



Переход от "Проекта" к развертыванию: система финансирования, основанная на количестве пациентов

Dana Burduja, MD, MPH

Координатор румынского проекта DRG, DHHS

dburduja@cmb.ro

Вашингтон, июль 2002 года

РУМЫНИЯ:

23 000 000 населения

42 округа

Столица – Бухарест, 2 500 000 жителей

Система социального медицинского страхования (1997)

4,2% ВВП на здравоохранение (2002 год) – 70 долларов

США на человека

Основные участники системы здравоохранения:

Министерство здравоохранения и семьи – политика

Национальная страховая палата – финансирование

Врачебная коллегия – качество медицины

Провайдеры – первичное здравоохранения, амбулатории, БОЛЬНИЦЫ, другое



Проблемы/Решения

- Недостаточно финансируемая система
- Необъективное ассигнование больших потребителей – **БОЛЬНИЦ (70%)**
- Неэффективные траты, расточительство на больничном уровне
- Отсутствие данных об отдаче больниц
- Приемлемое качество медицины
- Отсутствие автономии, стимулы/препятствия на больничном уровне
- Слабое взаимодействие между ключевыми игроками системы здравоохранения
- Повышенный процент ВВП на здравоохранение - **ПОЛИТИЧЕСКОЕ решение!!!**
- **СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНИЦ, ОСНОВАННАЯ НА КОЛИЧЕСТВЕ ПАЦИЕНТОВ** (техническое и политическое решение)
- **Общественное вовлечение и интегрированный подход к реформе здравоохранения**

Практическое решение: Система финансирования, основанная на количестве пациентов

ЦЕЛИ:

Общие

- Улучшить прозрачность в выделении ограниченных средств, имеющихся для больниц
- Уменьшить неэффективность и растраты на уровне больничного потребления
- Обеспечить данными для политики в области здравоохранения и развития механизма управления больницами
- Сохранить или улучшить качество услуг, предоставляемых на больничном уровне

ЦЕЛИ:

Специальные

- Создать среду, в которой технические механизмы будут передаваться местным и национальным учреждениям и лицам, принимающим решение
- Увеличить внутренние способности покупок учреждениями и владение при внедрении системы финансирования, основанной на количестве пациентов

Проект

УЧРЕЖДЕНИЯ:

- Национальная палата медицинского страхования
- Министерство здравоохранения и семьи
- Национальный центр медицинской статистики
- Институт управления здравоохранением
- Врачебная коллегия
- Министерство финансов
- 23 больницы (всех типов)
- АМР США Румыния
- DHHS, США

КОМАНДЫ:

- Управление проектом
- Кодирование
- Управление системами информации
- Калькуляция
- Коммуникация
- Законодательство/Политика/Регулирование
- Качество
- Образование

Проект и выполнение

2001

- Кодирование ICD 10 в больницах
- Сбор электронных данных на уровне пациента
- Группирование
- Анализ данных
- Сбор электронных данных о затратах в отделениях
- Моделирование схемы возмещения
- Предварительный план внедрения на национальном уровне

2002

- Действительное возмещение финансов, основанное на количестве пациентов, в больницах, участвующих в проекте (заключение контрактов, кодирование, сбор данных, группирование, финансирование)
- Обучение кодированию ICD 10 на национальном уровне
- Действует команда по выполнению стратегии
- Операционный анализ данных (качественные индикаторы)
- Стратегия выполнения узаконена, и начато ее внедрение

Внедрение

2002 год

- Финансирование 23 больниц
- Стратегия внедрения – команда и план – операционный
- Обучение кодированию ICD 10 на национальном уровне завершено
- Сбор электронных клинических данных о пациенте подготовлен для национального уровня
- Сбор электронных данных об уровне затрат стартовал на национальном уровне
- Продолжается анализ собранных данных
- Создание Центрального учреждения, ответственного за техническое внедрение

2003 год и далее...

- Финансирование 23+ больниц
- Уточнена текущая стратегия внедрения
- Продолжается национальный сбор электронных данных на уровне пациента
- Продолжается национальный сбор электронных данных о затратах
- Разрабатывается и внедряется национальный сбор электронных данных о затратах на уровне пациента
- Уточнение схемы возмещения
- Продолжается работа Центрального учреждения

Проблемы

- Ограниченное финансирование системы здравоохранения, что отражается на центральном/учрежденческом и на больничном уровнях
- Слабый диалог на политическом и техническом уровне между центральными учреждениями в медицинском секторе, а также с больницами
- Потребность в политических и технических знаниях, консенсусе и поддержке на уровне центральных и местных провайдеров
- Конкурирующие и часто конфликтующие стимулы в системе здравоохранения
- Слабый опыт межучрежденческого представительства, командной работы и определенного и предполагаемого специфического владения и лидерства

Факторы успеха

- Определен технический механизм, который направлен на несколько целей и задач
- Полученный в стране технический опыт с ограниченной, однако продолжающейся внешней технической помощью
- Создание 2 уровней поддержки: технического - для политической индукции, и политического - для поддержки технических рекомендаций
- Действия - текущее направление внедрения
- Создать и передать лидерство и собственность; достигая политической поддержки, с четким пониманием объема “проекта”, а не просто того, чем учреждения будут владеть и что выполнять.

Достижения и полученные уроки

- **Политическая поддержка, лидерство и владение предполагается на центральном и местном уровнях**
- **Развертывание ядра местных экспертов/технической помощи и управление механизмами финансирования, основанном на количестве пациентов**
- **Внедрение на национальном уровне было запланировано и согласовано для всех румынских больниц неотложной помощи к концу 2004 года**