уменьшилось, при этом больничная смертность и количество повторных обращений не увеличились¹⁴.

Экономическая эффективность больниц также возросла (рис. 3)¹⁵ и стационарные лечебные учреждения стали приносить прибыль. Как следствие, число частных больниц и клиник выросло за период 2000-2009 более чем в 4 раза.^{9,16} Ключевую роль в экономической эффективности больниц приобрел госпитальный менеджмент.¹⁷

Прибыль с оборота Rhön-клиники за 2004-2009 гг. (в тысячах евро)

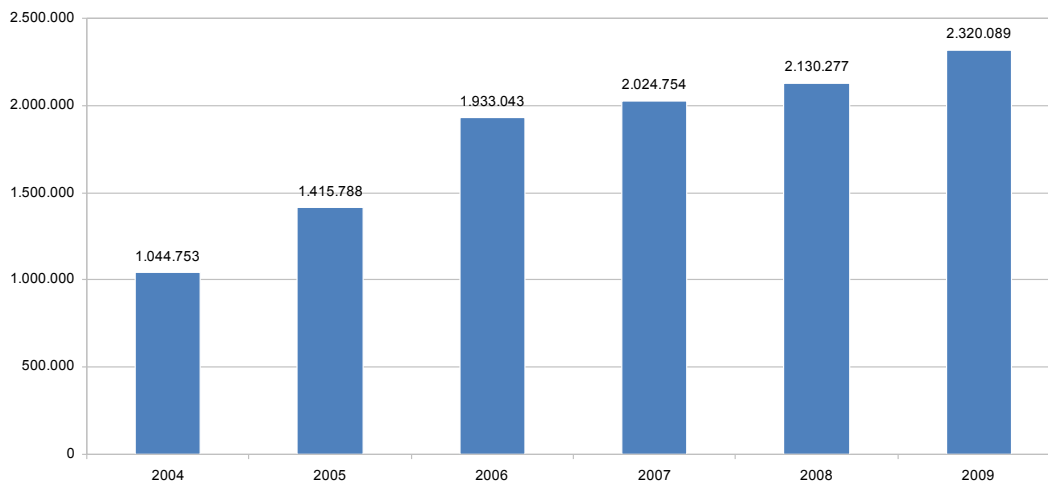


Рис. 3. Прибыль Rhön-клиники с 2004 по 2009 год выросла более чем в 2 раза.

Растущее число стран использующих DRG и эффективность этой платформы явились причинами, по которым Европейский Союз принял решение о создании общеевропейской системы DRG.¹⁸ Таким образом, двери в "DRG-клуб" откроются еще шире в ближайшие несколько лет. Кто следующий?

Благодарность

Авторы признательны Коледачкиной Татьяне, научному сотруднику Центра Молекулярной Нейробиологии г. Гамбург, за редактирование текста статьи.

Литература и источники

1. Thompson J., Fetter R., Mross C. Case mix and resource use// Inquiry- 1975.- Dec; 12(4):300-12.
2. Fetter R. DRGs - Their Design and Development// Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1991, [ISBN 0-910701-60-1](https://doi.org/10.1002/9781118130000.ch1)
3. Hsiao W., Sapolsky H., Dunn D., Sanford L. Lessons of the New Jersey DRG payment system// Weiner, 1986
4. <http://www.swissdrg.org/de/>
5. Hübner M, von Mittelstaedt G. Leitfaden DRG – Vergütungssystem für Klinikleistungen// Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt am Main, 2005
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung - Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung": Stellungnahme zum "Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung" (Langversion); Juli 2007
7. Böcking W, Ahrens U, Kirch W, Milakovic M. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries// J Public Health (2005): 13: 128 – 137
8. Buhr P, Klink S: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter - Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006
9. Daten von Statistisches Bundesamt Deutschlands: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen.psml>
10. Daten von Statistisches Bundesamt Deutschlands
11. Disher U, Peaucelle I. Opportunity of Non-profit Hospital Development in Germany// <http://www.pse.ens.fr/peaucelle/textes/Hopital-HK-07.pdf>.
12. Diagnosis-Related Groups in Europe: Towards Efficiency and Quality: <http://www.eurodrg.eu/>
13. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2000.

14. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.
15. Offizielle Berichte der Rhön-Klinikum AG
16. „Verwaltung oder Management? Prozessoptimierung überall!“ Dr. Jörg Weidenhammer, Volker Bahr, Referat von Dr. Jörg Weidenhammer am 04. Dezember 2002 in Saarbrücken auf dem Medizintechnik Forum Saar der ZPT e.V.: „Prozessoptimierung in den Krankenhäusern – mit den Dienstleistern Hand in Hand“
17. <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/35259/>
18. <http://www.eurodrg.eu/>