
Доклад в Москве 12.10.2010 г.

Система DRG в Германии

—

Модель расчетов за стационарные медицинские услуги

Рольф Д.Мюллер
председатель правления
AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

Содержание

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц
2. Основы финансирования больниц
3. Система DRG

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Страхование

Основа

- Общее обязательное страхование
- Круг лиц: обязательное страхование/ добровольное членство/члены семьи

Обязательное страхование

- работающие с минимальным уровнем доходов
- другие лица обязательного страхования

Добровольное членство

- после выхода из обязательного страхования возможно добровольное членство
 - предпосылки

Члены семьи

- Страхование без уплаты членских взносов
 - предпосылки



1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Задачи страховых компаний

Социальный заказ

- здоровье застрахованных лиц
- равенство страхового обеспечения
 - но: выборочные тарифы

Услуги

- профилактика заболеваний
- раннее выявление
- лечение
- сопровождение беременных и здоровье матери и дитя



1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Финансирование

Основа

- взносы членов и их работодателей
- размер взносов определяется уровнем экономической производительности
- паритетное финансирование (отход с 2005 г.)
- сбор и распределение через страховые фонды (фонды здоровья)

Основа для расчетов

- доходы, от которых исчисляется размер обязательного взноса

Установление размера взносов

- федеральное правительство

Снятие рисков

- широкое регулирование за счет страховых фондов



1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Услуги (обзорно)

- Профилактика и меры по укреплению здоровья
- Раннее выявление заболеваний
- Услуги по предупреждению беременности (при стерилизации и прерыванию беременности)
- Лечение пациентов
 - например, врачебные услуги, стоматология, стационарное лечение, медикаменты
- Медицинская реабилитация
- Выплаты по болезни
- Сопровождение беременных и здоровье матери
- Транспортные услуги

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Члены/ застрахованные в АОК Berlin

2009

Члены	534.384
Застрахованные	711.263

Quelle: KM 13

Доля рынка АОК Berlin в ОМС Берлина

2009

2010

Члены	2009	2010
АОК Berlin	535.864	539.844
ОМС Берлин	2.106.795	2.124.151
Доля в %	25,4	25,4
Застрахованные		
АОК Berlin	718.416	723.573
ОМС Берлин	2.763.647	2.780.457
Доля в %	26,0	26,0

Quelle: KM 6 BMG Stichtag: 01.07.

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Поступления и выплаты АОК Berlin в €

Поступления	2.266.126.077,20
Выплаты	2.295.975.799,95

Quelle: KJ 1

Сотрудники АОК Berlin в 2009

около 2400 человек

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

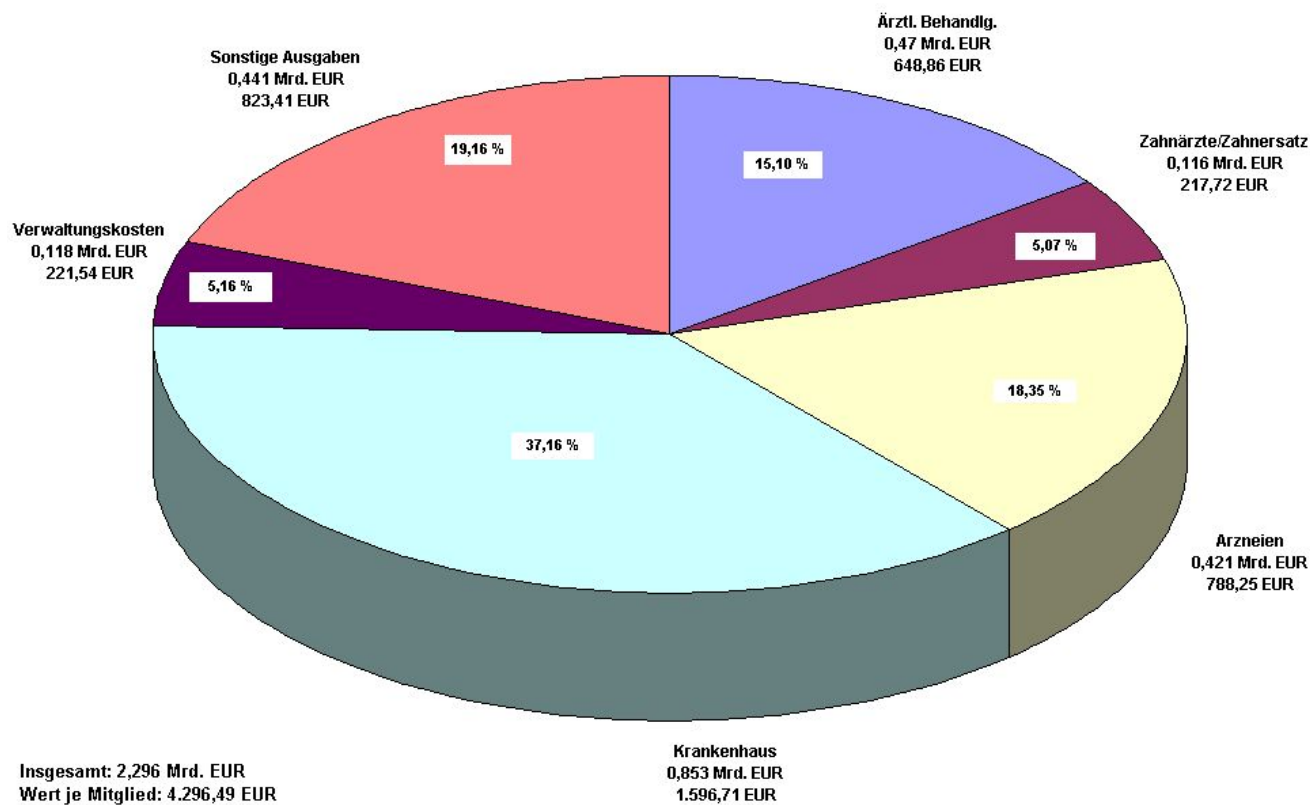
Распределение затрат АОК Berlin в 2009 году

	в €	доля от всех затрат в %	
Врачи	346.738.150,34	15,10	
Стоматология/протезирование	116.345.7643,91		5,07
Медикаменты	421.226.411,18	18,35	
Стационары	853.257.764,91	37,16	
Управление	118.387.855,25	5,16	
Прочие	440.020.309,63	19,16	
ИТОГО	2.295.975.799,95		100,00

Quelle: KJ 1

1. Медицинское страхование в Германии и обеспечение застрахованных лиц

Распределение общих затрат АОК Berlin в 2009 г.



2. Основы финансирования больниц

Правовые рамки

Больницы, как правило, финансируются из двух источников:

Двойная система финансирования больниц



- Затраты пользователя – производственные затраты (лечение и обеспечение пациентов, персонала, Sachmittel) финансируются страховыми компаниями
- Строительство больниц и техническое оснащение обеспечивается за счет инвестиций со стороны земель и коммун
- Целью является обеспечение потребности населения в работоспособных экономически эффективных больницах и медицинских услугах по социально доступным ценам

2. Основы финансирования больниц

Планирование развития больниц общего профиля

Последствия для финансирования больниц

- затраты больниц возмещаются страховыми компаниями, они являются носителями расходов
- соглашения по бюджету и объему услуг заключаются между больницами, работающими в ОМС, и страховыми компаниями
- согласование объема и вида услуг в соответствии с заказом для больниц

2. Основы финансирования больниц

Бюджет больниц

- Согласование бюджета между страховой компанией и больницей на уровне ОМС (или в арбитражной комиссии)
- Прибыль (поступления) и общий объем бюджета быть обоснованными с точки зрения медицинских услуг и позволять ЛПУ при хорошем руководстве выполнить в полном объеме заказ на медицинское обеспечение

2. Основы финансирования больниц

Бюджет больниц

- Финансирование по VPfIV (возмещение затрат по койко-дню) для психиатрических ЛПУ
- Финансирование по KHEntgG (возмещение затрат по DRG) для соматических ЛПУ

3. Система DRG

Системы DRG- в мире

AR-DRG Австралия	AP-DRG США	GHM Frankreich		
Число групп 661 641	590			
Учет степени сложности	begrenzt bis дифференцировано	дифференцировано	differenziert	
Внедрена с 1996	1988	1995		
Цель применения	возмещение затрат, определение бюджета, планирование	возмещение затрат	Budgetfindung, messung	

Прочие системы: Великобритания, Португалия, Греция, Швейцария, Испания, Бельгия, Венгрия и т.д.

3. Система DRG

Внедрение

- При системном подходе DRG (диагностически сходные группы) речь идет о системе классификации пациентов, при которой handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, bei dem diagnosebezogene Fallgruppen zusammengeführt und entsprechend des Ressourcenverbrauches bewertet werden.
- Внедрение частично в больницах (по желанию) с 2003 г.
- С 01.01.2004 обязательно для всех больниц
- С 2005 г. начало фазы конвергенции цен на медицинские услуги по больницам и по землям

3. Система DRG

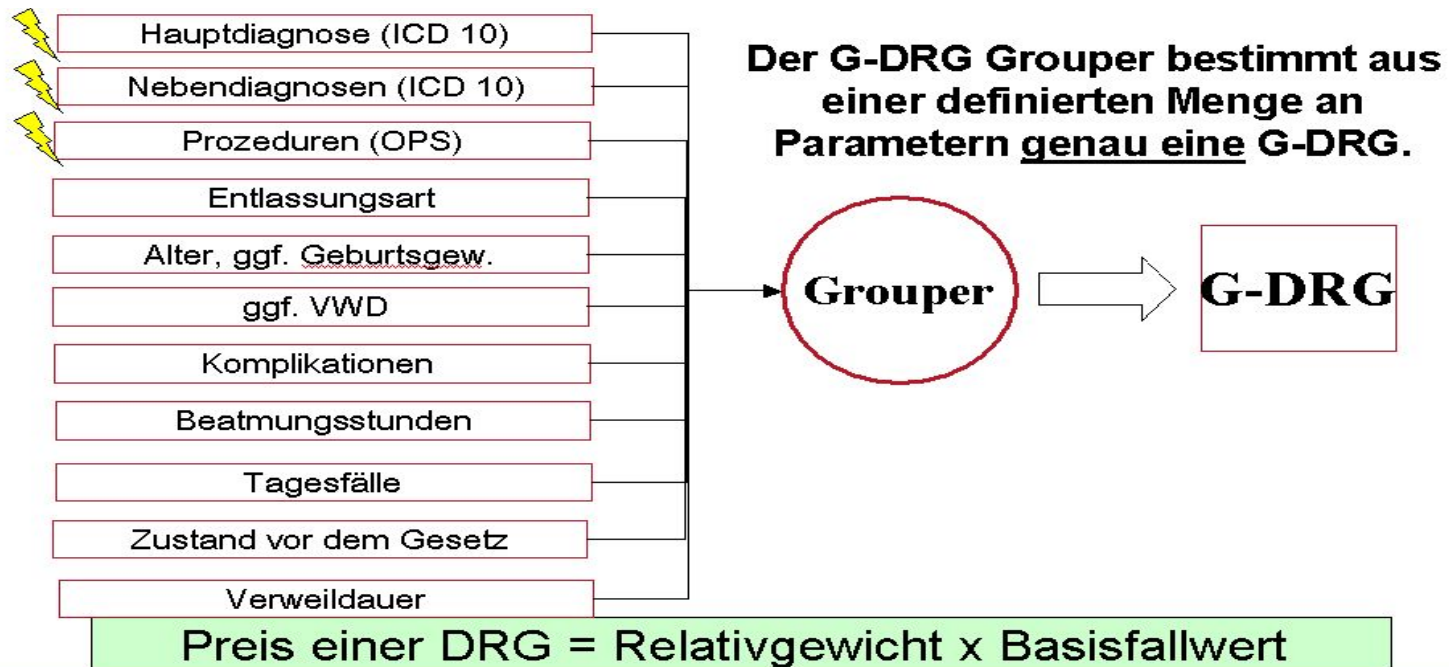
Внедрение

- Немецкая система DRG (G-DRG) задумана как «развивающаяся система». Институт разработки систем возмещения затрат больницам - InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) занимается дальнейшей качественной разработкой системы на основе обработки ежегодно поступающих данных и адаптации перечня DRG.
- Цели возмещения за услуги по DRG:
 - повышение прозрачности медицинских услуг
 - учет степени сложности случаев и структуры услуг
 - распределение финансовых ресурсов в соответствии с медицинскими услугами
 - общая основа для сравнения
 - экономическая эффективность

3. Система DRG

Систематика DRG

- При помощи DRG производится возмещение за пролеченный случай. Возможные параметры по G-DRG



3. Система DRG

Группирование по DRG

Подлежащие оплате диагностически связанные группы определяются в ходе экспертизы (**Groupier**).
Производится соотнесение диагнозов с экономическим обоснованием (стоимостью) лечения и его уровнем сложности

В ходе экспертизы проводятся следующие шесть шагов:

- Контроль и корректировка
- Определение MDC*
- Обработка предварительной-MDC
- Определение базовой группы\стоимости по DRG
- Определение уровня сложности
- Определение стоимости по DRG (оказанных услуг и услуг, которые могут быть оплачены по DRG)

*Группа основных диагнозов - англ.: категория основных диагнозов - Diagnostic Category (MDC) – соответствует разделению глав в каталоге немецкой системы DRG. Группы основных диагнозов делят DRG по системам органов или причинам заболевания

3. Система DRG

Система G-DRG - степень сложности случая (лечения)

Степень или уровень сложности определяется наряду с основным диагнозом и оказанными услугами по его лечению еще и осложнениями и сопутствующими заболеваниями, то есть дополнительными или сочетанными диагнозами. У них также есть свои CCLs = Complication and Comorbidity Levels – уровни сложности и сочетанности заболеваний

- 0 = без особенностей
- 1 = маленький
- 2 = средний
- 3 = тяжелый
- 4 = катастрофический

Группы разделены по отдельным CCL и каждому пациенту в зависимости от его базовой стоимости по DRG присваивается отдельный (специальный) PCCL (Patient Clinical Complexity Level - уровень клинической сложности лечения пациента). Уровень сложности от 0 до 4.

Цель: учет экономического уровня сложности пролеченного случая

3. Система DRG

Весовой коэффициент стоимости и основа расчетов

- Затраты больницы рассчитываются по DRG при использовании коэффициента стоимости
- Цель: определение экономических затрат на лечение\диагностику группы случаев пациентов
- Коэффициенты стоимости для DRG ежегодно определяются на федеральном уровне InEK (Institut für Entgeltkalkulation – институт по расчетам возмещения стоимости медицинских услуг) на основе поступающих данных от больниц
 - затраты на персонал, например, врачи, персонал по уходу, прочие
 - стоимость материалов, например, затраты на проведение операций, материалы, амортизация медицинской техники, медикаменты

3. Система DRG

Определение стоимости по G-DRG

- Каждая из групп связанных диагнозов имеет свой весовой коэффициент стоимости CW (cost weight)
- Сумма всех коэффициентов по всем оказанным услугам в G-DRGs называется пролеченным случаем - **Case Mix** (CM).
- **Case Mix Index** (CMI) отделения это Case Mix, разделенный на количество пролеченных случаев
- Результат: возможность сравнения больниц по экономическим показателям

3. Система DRG

Расчет стоимости случая по каталогу DRG

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
1	2	3	4
D30B	O	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff	0,713

CW*BFW = стоимость

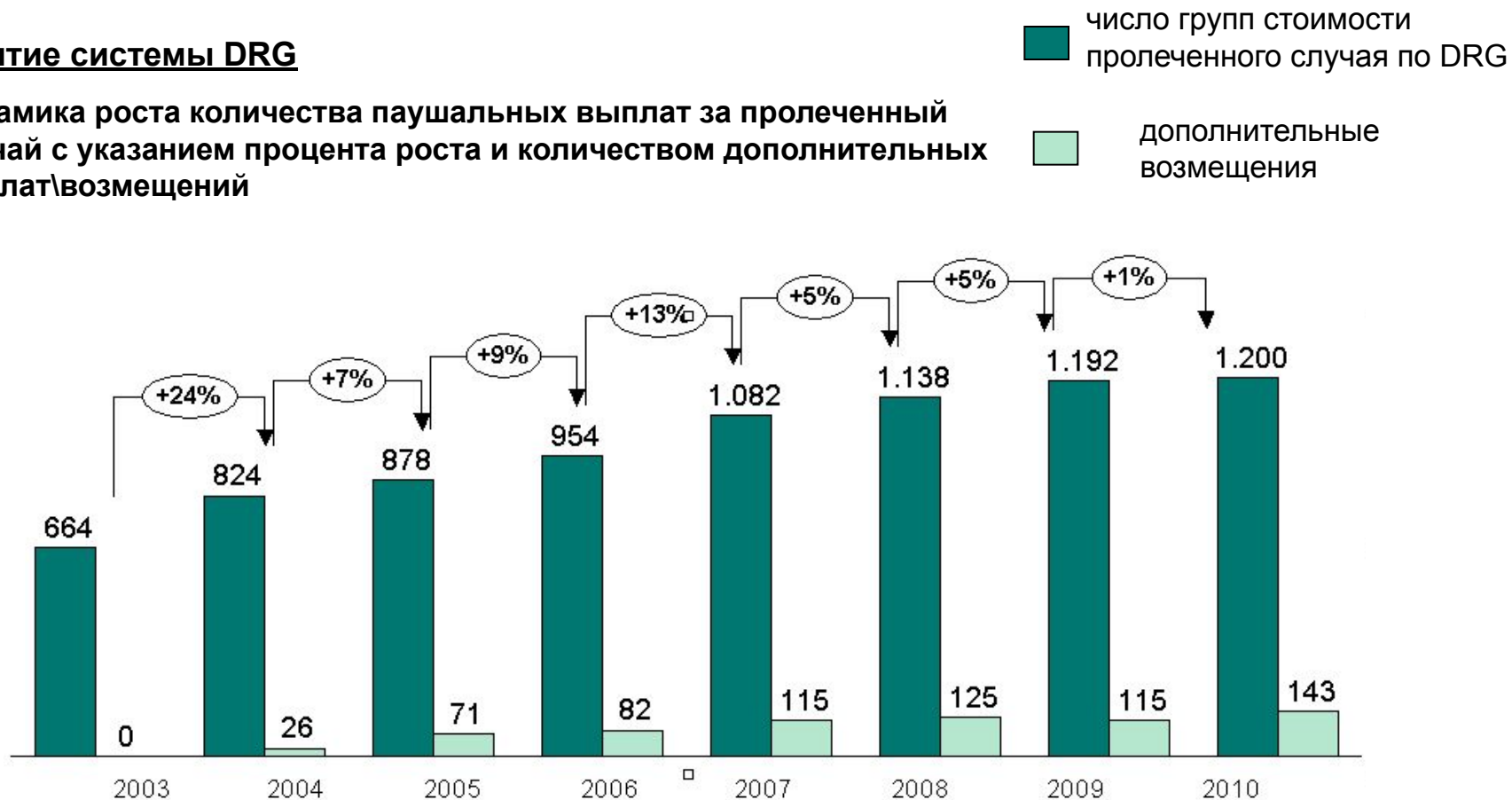
**Пример:
D30B „простая тонзилэктомия“
в Северной Рейн-Вестфалии**

**0,713* 2679,80€
= 1910,70 Euro**

3. Система DRG

Развитие системы DRG

Динамика роста количества пакуальных выплат за пролеченный случай с указанием процента роста и количеством дополнительных выплат\возмещений



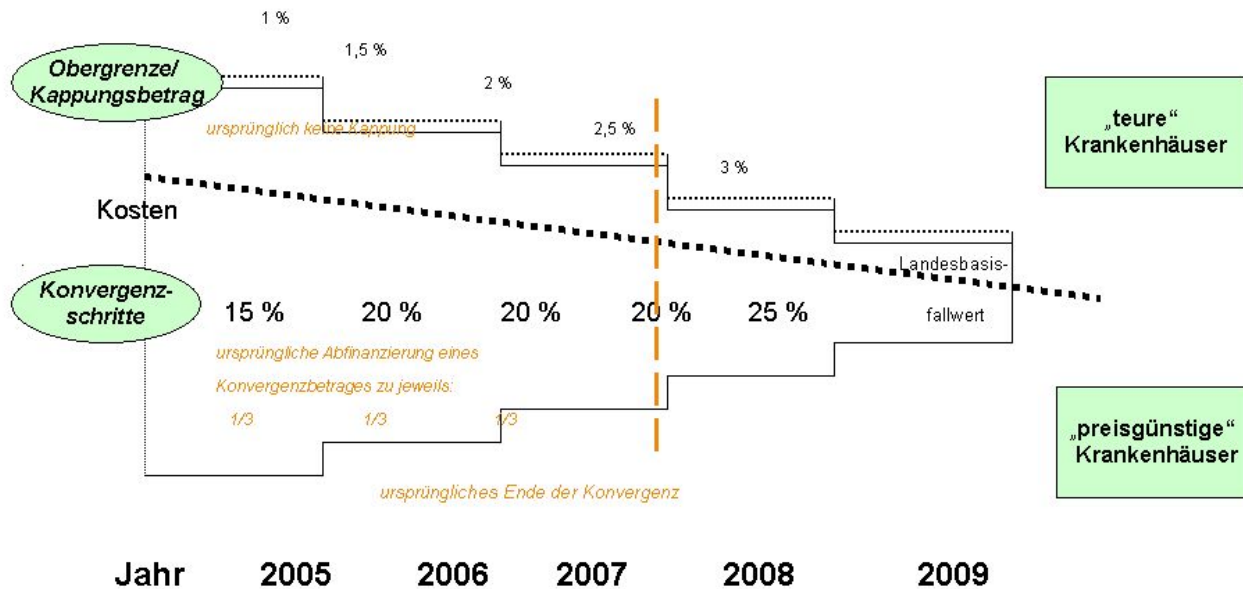
3. Система DRG

Базовая стоимость пролеченного случая/Единая стоимость по земле

Конвергенция и **торцевание**

Фаза конвергенции = период времени поэтапной адаптации бюджетов отдельных больниц к единым ценам на земельном уровне

Торцевание = верхняя граница для вызванного конвергенцией уменьшения бюджета больниц



Übersicht über die für 2010 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern

Stand: 30.09.2010

Landesbasisfallwerte 2010											
	LBFW 2010 ohne Ausgleiche	vereinbartes Casemix - Volumen ⁶	Berich- tigungs- fähigkeit CM ja / nein	Ausgleichs- fähigkeit CM ja / nein	ab	AZV	Angleichung an BBFW	Ausgleichs- betrag	LBFW mit Ausgleichen	Art LBFW ¹⁾	genehmigt mit Bescheid vom
Baden-Württemberg	2.977,75 €	2.141.537,46		ja	01.03.	37,00 €	-	-14,94 €	2.962,81 €	VB	18.02.2010
Bayern	2.982,60 €	2.719.000	nein	nein	01.01.	enthalten	-	-0,10 €	2.982,50 €	VB	15.12.2009
Berlin	2.927,50 €	840.000	nein	nein	01.06.	enthalten	-	-	2.927,50 €	VB	25.05.2010
Brandenburg	2.893,00 €	538.500	nein	nein	01.06.	enthalten	-	-	2.893,00 €	VB	26.05.2010
Bremen	2.991,00 €	208.045	ja (z.T.)	ja	01.07.	40,08 €	-	-	2.991,00 €	SSSt	22.06.2010
Hamburg	2.975,00 €	520.000	ja	ja	01.06.				2.975,00 €	VB	28.05.2010
Hessen ⁴⁾	2.968,56 €	1.270.000	ja	ja	01.01.	31,50 €	-	-16,50 €	2.952,06 €	VB	23.12.2009
Mecklenburg-Vorp.	2.855,00 €	402.000	ja	ja	01.07.	35,00 €	19,75 €	-	2.855,00 €	VB (vor SST)	30.06.2010
Niedersachsen	2.923,03 €	1.618.626	ja	ja	01.01.	31,22 €	-	-13,80 €	2.909,23 €	SST	28.12.2009
Nordrhein-Westfalen	2.895,00 €	4.344.563	ja	nein	01.03.	28,00 € ⁵⁾	8,02 € ⁵⁾	-	2.895,00 €	VB	26.02.2010
Rheinland-Pfalz	3.120,00 €	830.000	nein	nein	01.01.	32,63 €	-9,22 €	-	3.120,00 €	VB	25.11.2009
Saarland	3.068,56 €	272.250	nein	ja	01.04.	41,62 €	-4,44 €	-	3.068,56 €	VB	30.03.2010
Sachsen	2.864,00 €	1.017.347	ja	nein	01.04.	19,39 €	13,56 €	-	2.864,00 €	VB	31.03.2010
Sachsen-Anhalt	2.884,00 €	592.500		ja	01.03.	35,63 € ⁵⁾	12,58 € ⁵⁾	-	2.884,00 €	VB	26.02.2010
Schleswig-Holstein	2.855,49 €	562.020,019		ja	01.01.	33,81 €	19,35 €	-	2.855,49 €	VB	11.01.2010
Thüringen	2.867,40 €	600.000	ja	ja	01.02.	31,22 €	15,73 €	-33,17 €	2.834,23 €	VB	29.01.2010
Bund (CM-gew.) ⁷⁾	2.937,38 €	18.476.388,479									

Landesbasisfallwerte 2009			
LBFW ohne Ausgleiche ohne Kappung	Tarif- erhöhung /-rate	Ausgleich	Kappung
2.918,66 €	2,08 %	-	-1,48 €
2.940,85 €	2,08 %	-	-5,36 €
2.900,00 €	-	-	-
2.854,16 €	58,09 €	-3,07 € ²⁾	
2.966,68 €	-	+4,42 € ²⁾	
2.929,70 €	83,58 €	-2,22 €	-
2.928,16 €	59,66 €	-1,00 € ²⁾	
2.795,99 € ³⁾	56,97 €	-55,06 €	-
2.875,72 €	58,55 €	-2,08 €	-8,36 €
2.847,52 €	58,02 €	-	-
3.072,68 €	64,61 €	-	-
3.008,00 €	-	-5,50 €	-0,50 €
2.825,00 €	-	-	-8,00 €
2.832,72 €	57,72 €	-	-20,00 €
2.777,00 €	43,15 €	-	-
2.835,14 €	-	-	-4,00 €

¹⁾ SSSt = Schiedsstelle, VB = Vereinbarung

²⁾ Ausgleich und Kappung

³⁾ zum 01.03.2010 genehmigt

⁴⁾ Hessen: Sofern zum 01.01.2011 kein neuer Landesbasisfallwert für das Jahr 2011 vereinbart und genehmigt sein wird, gilt der Landesbasisfallwert 2010 ohne Ausgleiche in Höhe von 2.968,56 EUR als Abrechnungsgrundlage.

⁵⁾ NRW u. SAN: Werte für AZV und Angleichung an BBFW ergeben sich rechnerisch und wurden nicht explizit vereinbart

⁶⁾ In Brandenburg erstmalig Überlieger enthalten

⁷⁾ Entspricht analog dem Berechnungsergebnis nach § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntG (ohne Veränderungsrate/-wert)

Bundesbasisfallwert (BBFW) 2010 :	2.935,78 € (inkl. Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V in Höhe von 1,54 %)		
	einheitlicher Basisfallwertkorridor gemäß § 10 Absatz 8 Satz 1 KHEntG	obere Korridorergrenze (+ 2,5 Prozent)	3.009,17 Euro,
		untere Korridorergrenze (- 1,25 Prozent)	2.899,08 Euro.

Anmerkungen zur Berichtigungs- und Ausgleichsfähigkeit CM:

Hessen: Die Fehlschätzungskorrektur wird innerhalb eines Korridors von +/- 25.000 Punkte mit einer Finanzierung von 0,0007 Euro pro CM-Punkt berichtigt und ausgeglichen.

Niedersachsen: Kein Ausgleich bei einer Mengenentwicklung zwischen +0,5% und +1,5%. Jenseits dieser Grenzen werden Mehr-/Mindermengen mit einer Berücksichtigungsquote von 50% ausgeglichen

Thüringen: Mehr- und Minderleistungen auf Basis von 600.000 BWR in Höhe von 50 v. H. der Kosten. Dies entspricht einem Wert von 0,00239 € je BWR.

Hamburg: Korrektursatz 60 Prozent

3. Система DRG

Базовая стоимость пролеченного случая/Единая стоимость по земле

Последствия единой стоимости для больниц:

- Конвергенция “лидеров” и –“аутсайдеров” - победителей и проигравших
- Приведение в соответствие структур медицинского обеспечения, например, расширение сотрудничества с другими медицинскими учреждениями и частнопрактикующими врачами
- Специализация и концентрация услуг в результате влияния конвергенции
- Усиленное внимание к повышению качества услуг и активный маркетинг для пациентов как клиентов

3. Система DRG

Выводы:

1. Система DRG обеспечивает соответствующую оплату медицинских услуг с учетом уровня сложности лечения
2. Вознаграждается экономически эффективное использование имеющихся ресурсов при одновременном повышении качества медицинского обеспечения
3. За счет внедрения G-DRG значительно снизилось пребывание пациентов в стационарах
4. Возросла конкуренция среди больниц за оказание более эффективных в экономическом плане медицинских услуг
5. Сняты несправедливости предыдущих систем расчетов с ЛПУ

Спасибо за внимание!