

# **Дискусия по въпроса за въвеждането на диагностично свързани групи (ДСГ) в България при финансирането на болници**

*Входяща информация и подготвителни дискусии за създаването  
на симулирани ДСГ и на План за действие за въвеждането им*

**Разработена от Световна банка и представена от:  
Джугна Шах (Jugna Shah), МРН (магистър по обществено  
здравеопазване)  
Феврури 2015  
София, България**

# Цел и програма

---

## ■ Цел

- Българското правителство поиска от Световната банка да изготви проект на работен план за въвеждането на ДСГ. Смятаме, че за да бъде направено това, е необходимо следното:
  - Информация и дискусия относно ДСГ, обичайните притеснения и готовността на България
  - Група хора, които да работят съвместно по техническите въпроси, и
  - Данни и решения, за да можем да осигурим симулации и работен план за въвеждането им

## ■ Програма

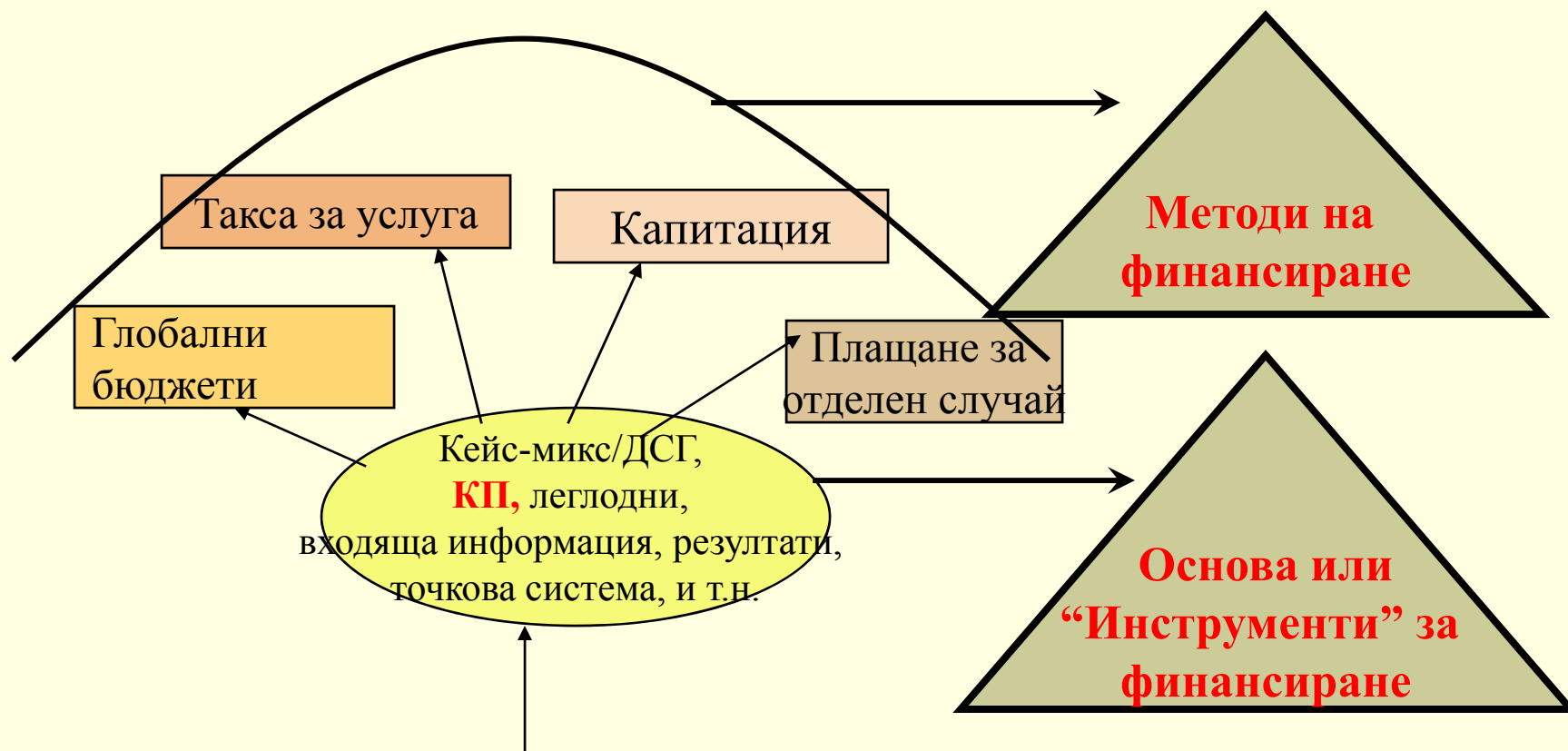
- Част I: Разбиране на кейс-микс, ДСГ и световни практики
- Част II: Технически изисквания за система на финансиране, базирана върху ДСГ и готовността на България
- Част III: Обръщане на внимание на притесненията, свързани с ДСГ и възможни следващи стъпки за България

# Новите механизми и инструментите за финансиране на здравеопазването трябва да:

---

- Разпределят ограничени ресурси обективно и безпристрастно
- Подобряват достъпа до здравни услуги
- Създават възможност услугите да се предоставят в най-подходящите условия
- Минимизират неефикасността и загубите
- Минимизират административната и клинична тежест
- Подобряват качеството на информацията, въз основа на която се взимат решения
- Подпомага процеса на непрекъснато повишаване на качеството, така че да се предоставят висококачествени здравни услуги

# Сравнение между Методи на финансиране и Инструменти за финансиране



**Необходими са точни и пълни данни, в идеалния случай на ниво пациент, за обосновка на всеки от избраните методи на финансиране!**

# Какво е “кейс-микс”?

- Кейс-миксът е **инструмент**, който категоризира видовете лекувани случаи в болницата, въз основа на подобни клинични и разходни характеристики, чрез който се:
  - Измерват видовете пациенти, които болниците лекуват (напр. набор от лекувани случаи вместо само обем/брой)
  - Измерват различията в “ресурсната интензивност” на лекуваните пациенти в различните болници
  - Разпределят ограничени ресурси по справедлив и безпристрастен начин, базиран върху изходните резултати на болницата, вместо върху посрещането на зададените от средата фактори
- **Най-разпространеният кейс-микс инструмент** (инструмент за категоризация на лекувани случаи), използван по целия свят, се базира върху групи диагнози и процедури, наречени **Диагностично свързани групи (ДСГ)**
- Кейс-миксът НЕ е инструмент, създаден за да:
  - Орязва парите на болниците
  - Контролира докторите или да диктува взимането на клинични решения вместо тях

# Класически характеристики на класификационна система, основана върху кейс-микс

---

- Медицински/клинично значими групи
- Ресурсно хомогенни/подобни групи
- Групи, създадени въз основа на обичайно налични и обективни данни, които могат да бъдат проверени
- Групите трябва да бъдат управляеми (нито прекалено малко, нито прекалено много) без компрометиране на клиничната или ресурсната хомогенност, а създаването на нови групи да бъде обосновавано от статистически анализи и клинични входящи данни

# Кратка история на развитието на Диагностично свързаните групи (ДСГ)

---

- ДСГ са инструмент за свързване на типовете пациенти, лекувани в една болница, с направените разходи или изразходвани ресурси, чрез групиране на пациенти въз основа на диагнози или процедури
- ДСГ са създадени въз основа на базови информационни елементи, клинични и икономически входящи данни, за да се обособят медицински и статистически значими групи
- Разходите, включени чрез категоризацията в различните случаи са били преразглеждани и когато е имало значителни разлики в тези разходи, са се създавали нови групи
- Днес има много адаптации на оригиналната, създадена в САЩ, система на ДСГ, а броят на групите варира от 500 до над 1000

# Данни, обичайно използвани за разпределяне на случаи към ДСГ

## ■ Кодове

- Основна диагноза
- Вторични/допълнителни диагнози, третиращи усложненията и коморбидитета
- Хирургични процедури

## ■ Възраст на пациента

- Или дата на прием и дата на раждане

## ■ Състояние при изписване

- Пациентът е починал,
- Пациентът е прехвърлен и т.н.

## ■ Пол

## ■ Продължителност на престой

- Въз основа на дата на прием и дата на изписване

## ■ Състояние на същия ден

## ■ Тегло при прием на новородено

- При възраст на или под 28 дни, както и на по-голяма възраст, ако тежи под 2500 грама

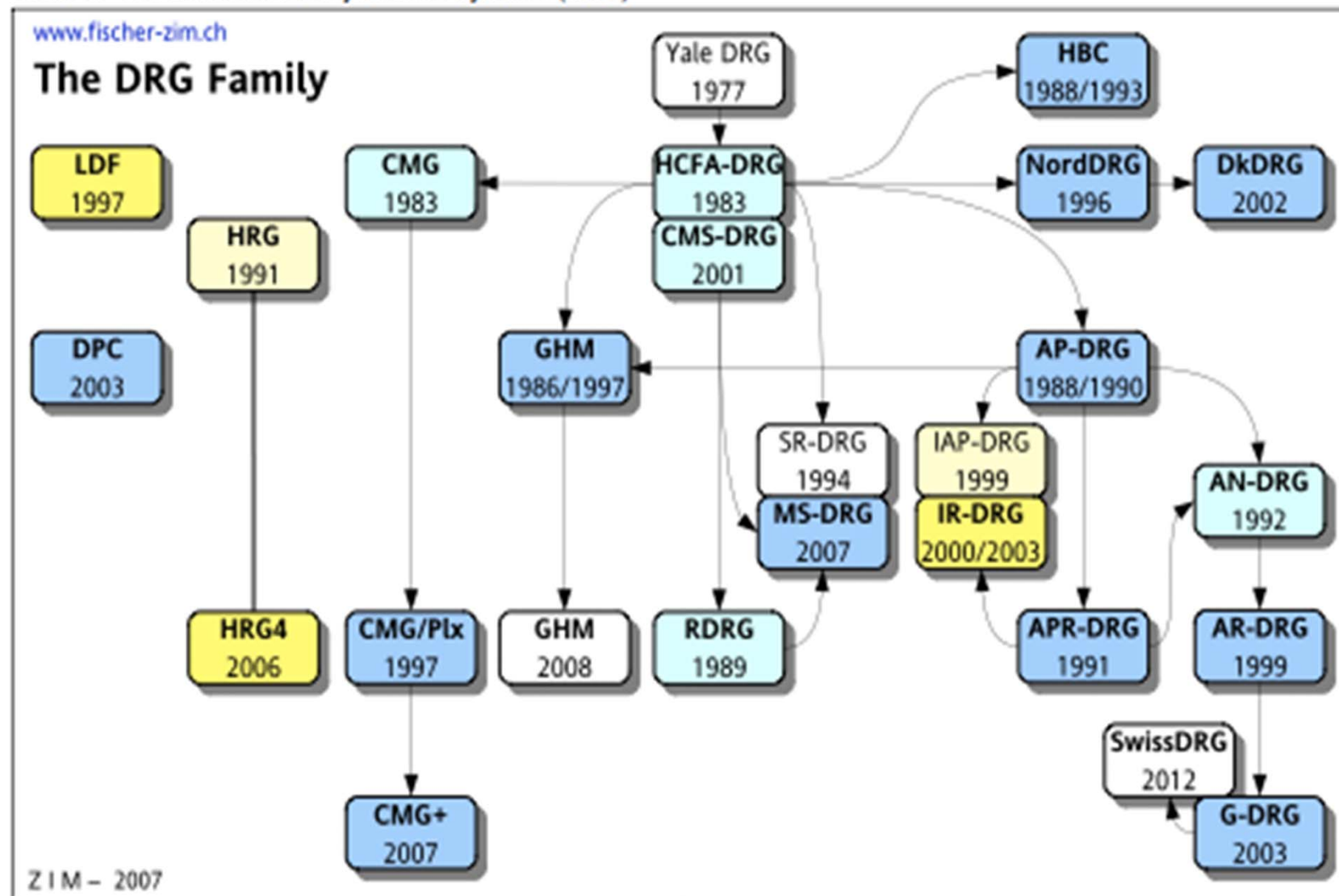
## ■ Психично здраве/правен статус

- Доброволно или принудително



# Развитие на ДСГ в международен план

Table 1: The Extended Family of DRG Systems (2007)



## Кой използва или проучва ДСГ?

- Естония
- Австралия
- САЩ
- Франция
- Португалия
- Канада
- Ирландия
- Италия
- Испания
- Германия
- Унгария
- Чехия
- България
- Румъния
- Словения
- Молдова
- Грузия
- Швейцария
- Англия
- Коста Рика
- Исландия
- Норвегия
- Швеция
- Дания
- Финландия
- Белгия
- Холандия
- Япония
- Сингапур
- Малайзия
- Тайланд
- Корея
- Тайван
- Китай
- Нова Зеландия
- Турция
- Южна Африка
- Латвия
- Литва
- Гана
- Много други

# Защо толкова много държави използват или проучват Кейс микс подхода/ДСГ?

- Най-същественото приложение на ДСГ е финансирането, тъй като държавите:
  - Не могат да си позволят да останат със системи, в които се плаща на принципа такса-за-услуга или с отворени разплащателни системи, в които разходите непрекъснато и бързо се покачват
  - Искат да разпределят ограничените ресурси обективно и справедливо
  - Искат да елиминират загубите
  - Искат да създадат стимули за доставчиците, така че да предоставят рентабилна и висококачествена здравна грижа
  - Искат да създадат условия, в които рискът да е поделен между платеща и доставчика
- Сред приложенията на Кейс микс подхода/ДСГ са:
  - Създава се прозрачност за минимизиране на измамите, злоупотребите и загубите
  - Генерират се репери (бенчмаркинг) и проследяване на качеството в и между болниците и държавите
  - Създаване на стандарт за медицинска практика/клинични пътеки/протоколи
  - Проучвания (епидемиологични, икономически и т.н.)
  - Други

# Примери за измерими резултати, наблюдавани при приложението на ДСГ

- Прозрачност на предоставените услуги, къде и за колко – измеримо
- Намаляване на продължителността на престоя – измеримо
- Намаляване на разходите за лекуване на един случай – измеримо
- Движение на здравните услуги през различни условия – измеримо
- Взимащите решения на централно и на болнично ниво използват данни за нуждите на управлението в своята работа – донякъде измеримо
- Подобрили резултати в здравеопазването/качеството на здравната грижа – донякъде измеримо
- Засилено сътрудничество между всички играчи на сцената на политиките в здравеопазването – измеримо
- Други... Добре е да се дефинират други мерки за ефикасност и да започне обвързването на финансирането с постигането на по-високо качество!

# Хронология на ДСГ и подхода Кейс микс в България

- В България има дълга история на проучванията на ДСГ
  - Проучванията са започнали още в началото на 90-те години на ХХ век
  - Осъществяват се много пилотни проекти
  - Проведени са обучения по кодиране, остойносттаване, управление и др.
  - Има събирани и анализирани клинични данни и данни за разходите, които са на разположение
  - Изготвяни са симулации на бюджети на болници с приложени ДСГ
  - Осъществени са инфраструктурни разработки и трансфер на знания
  - В България съществува технически капацитет за ДСГ
- Но до сега в България не са въведени ДСГ... Защо?
  - Вместо това са въведени КП, като първоначално те са били пътеки/протоколи за клинична грижа и впоследствие са били използвани като основа за договарящата/финансиращата система, уговорена между Български лекарски съюз и Националната здравноосигурителна каса
  - Структурата и приложението на КП днес са доста по-различни от първоначално създадените и те не функционират като ефективен инструмент за базирано върху резултатите финансиране

# Едно и също нещо ли са КП и ДСГ?

- Да... в следното:
  - И двете са инструменти, насочени към измерване на резултатите или продуктивността на болниците
  - И двете могат да бъдат описани като инструменти на подхода “Кейс микс”
  - Първоначалните КП са били по-близо по своята структура до ДСГ, отколкото са днес
  - В сравнение с ДСГ, КП описват по-голяма част от дадена клинична пътека/протокол
- Не...когато става въпрос за това как съответният инструмент се използва при финансирането
  - ДСГ-финансирането е в по-голяма степен базирано върху “резултатите”, отколкото КП-финансирането
    - ДСГ не включват изисквания към клиничните или административните “резултати” като част от алгоритъма за групиране или заплащане, като предоставянето на определени изследвания или услуги, наличието на специфично оборудване, минимална продължителност на престой, численост на болничния персонал и т.н.
  - Финансиращите системи, базирани върху ДСГ, изглежда създават повече стимули за ефикасна работа, отколкото въведената в България система на финансиране, базирано върху КП

# Плюсове и минуси на КП

## Плюсове

- Финансиране, базирано върху резултатите, което е за предпочитане пред старата система за финансиране въз основа на входящи данни
- Предвидените да помагат КП описват пътеките/протоколите за клинична грижа
- Използвани са и хората ги разбират (това е възможен минус, тъй като доставчикът знае как да използва или манипулира системата)
- Административните правила и изисквания, заложи в алгоритмите на КП биха могли да бъдат сметени от някои за необходими да “ограничават” това, което болниците могат да направят
- Други...

## Минуси

- Административните и клинични изисквания се използват за ограничаване на финансирането и сключването на договори
- Цените се договарят и биха могли да не отговарят на действителните разходи
- Не се възнаграждават ефективно работещите болници
- Биха могли да бъдат предоставяни ненужни изследвания и услуги, за да се отговори на изискванията на КП
- Не е ясно как се създават нови КП или как се разделят съществуващите
- Затрудняват се сравненията в международен план
- Други...

# Трябва ли България да се насочи към финансиране на болниците, базирано върху ДСГ?

## ■ Да...

- Ако има съгласие, че начинът, по който се използват в момента КП за финансиране на болниците е компрометиран и не може да бъде поправен/променен
- Ако ДСГ бъдат въведени по различен от КП начин, така че резултатът да е действително финансиране, базирано върху резултатите с ефективни стимули и без отворени бюджети
- Ако годишните актуализации на цените могат да бъдат правени въз основа на обективни данни за разходите, вместо чрез преговори, и ако създаването на нови групи се основава на обективни клинични данни и данни за разходите
- Ако има полза от сравненията в международен план
- С разбирането, че никоя платежна система не е идеална, но въпреки че промените ще коригират някои от пукнатините в съществуващата система, те също така ще генерират различни положителни и отрицателни стимули, чието въздействие ще трябва да бъде мониторирано

## ■ Не...

- Ако ДСГ заменят КП като “инструментът” използван при финансиране и договаряне с болниците, но без въвеждане на други промени, то тогава България няма да бъде в по-добро положение и може да няма нужда да продължава с ДСГ!

*Преди да се върви напред, е важно да бъдат разбрани техническите изисквания и да се обърне внимание на обичайните притеснения, свързани с ДСГ*



# **Част II: Технически изисквания към система на финансиране, базирана върху ДСГ и готовността на България**

---

# Въвеждането на ДСГ изисква три основни технически компонента

- Компонент 1: Формулиране на случаите
  - Изисква клинични/кодирани пациентски данни (диагнози и процедури)
  - Изисква демографски данни и няколко други информационни елемента
  - Изисква подбор на класификационна система, която да разпределя случаите в ДСГ
  
- Компонент 2: Определяне на разход за всеки от случаите
  - Необходими са данни за разходите, за да се създадат съответни стойности (може да са събрани в държавата, или взети назаем от подобна държава)
  - Необходими са данни за общите разходи/бюджет, за да се генерират цени на ДСГ
  
- Компонент 3: Политически решения за въвеждане на финансиране, базирано върху ДСГ
  - Прилагане на корекции, преходен план, други (напр. видове болници, местоположения и т.н.)
  - Симулации, моделиране и анализи

# Технически характеристики

## 1. Формулиране на случай

- Формулиране на случаите, лекувани от болниците
  - Клинично кодиране на пациентите (диагнози и процедури) и друга демографска информация, необходима за разпределянето на болничните пациенти в ДСГ
  - Събиране на клинични и демографски данни
  - Избор на класификационна система за групиране на случаите в ДСГ (напр. MS-DRG от САЩ, Австралийски ДСГ, Норд-ДСГ, и т.н.)
  - Анализи

# Технически характеристики

---

## 2. Определяне на разход за всеки от случаите

- Необходими са данни за разходите на ниво болница и пациент, за да се изчисли средният разход за всеки пациент по ДСГ
  - Трябва да бъдат точно остойностени както преките, така и режийните/косвените разходи на болницата, като при остойностяването може да бъде приложен подход отгоре-надолу или отдолу-нагоре, за да се разпределят тези разходи на ниво пациент
  - Ако данните са недостатъчно, или все още не съществуват, стойностите на разходите могат да бъдат заети или преписани от други подобни държави
- Цел на определянето на разходи към всяка ДСГ:
  - Разбиране на ресурсите, необходими за обгрижване на пациентите
  - Разработване на относителни стойности, които позволяват сравнения на относителните разходи за различните видове услуги
  - Изчисляване на индекс за всяка болница, който да измерва интензивността на използваните за лечението на пациентите ресурси (напр. Кейс микс индекс)
  - Определяне на цена на всяка ДСГ, за да се генерира пълна “ценова листа” на ДСГ
  - Да служат като основа на финансираща система
  - Дават възможност за бенчмаркинг, сравнителни анализи и т.н.

# Технически характеристики

---

## 3. Взимане на политически решения

- За въвеждането на ДСГ при финансирането са необходими политически решения
  - Избор на базисна/референтна цена
  - Използване на корекции за вид болница, местоположение в държавата и т.н.
  - Прилагане на преходни механизми
  - Обръщане внимание на други междусекторни въпроси като: капиталови разходи, обучение и проучване, разходи за лекари, извънредни/необичайни случаи, случаи с прехвърляне, затваряне на болници, преустройство на съществуващия капацитет, изравняване на стимулите в различните сектори на здравеопазването, мониторинг за измами и злоупотреби, мониторинг на качеството и т.н.
- Провеждането на симулации и анализи е от ключово значение!
  - Необходим е целеви или разходен бюджет (фиксиран, а не гъвкав бюджет)
  - Трябва да бъдат подбрани и симулирани различни параметри
  - Окончателно избраните параметри ще се основават до голяма степен върху увереността ви в данните, с които разполагате (клинични и финансови) и колко бързо иска правителството да промени съществуващото положение към нова система
  - Разпределяне на институционалните роли и отговорности – “кой какво ще прави”

# Обединяване на всичко заедно...За система на финансиране, базирана върху ДСГ

- След като случаите бъдат разпределени в ДСГ, ще е известен броят и видовете случаи, които всяка болница лекува
- След като бъде изчислен средният разход за всеки отделен случай, както и средният разход за всяка ДСГ, ще бъде налична информация за относителната стойност на услугите и тя може да служи като основа за системата на финансиране
- За определянето на средна/базова цена е необходимо целево изразходване на средства
- Необходими са политически решения относно това как и кога да се прилага, както и какви корекции или промени са нужни
- Цел = **безпристрастно** и справедливо разпределяне на ограничени ресурси към болниците, въз основа на видовете лекувани случаи чрез създаването на:
  - Платежна система – модел, базиран на транзакции
  - Бюджетиране/договаряне – съгласуване на бюджети на тримесечие, годишно и т.н.

# Статус на техническата подготвеност на България да продължи напред с ДСГ

- Избор на кодиращи системи (диагнози и процедури)
  - ☑ **Да, България вече разполага с такива**
- Избор на класификация (метод за групиране на ДСГ)
  - ☑ **Да, в България вече е избрана**
- Клинични и демографски данни на разположение за групиране на пациентите в ДСГ
  - ☑ **Да, България разполага с такива**
- Наличност на данни за разходите или избор на методология за остойностяване или “заемане” на относителни стойности
  - **Вероятно е България да разполага с някои данни, но е необходимо те да бъдат прегледани/прецизирани**
- Избор и симулиране на финансиращи политики, формули и корекции на моделирането, преходни политики и т.н. за ДСГ
  - ☑ **Подготвени от преди първични симулации, които биха могли да бъдат преразгледани като отправна точка**
    - **Необходимо е да бъдат проведени нови симулации и да бъде изготвен работен план**
- Разпределяне на институционалните роли и отговорности (включително собственост и обмен на данните)
  - **Трябва да бъде направено, ако ще се въведат ДСГ**

**Част III: Обръщане на внимание  
на притесненията, свързани с ДСГ  
и възможните следващи стъпки  
пред България за напредване от  
финансиране на болниците,  
базирано на КП към финансиране,  
базирано на ДСГ**



# Обичайни притеснения, свързани с ДСГ

---

- ДСГ и КП са еднакви, затова няма нужда от промяна
- Имаме нужда от 30-40% повече пари преди да могат да бъдат въведени ДСГ
- Инфраструктурните разходи при въвеждането на ДСГ са твърде големи
  - Например, нашите информационни системи не са готови, а нашите болници имат нужда от повече персонал, компютри и т.н.
- Нашето кодиране е твърде лошо, за да се въведат ДСГ
- Нямаме добри/точни/достоверни данни за разходите

# Обичайни притеснения, свързани с ДСГ (продължение)

---

- Нямаме достатъчно знания/информация за въвеждане на ДСГ
- Въвеждането на ДСГ означава, че ще има увеличение на разходите
- Ще има повече измами и злоупотреби в системата, тъй като ДСГ създават стимули за увеличаване на лекуваните от болниците случаи/обем
- Пациентите ще бъдат изписвани по-бързо и по-болни от болниците и смъртността ще се увеличи
- Други... какво друго сте чули?

# Някои заключения относно обичайните притеснения, свързани с ДСГ...

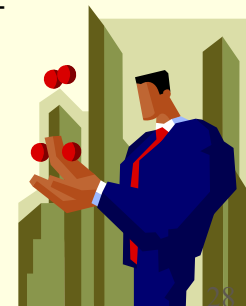
- Финансирането, базирано на ДСГ създава стимули за намаляване на разходите чрез намаляване на продължителността на престоя, предоставянето на по-малко изследвания/услуги и т.н., но тези неща не трябва да се случват за сметка на грижата за пациента и трябва да бъдат следени
- Ако дълговете на болниците бъдат опростени или им бъдат отпуснати допълнителни средства, то тогава няма да има никакъв стимул те да работят ефективно. Това не е “недостатък” на инструмента на финансиране, а проблем с прилагането му
- Може да се осъществи успешно въвеждане с минимална степен на кодиране и остойностяване, докато се използват корекции и преходни политики
- Ако ДСГ бъдат въведени правилно, може да бъде постигнато следното:
  - Справедливо и безпристрастно разпределение на ресурси
  - Предоставяне само на необходимата грижа (напр. без минимална продължителност на престоя)
  - Грижа, предоставяна в подходящи условия (напр. амбулаторно вместо в болница)
  - Ефективно предоставяне на здравната грижа (напр. могат да бъдат елиминирани ненужните изследвания, услуги и ненужната инфраструктура), и

# Ключови следващи стъпки пред България за разработване на работен план за въвеждане на финансиране, базирано върху ДСГ

---

- Обсъждане и решение относно следното:
  - Възможно решение за България ли е въвеждането на ДСГ?
  - Трябва ли да се прецизират КП, вместо да бъдат заменени с ДСГ?
  - Възможно ли е да бъдат постигнати ключови аспекти от по-широките цели на реформата в здравеопазването в рамките на съществуващата система за финансиране на болниците, или са необходими корекции?
- За да бъдат разбрани опциите за това как могат да бъдат въведени ДСГ, трябва да бъдат проведени симулации:
  - Осигуряване на клинични данни (т.е. случаи) и данни, групирани в ДСГ и КП
  - Осигуряване на данни за разходите (т.е. общо средства, които трябва да бъдат разпределени чрез ДСГ)
  - Осигуряване на данни за разходите или за относителни стойности – изчислени или заети
  - Разработване на базови/референтни цени, съпоставящи ДСГ и КП
  - Избор и симулиране на различни възможности за провеждане на ДСГ политики (т.е. корекции, преходни политики и т.н. )
  - Изготвяне на проект на работен план

**Кой ще участва в екипа на малката техническа работна група по въпросите на ДСГ?**



# Резюме

- Финансирането, базирано на лекуваните случаи може да бъде въведено по различни начини, но за да се създадат ефикасни стимули, трябва да бъдат взето предвид следното:
  - Отворените бюджети пречат на болниците да бъдат ефикасни
  - Медицинските стандарти, свързани с прием на пациенти в болница са важни за предоставянето на здравната грижа в подходящи условия
  - От изключително значение е въвеждането на силни механизми за одит и мониторинг
  - Трябва да бъдат използвани точни, обективни и надеждни данни
  - Системите и персоналът трябва да бъдат готови
  - От ключово значение са стимулите, които допринасят за ефикасността и високото качество!
  
- Ако не бъдат въведени ДСГ, то тогава вземащите решения трябва внимателно да преценят дали системата на финансиране, базирана на КП, така както тя функционира към момента ще бъде в състояние да постигне целите на системата за здравеопазване и ако не, да определят какво е необходимо за подобряването ѝ
  
- Преходът от КП към ДСГ изисква техническа работа, но в по-голямата си част изисква политическа воля

# В заключение... Въздействие от въвеждането... Сега и впоследствие

След 5 години... Как ще изглеждат в България услугите в здравеопазването, предоставянето, качеството и цената им?

- Ще има ли по-малко хоспитализации?
- Ще бъдат ли по-подходящи хоспитализациите?
- Ще бъде ли засилено използването на извънболничната грижа за болните?
- Директорите на болници ще управляват ли истински болниците?
- Ще продължават ли да бъдат опрощавани дълговете на болниците?
- Ще сме се ли научили ли да използваме ограничените ресурси по-ефикасно?

Не е лесно да се отговори на тези и други въпроси, но ако има действително работеща кейс микс система като тази с ДСГ, **тогава в следващите няколко години ще можем да видим някои “измерими” промени!**