

Оплата больниц в Эстонии: движение в сторону планирования, основанного на нуждах, и введение правильных стимулов

Томас Палу Toomas Palu

Член правления Эстонского фонда
медицинского страхования (ЭФМС)

Проблемы, с которыми сталкивается эстонский больничный сектор

Все еще слишком много больниц

- 78 больниц для 1,4 миллиона человек в 2000 году

Больничное лечение неэффективно

- система оплаты лечения стимулирует предоставление услуг, а не наиболее эффективное лечение пациентов
- СРБ все еще 9 дней
- нет разграничения между острой и долгосрочной помощью

В ожидании, когда возрастут больничные элективные службы

Инвестиции в больничный сектор непостоянный, больничная структура ухудшается

финансирование капитальных вложений составило 2% всех расходов на здравоохранение в 2000 году по сравнению с 10% в странах ЕС и США

Ключевые реформы больничного финансирования: 2002-2003

Введение больничной оплаты, основанной на количестве пациентов для дополнительных стимулов эффективности

- NordDRGs

Отделение контрактного планирования от исторически сложившегося спектра больничных услуг, планирование в соответствии с потребностями пациентов.

- оценка потребностей
- мониторинг времени ожидания и создание приоритетов в очередях

Оптимизирование больничных мощностей

- слияние больниц
- отделение острого ухода от долгосрочного ухода

Введение капитальных затрат в цену и регулирование крупных капиталовложений

- увеличение цен через капитальные затраты и “сертификаты потребностей”

Легализация совместных выплат для больничного ухода

Больничное финансирование, основанное на количестве пациентов: внедрение NordDRGs в 2003 году

DRGs (диагностические группы) Северных стран

- используются Северными странами
- 498 ДГ
- основаны на ICD-10 и классификации NOMESCO-NCSP

Почему NordDRGs?

- Количество случаев чересчур мало, чтобы разрабатывать собственную эстонскую систему
- Имеющиеся данные соответствуют логике NordDRG, например, AR-DRG (Австралия) требуют детальной информации о сочетанных заболеваниях
- Северные страны расположены рядом, доступна техническая поддержка

Эстонский набор по внедрению ДГ

Прочная методология

- Nord DRGs
- Принятие кодирования NCSP

Прочные данные для больничных смешанных случаев

- Прекрасная база данных по больничной эффективности

Достоверная информация о больничных расходах

- Расчет стоимости лечения основан на данных оплаты за услуги

Значительная поддержка ИТ

- Никогда не бывает достаточной

Обеспечение качества

- Руководства комиссии ЭФМС по ведению заболеваний и медицинскому аудиту
- Регулярные проверки медицинской документации, основанные на случайной выборке

Управление переменами

- Постепенное введение: в 2003 50% расходов будет базироваться на ДГ
- Инвестиции в обучение персонала больниц
- Стимулирование ДГ и обратная связь с больницами
- Поддержка прогрессивных директоров больниц

10 ОСНОВНЫХ ЭСТОНСКИХ ДГ ПО СТОИМОСТИ лечения*

ДГ	Наименование	% стоимости	Стоимость (ЭК)
373	Нормальные роды без осложнений	2,95%	45 231 195
430	Психозы	2,88%	44 184 304
105	Процедуры с сердечными клапанами с/без катетеризации	2,80%	42 870 424
483	Трахеостомия, кроме диагнозов лица, шеи и нижней челюсти	2,69%	41 219 090
112	Чрескожная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний	2,65%	40 598 849
211	Процедуры на бедре, пациенты старше 17, без осложнений	1,88%	28 778 315
39	Процедуры с хрусталиком глаза, с или без витректомии	1,64%	25 149 968
140	Стенокардия (<i>angina pectoris</i>)	1,64%	25 071 615
14	Определенные цереброваскулярные заб-я кроме транзиторной ишемии	1,52%	23 264 651
359	Процедуры на матке и яичниках, незлокачественные новообразования без осложнений	1,52%	23 195 885
Всего			1 533 194 564

* Предварительные результаты

10 основных эстонских ДГ по количеству случаев*

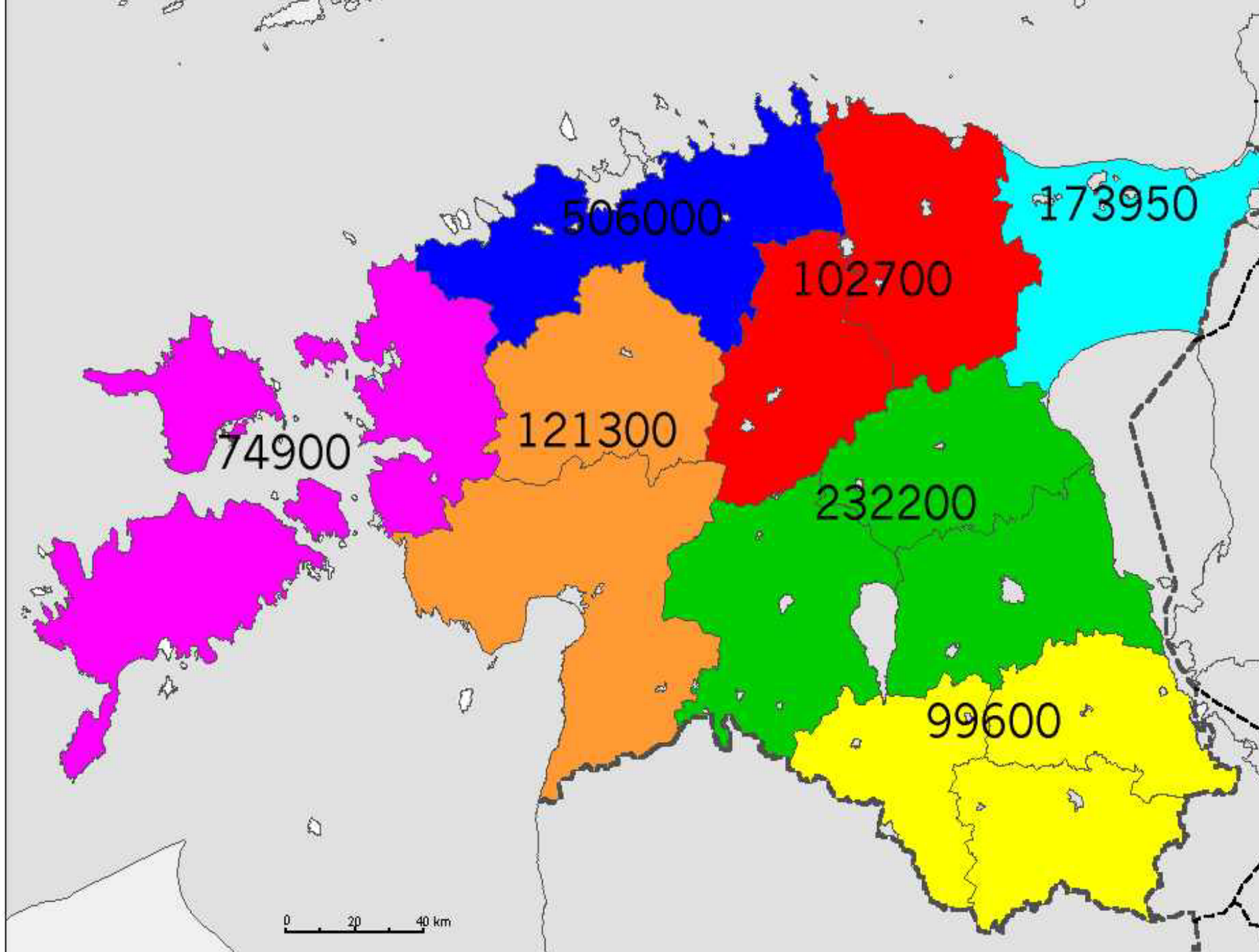
ДГ	Наименование	% случаев	Кол-во случаев
467	Другие факторы, влияющие на состояние здоровья	4,53%	14 398
381	Аборт путем расширения матки, выскабливания, аспирационного выскабливания или гистерэктомии	3,41%	10 831
373	Нормальные роды без осложнений	3,13%	9 950
134	Высокое кровяное давление	1,77%	5 629
284	Легкие кожные нарушения без осложнений	1,70%	5 383
430	Психозы	1,68%	5 348
42	Внутриглазные нарушения, кроме радужки, сетчатки, хрусталика	1,62%	5 157
243	Медицинские проблемы с позвоночником	1,62%	5 143
70В	Средний отит, возраст 0-17 лет, без осложнений	1,59%	5 047
364	Расширение и выскабливание, конус, незлокачественные новообразования	1,57%	5 000
Всего			317 526

*

Предварительные
результаты

Оценка потребностей и планирование контрактов

- Анализировать вариации использования службы между 7 пулами населения как репрезентативными группами проявления потребностей
- Использование концепции базы данных
 - база данных как инструмент ИТ для регулярного получения данных с базы данных ЭФМС
 - таблица оценки основных потребностей
- Верифицировать анализ с врачами для максимального отделения потребностей в снабжении от медицинских потребностей
- Планировать контракты согласно результатам оценки потребностей



Оценка потребностей и планирование контрактов в ЭФМС

- Анализировать вариации использования службы между 7 пулами населения как репрезентативными группами проявления потребностей
- Использование концепции базы данных
 - база данных как инструмент ИТ для регулярного получения данных с базы данных ЭФМС
 - [таблица оценки основных потребностей](#)
- Верифицировать анализ с врачами для максимального отделения потребностей в снабжении от медицинских потребностей
- Планировать контракты по объему и стоимости согласно результатам оценки потребностей

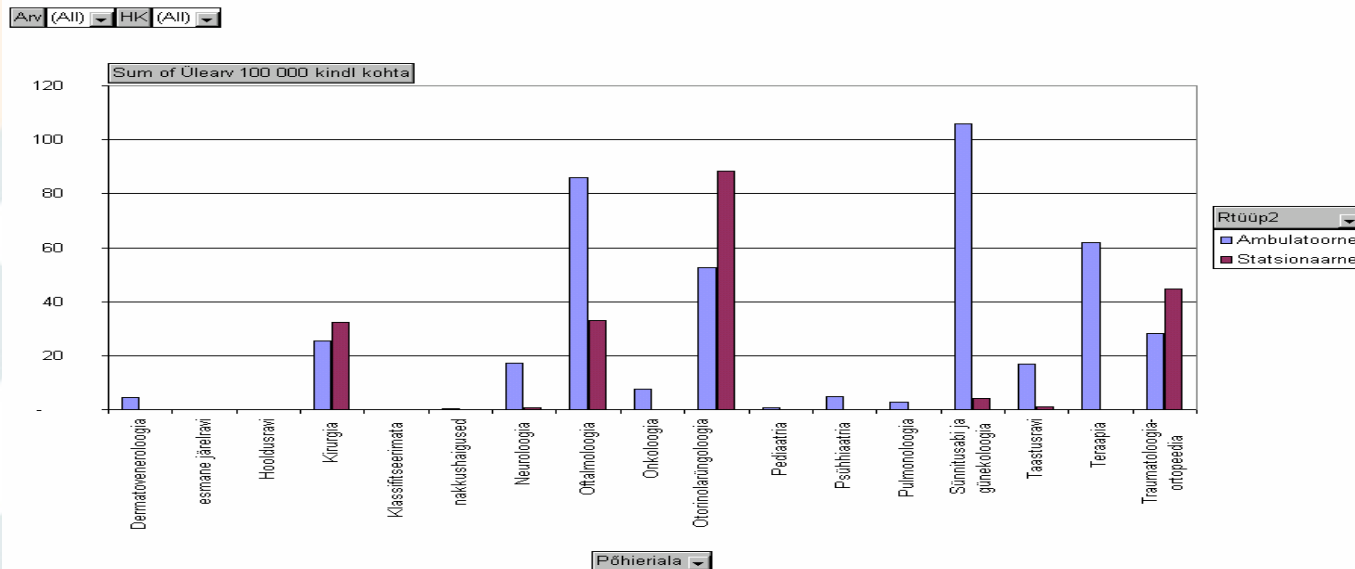
Структура контракта ЭФМС по объему и СТОИМОСТИ

Specialty	Ambulatory patients	Cost per case	In-patients	Cost per case	Total
Cardiology	1000	50	100	5000	550 000
General surgery	1000	50	200	5000	1 050 000
...					
Contract reserve (5-15 %)					100 000
Total	2000		300		1 700 000

Мониторинг времени ожидания в больницах

Отчет о стандартных периодах ожидания введен в 2002 году

- Отчет больниц, разбивка и специальности, и по отраслям ЭФМС
- Стандартизированный по населению (на 1000 человек), некоторые действия должны быть предприняты, если время ожидания превышает 6 месяцев



Установление первоочередности

Применение протоколов установления первоочередности

- очередь на замену сустава или хирургия катаракты
- оценка потребности, например,
 - физическое ухудшение (острота зрения, двигательная функция)
 - боль
 - способность к работе, обеспечению ухода для иждивенцев, жизни независимо
- протоколы основанные на новозеландском опыте

Люди с более высокими потребностями лечатся быстрее

Оптимизация больничных мощностей

Внедрение через Рациональный "Hospital Masterplan 2015"

- Правовая больничная реформа. Инкорпорация по отдельному закону фондов (трастов) и акционерных обществ
- Слияние больниц - решение проблем эффективности на уровне управления больницами
- В 2001 году ЭФМС имел 17 больничных контрактов в Таллинне
В 2002 году ЭФМС имел 4 больничных контракта в Таллинне
- Поддержка путем контракта с ЭФМС
- Разработка концептуального решения долгосрочного ухода
- Решения проблем инвестирования сектора здравоохранения

	1993	1999	2001	2015
Количество больниц	115	78	67	13
Количество коек	14 377	10 358	9160	3500
Количество ДПБ	15,4	9,9	8,7	4

Реформа финансирования больничных капиталовложений

Основные черты реформы

- капитальные расходы будут включаться в цену ЭФМС в 2003 году
- больницы будут выплачивать капитальные выплаты на имущество, которое они получили бесплатно от государства
- больницы будут принимать собственные решения по инвестированию
- для дорогих вложений потребуются “сертификат потребностей”, выданный Государственным советом по здравоохранению
- политика даст дополнительные стимулы для освобождения от ненужных больничных зданий и оборудования

Регулирование совместных выплат для больничных служб

Закон о медицинском страховании 2002 года легализирует совместные выплаты в больничные службы

- Базовый уровень совместных выплат при стандартных условиях пребывания составляет 1,6 евро за больничный день в 2002 году
- Совместная выплата может быть потребована на срок до 10 дней пребывания в больнице
- Совместная выплата может меняться ежегодно в зависимости от уровня инфляции

Совместная выплата могут взиматься за услуги свыше стандартного ухода

- Стандарты все еще нуждаются в определении
- Пациент платит полную стоимость, если хочет обойти очередь
- При условии, что это не увеличит время ожидания для других пациентов в очереди