



СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА КОНСУЛТАНТСКИ УСЛУГИ

между

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА
БЪЛГАРИЯ**

и

МЕЖДУНАРОДНАТА БАНКА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ

Окончателен план за действие за прилагане на заплащане по ДСГ

Май 2015 г.

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на оперативна програма “Техническа помощ”, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие

Съдържание

СЪКРАЩЕНИЯ	IV
БЛАГОДАРНОСТИ	V
ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ И ПРЕДСТАВЯНЕ НА ДОКЛАДА	1
ЦЕЛ НА НАСТОЯЩИЯ ДОКЛАД.....	2
ИНФОРМАЦИЯ, СЪДЪРЖАЩА СЕ В СЛЕДВАЩИТЕ ГЛАВИ	3
ГЛАВА 1 – ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА КЕЙС-МИКСА И ДИАГНОСТИЧНО СВЪРЗАНИТЕ ГРУПИ	5
1.1. ВЪВЕДЕНИЕ В СИСТЕМИТЕ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА БОЛНИЦИ.....	5
1.2. ВЪВЕДЕНИЕ В КЕЙС-МИКС ПОНЯТИЯТА.....	6
1.3. ПОЛЗИ И РИСКОВЕ ПРИ КЕЙС-МИКС ИНСТРУМЕНТИТЕ.....	8
1.4. КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВАТ ДСГ.....	9
1.5. ПОГРЕШНИ СХВАЩАНИЯ, ОПАСЕНИЯ И ВЪПРОСИ, СВЪРЗАНИ С ИЗПОЛЗВАНЕТО НА ДСГ КАТО ОСНОВА ЗА СИСТЕМА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ ИЛИ БЮДЖЕТИРАНЕ	11
ГЛАВА 2 – БЪЛГАРСКИЯТ КОНТЕКСТ: КП И ДСГ	13
2.1. ИЗПОЛЗВАНЕ НА КП ЗА СЪЗДАВАНЕТО НА ДОГОВОРЕНИ БЮДЖЕТИ НА БОЛНИЦИ.....	13
2.2. ИСТОРИЯТА НА БЪЛГАРИЯ ПО ОТНОШЕНИЕ НА КЕЙС-МИКСА И ДСГ	15
2.3. ПРЕХОД ОТ СИСТЕМА С КП КЪМ СИСТЕМА С ДСГ	16
ГЛАВА 3 - ПРИЛАГАНЕ НА СИСТЕМА ЗА ФИНАНСИРАНЕ, БАЗИРАНА НА ДСГ	18
3.1. ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ И НЕОБХОДИМИ ИЗИСКВАНИЯ	18
3.2. СТЪПКИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА КЕЙС-МИКС СИСТЕМИ.....	19
<i>Стъпка 1: Създаване на стандартизиран метод за кодиране на клиничната заболяемост на пациентите</i>	<i>19</i>
<i>Стъпка 2. Разработване на система за отчитане на данни на базата на данни на равнище пациент.....</i>	<i>21</i>
<i>Стъпка 3. Внедряване на система за класификация и механизъм за групиране за отнасяне на пациенти към съответните ДСГ</i>	<i>22</i>
<i>Стъпка 4. Разработване на методология за определяне на разходите и данни за разходите на болниците за изчисляване на относителни тегла и болнични кейс-микс индекси</i>	<i>24</i>
<i>Стъпка 5. Получаване и използване на финансови данни за определяне на референтна цена</i>	<i>28</i>
<i>Стъпка 6. Определяне на набор от коригиращи механизми за покриване на разходи извън контрола на болниците.....</i>	<i>30</i>
<i>Стъпка 7. Разработване на варианти за механизми за корекции и/или за преход и изпълняване на симулационни модели по тях, за да се гарантира плавна и внимателна миграция към нова система за финансиране.....</i>	<i>31</i>
<i>Стъпка 8. Създаване на съвет за наблюдение и/или инспектиращ орган за наблюдение на данните по кодирането и разходите и на други аспекти на новата система за финансиране</i>	<i>34</i>
3.3. ГОТОВНОСТ НА БЪЛГАРИЯ И КЛЮЧОВИ СЛЕДВАЩИ СТЪПКИ ПО ВНЕДРЯВАНЕТО НА СИСТЕМА ЗА ФИНАНСИРАНЕ, ОСНОВАНА НА ДСГ	36
ГЛАВА 4 - ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ И БЮДЖЕТ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПИЛОТНА СИСТЕМА ЗА ПЛАЩАНИЯ НА ОСНОВАТА НА ДСГ ИЛИ ЗА БЮДЖЕТИРАНЕ	38
4.1. ОБОСНОВКА ЗА ВРЕМЕВИЯ ПЛАН ОТ ДЕВЕТ МЕСЕЦА ЗА ДЕЙСТВИЕ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО.....	38
4.2. ОСНОВНИ СТЪПКИ И РАЗЧЕТ НА РАЗХОДИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ОСЪЩЕСТВЯВАНЕТО НА ПЛАНА ЗА ДЕЙСТВИЕ.....	39
<i>Основна задача 1: Изграждане на инфраструктура и институционален капацитет в подкрепа на ускорено изпълнение</i>	<i>39</i>
<i>Основна задача 2: Създаване на процеси в болници и провеждане на обучение</i>	<i>41</i>
<i>Основна задача 3: Внедряване на система за кодиране и класификация.....</i>	<i>42</i>
<i>Основна задача 4: Предприемане на събиране и анализ на клинични данни</i>	<i>42</i>
<i>Основна задача 5: Оценяване и анализиране на системи за групиране и обработка на данни</i>	<i>43</i>
<i>Основна задача 6: Извършване на остойностяване за определянето на относителни тегла.....</i>	<i>43</i>

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на оперативна програма “Техническа помощ”, съ-финансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие

<i>Основна задача 7: Разработване на система за договаряне и преминаване към договаряне на базата на ДСГ.....</i>	<i>43</i>
<i>Основна задача 8: Одитиране и наблюдение.....</i>	<i>45</i>
4.3. Пояснения и допускания относно БЮДЖЕТНИТЕ РАЗЧЕТИ	46
4.4. ОБОБЩЕНИЕ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРИЯ В ОБЛАСТТА НА ИЗУЧАВАНЕТО НА КЕЙС-МИКСА И ДСГ	49
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ТЕКУЩО СЪСТОЯНИЕ НА ИНФОРМАЦИОННИТЕ СИСТЕМИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ИТ ИНФРАСТРУКТУРАТА С ОГЛЕД ВЪВЕЖДАНЕТО НА ДСГ.....	54
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ОПИСАНИЕ НА ВИДОВЕТЕ КОРЕКЦИИ, КОИТО БИХА МОГЛИ ДА СЕ ПРИЛОЖАТ КЪМ БОЛНИЧНИТЕ БЮДЖЕТИ ЗА ОТЧИТАНЕ НА РАЗХОДИ ИЗВЪН КОНТРОЛА НА БОЛНИЧНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯТА НА СИСТЕМА, БАЗИРАНА НА ДСГ	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ПОДРОБНИ СЪПЪККИ ЗА ДЕЙСТВИЯ И СЪОТВЕТСТВАЩИТЕ ИМ РАЗЧЕТИ НА РАЗХОДИТЕ.....	71

Съкращения

АКМП	Австралийска класификация на медицинските процедури
АПДСГ	Австралийски прецизирани диагностично свързани групи
АФЗ	Администрация за финансиране на здравеопазването
БЛС	Български лекарски съюз
ДСГ	Диагностично свързани групи
ЕИС	Екип по изпълнение на стратегията
ЕС	Европейски съюз
ЗЧУ	Здравеопазване и човешки услуги
ИСУЗ	Информационна система за управление на здравеопазването
ИТ	Информационни технологии
КМИ	Кейс-микс индекс
КП	Клинични пътеки
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЗСП	Министерството на здравеопазването и социалната политика [на САЩ]
МКБ	Международна класификация на болестите
МПДСГ	Международни прецизирани диагностично свързани групи
НАП	Национална агенция за приходите
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НОИ	Национален осигурителен институт
НЦОЗА	Национален център за обществено здраве и анализи
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ПДСГ за ВП	Прецизирани ДСГ за всички пациенти
ПК	Персонални компютри
САИК	Система за архивиране на изображения и за комуникации
СБС	Специализиран болничен софтуер
СЗО	Световна здравна организация
СЗОП	Система със здравноосигурителни плащания
USAID	Американската агенция за международно развитие

Благодарности

Настоящият доклад беше изготвен от Джугна Шах, с консултиране с ръководителя на проекта Аниес Куфинял (старши икономист, „Здравеопазване“), Ха Ти Хонг Нгуен (старши икономист в областта на здравеопазването), Джордж Шибер (главен експерт, финансиране на здравеопазването), Деян Прокопов (технически експерт в областта на българските информационни системи в здравеопазването и системите за ДСГ и консултант на Световната банка), професор Петко Салчев, Петър Атанасов и колеги от звеното по въпросите на кейс-микса в Националния център за обществено здраве и анализи.

Настоящият Проект се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Техническа помощ“, със съфинансиране от Европейския съюз в рамките на Европейския фонд за регионално развитие.

Нашият екип е много благодарен на редицата заинтересовани лица, които предоставиха техническа информация и ценни наблюдения за целите на изготвянето на доклада. Също така сме благодарни на Управляващия комитет и на Министерството на здравеопазването за това, че споделяха своите мнения, въпроси и материали по темата на ДСГ. Накрая, организационна и административна подкрепа оказа екипът на Световната банка в София – Силвия Стойнова и Адела Начкова, както и Габриел Франсис във Вашингтон, Окръг Колумбия, за което сме им дълбоко благодарни.

Вътрешният преглед на доклада направи Севил Салахутдинова, специалист „Здравеопазване“ към Глобалната практика по въпросите на здравето, храненето и населението на Световната банка. С признателност отчитаме нейните коментари и предложения. Робърт Дрегди, международен експерт в областта на системите за плащане към Университета Кийли (Великобритания), също предостави ценни предложения.

Обща информация и представяне на Доклада

България, под ръководството на Министъра на здравеопазването, предприема мащабна реформа на своята система на здравеопазване. Един от изходните елементи на реформата е проучване на финансирането на здравеопазването в страната, изготвено съвместно със Световната банка (*Диагностичният доклад на Световната банка („Междинен доклад. Проект на анализа на състоянието, актюерски разходен модел и набор от варианти за реформиране на сегашната система“ – бел. прев.)*)¹. Докладът оценява силните и слабите страни на системата за финансиране на здравеопазването в България от гледна точка на трите функции на финансирането на здравеопазването за набиране на приходи, споделяне на рисковете и закупуване на услуги. Той оценява всяка една от тези финансови функции с оглед на целите на финансирането на здравеопазването за подобряване на здравните резултати, финансовата защита и отзивчивостта към потребителите, по ефективен, справедлив и устойчив начин.

Оценяването на системата за финансиране на здравеопазването отчита значителни силни страни в системата, както и сериозни предизвикателства във връзка с функциите по закупуването и действащите практики за заплащане на болници. Тези предизвикателства включват неустойчив ръст в разходите на болниците; отсъствие на стимули за контрол на ефективността, качеството и разходите и силни фактори, поощряващи хоспитализацията за сметка на лечението в условия на по-евтината извънболнична помощ. Открити са фундаментални проблеми в действащата система за заплащане на болници с използването на клинични пътеки (КП).

Концепцията на Министъра на здравеопазването „Цели за здраве 2020“, приета от Министерския съвет през февруари 2015 г., също извежда силни опасения относно ефективността на болниците, необходимостта да се заплаща на база постигнати резултати и устойчивостта на цялостната система за финансиране на здравеопазването, в която делът на болничните разходи е близо половината от всички разходи. „Въвеждане на система за заплащане на болничната дейност, основана на резултатите от диагностично-лечебната дейност“ беше заявено като една от главните мерки за постигане на приоритетните цели на здравната реформа².

Диагностично свързаните групи (ДСГ) представляват една от най-разпространените системи за финансиране на болници по света, сред страни от ОИСР, от ЕС, както и във все по-голяма степен сред страните с нововъзникващи пазари. България изучава и разработва ДСГ от средата на 90-те години на ХХ в. Докато Диагностичният доклад на Световната банка представя подробна оценка на всички системи за заплащане на доставчици в България, в това число техните взаимовръзки, с мащабни препоръки относно реформи на заплащанията, вкл. ДСГ. Поради това настоящият доклад не повтаря подробно изложеното в Диагностичния доклад, а по-скоро цели да бъде практическо ръководство за въвеждането в България на финансиране, базирано на ДСГ, с надграждане върху значителните инвестиции в страната от преди и нейната сегашна експертност. Той е изготвен като част от Консултантските услуги на Световната банка в областта на финансирането на

¹ Пълни данни за източника: The World Bank (2015) Advisory Services on Health Financing in Bulgaria. Intermediate report. Draft diagnostic, actuarial costing model and an array of options for reforming the current system.

² [Версия на английски език] Ministry of Health of the Republic of Bulgaria. Concept Note Health 2020 Goals. Sofia 2015 (с. 36).

здравеопазването и почива върху положението, че правителството на България сериозно обмисля решение за въвеждане на ДСГ, свидетелство за което е молбата на правителството продуктите по Консултантските услуги да включват и План за действие по отношение на ДСГ.

Цел на настоящия доклад

Целта на доклада е да се предостави информация за целите на взимане на решения в страната относно начините, по които България може да пристъпи към въвеждане на система за бюджетиране и заплащане на болници, основана на ДСГ. Докладът е изготвен от екип от български и международни експерти по ДСГ, които участват в оценяването и планирането на ДСГ от самото начало. Материалът е предназначен за най-различна по характер аудитория, включваща високопоставени лица, отговарящи за формулирането на политиките, които претеглят ползите от прилагането на ДСГ, технически експерти, на които би могло да се възложи осъществяването на Плана за действие и други ключови заинтересовани страни, които биха могли в по-малка степен да познават приложението на кейс-микса (case-mix) като механизъм за заплащане на болници.

Целта на доклада е двояка:

- Първо, той представя основна информация за кейс-микс системите като цяло, и ДСГ в частност, както и по техническите стъпки, необходими за въвеждането на ДСГ. Описва се и значителната работа, извършена в страната до момента и сериозното разнообразие на технически познания и инфраструктура, налични в България.
- Второ, дава се проект на План за действие, съдържащ необходимите стъпки с времеви план и бюджет, които, взети заедно, очертават техническите дейности и дейностите, свързани с политиките, нужни за реформирането на настоящата система за заплащане на болници. Предвид българския контекст, предложеният подход е да се стартира миграция към въвеждане на ДСГ чрез провеждането на строго и прецизно пилотно тестване на използването на ДСГ за целите на заплащането и бюджетирането с малък брой болници. Това е целесъобразен подход, тъй като пилотните проекти дават време на заинтересованите страни да учат, време да формулират и изпробват решения за политиките и време да оценяват бъдещи посоки в краткосрочна времева рамка. Подобен подход е приемлив и от политически съображения. Ако страната желаше да пристъпи направо към цялостно въвеждане на ДСГ, информацията в този доклад би могла лесно да се адаптира в подкрепа на подобна цел. Планът за действие съдържа множество мерки, които е необходимо да се предприемат от различни заинтересовани страни и експерти. Докладът описва ролята и отговорностите на различни институции за разработването, осъществяването и поддържането на система за заплащане на базата на ДСГ, но целенасочено не дава конкретни препоръки относно това, което институциите следва да правят, поради факта, че за България не съществува „един-единствен правилен начин“ да върви напред, а са налице много варианти. Ние оставяме на лицата, вземащи решения в България да определят кое би било най-добро с оглед на разпределянето на работата/задачите сред институциите. Планът за действие също така надгражда върху значителните познания в България по темата, както и върху готовността за въвеждане на ДСГ, за целите на бюджетирането и заплащането на болници – в т.ч. разработените процеси за информационни системи за управление на здравеопазването (ИСУЗ). Нашето очакване е Планът за действие да послужи като основа за много обсъждания, като ще се нанасят изменения както на включените задачи, така и на времеви план, за конкретните задания и

с оглед на графика като цяло. Графикът съзнателно е направен амбициозен и би могъл да наложи известни изменения въз основа на обсъждания, които ще се провеждат от лицата, взимащи решения.

Информация, съдържаща се в следващите глави

Предвид своята важност, техническа сложност и деликатни политически измерения, както и високата степен на погрешни битуващи схващания относно ДСГ, докладът съдържа голям обем обща информация, подробни сведения относно техническото прилагане и задълбочена оценка на българския контекст, и готовност за предприемане на реформа на системата. Поради факта, че докладът е предназначен за толкова разнообразна читателска аудитория, съдържанието е организирано в различни глави, така че всеки тип читатели да получи най-ползната за себе си информация по възможно най-удобен начин.

Първата част на доклада е доста обща; втората половина е значително специализирана и идеята е да осигури подкрепа на техническите специалисти за целите на бързо пристъпване към пилотен проект за ДСГ, ако заинтересованите страни решат да се прави това. Читатели със сериозни работни познания за кейс-микс инструментите, ДСГ и/или опита на страната със системи за финансиране биха могли да пропуснат разделите и/или главите, представящи тази информация.

Съдържанието на главите е както следва:

- *Глава 1* дава общи сведения относно различни методологии за заплащане на болници и описва кейс-микс системите за заплащане, които са най-често срещаният инструмент. Представят се приложенията, рисковете и ползите, свързани с кейс-микс системите и общи сведения за най-разпространения кейс-микс метод - ДСГ. Главата би била полезна за онези, които желаят да научат повече за общата концепция за методите за болнично финансиране, кейс-микс системите като цяло и ДСГ в частност. Заинтересовани страни, които биха желали да сравнят ДСГ с действащия в момента процес в страната (т.е. КП), също ще открият ползи от тази информация.
- *Глава 2* представя обзор на ситуацията в страната в момента, в т.ч. използването на КП за създаването на договорени бюджети на болници и за заплащане на лечебни заведения за услугите им. Целта е да се осведомят лицата, взимащи решения, относно пилотно изпитване на система за заплащане, базирана на ДСГ за подобряване на начина на разпределение на средствата за здравеопазване. Тази глава ще е от полза на познаващите в по-малка степен историята на България в областта на ДСГ и/или настоящото използване на КП. Диагностичният доклад на Световната банка дава по-подробна информация относно КП, предизвикателствата, свързани от използването на този инструмент и ползите от действащия в момента процес.
- *Глава 3* очертава първоначалните технически стъпки, необходими за ефективно и успешно прилагане на система за заплащане, базирана на ДСГ и описва готовността на страната и/или опита, съответстващ на всяка стъпка. Дава се подробна информация относно техническите решения и изчисления, които следва да се осигурят за намаляване на рисковете и за ефективно използване на ДСГ. Описват се и функциите и отговорностите на различните институции за разработването, въвеждането и поддържането на система за финансиране, основана на ДСГ. Тази глава ще е полезна за онези, които искат да опознаят готовността на страната за въвеждане на ДСГ и контекста за процеса, описан в Плана за действие.

- *Глава 4* представя Плана за действие и свързаните с това дейности за надграждане върху работата и инфраструктурата в страната от преди за пилотно изпитване на система за заплащане на основата на ДСГ. Планът за действие представя времеви разчет, бюджет и дейности за изпълнението на тези технически стъпки, представени обстойно в Глава 3. Подробните стъпки изхождат от нашето разбиране по отношение на сегашното равнище на експертност в България, процесите, постигнати до момента и необходимото за едно пилотно въвеждане, но в крайна сметка Планът за действие ще следва да се преразгледа и измени от лицата, взимащи решения в България. Главата също така описва процесите, свързани с ИСУЗ (т.е. събиране на данни, съхранение на данни, отговорност и комуникация) и ще е от най-голяма полза на онези читатели, които търсят по-подробно запознаване с дейностите, нужни за пристъпването към пилотно въвеждане на ДСГ.

Глава 1 – Основна информация за кейс-микса и диагностично свързаните групи

1. Настоящата глава представя кратка информация относно методологиите за заплащане на болници, подробни сведения за най-разпространения метод, използван за заплащане на болници (на база случаи, кейс-микс), описва използването, рисковете и ползите на този инструмент и най-често срещания кейс-микс метод – ДСГ. Текстовите карета и бележките под линия съдържат техническа информация за онези, които желаят по-задълбочено да опознаят тези понятия.

2. Тази глава е полезна за онези, които желаят да получат информация за методите на финансиране на болници, кейс-микс системите като цяло и ДСГ в частност. Заинтересовани страни, които се интересуват от сравнение между ДСГ и действащата система (т.е. КП), също ще намерят тази информация за полезна. Онези читатели, които вече познават кейс-микс инструментите и ДСГ, или онези, на които тези сведения не са нужни, могат да не се спират на тази глава.

1.1. Въведение в системите за заплащане на болници

3. Купуващите или заплащащите за здравни грижи разполагат с различни начини, чрез които да закупуват здравни услуги. От гледна точка на политиките, те желаят да получат стойност срещу парите, които харчат. Различните инструменти пораждат и различни стимули, положителни или отрицателни, поради което подборът на инструменти за заплащане на здравни грижи е важен и следва да се прави внимателно. Например, исторически погледнато, много купувачи са залагали *изходни* инструменти (*input instruments*) — напр. брой легла, с които разполага дадена болница или брой и вид налично оборудване – като основа за съответната система за заплащане и/или за определяне на бюджетите на болници. Този метод не създава ефективни стимули, нито обвързва „закупеното“ с болнични услуги или лекувани пациенти и пр.

4. Поради това купувачите на здравни услуги сменят подхода и въвеждат инструменти за резултатите (*output instruments*) — като напр. брой реализирани леглодни или видове изписани пациенти. Броят и видът изписани пациенти най-добре описва комбинацията от случаи (кейс-микса), лекувани в съответната болница и е най-често използваният механизъм за заплащане за здравни услуги, предоставяни от болниците. Измерването на резултатите е полезно и позволява на заплащащите да закупуват услуги по единен за различните болници начин; в същото време болниците имат стимул да управляват своите изходни елементи, тъй като получават фиксирана сума за всеки „продукт“. При все че продължава дебатът за оптималните средства за измерване на резултатите, общоприето е, че тези мерки създават повече стимули за ефективно поведение от страна на болниците и допринасят за по-голяма автономност и гъвкавост при управлението.

Могат да се използват различни инструменти за еднородно разпределение на средствата, като също така могат да се използват едни и същи инструменти за различно разпределение. Напр., в САЩ, инструменти на база случай („за случай“, case-based) се прилагат за заплащане на болници с използване на транзакционна система за плащания, докато в други държави се използва същият инструмент, базиран на случай, за определяне на болничните бюджети.

5. Независимо от използвания инструмент, купувачите ще трябва да разполагат с прецизни и пълни данни относно клиниката и разходите, за да се създаде ефективна и справедлива система за заплащане или бюджетиране. Закупуваният продукт следва да е измерим, а разходите, свързани с

дейността или единицата, прилагани за измерването, трябва да са ясно определими и известни. В противен случай е невъзможно ефективно, справедливо или равностойно разпределяне на ресурсите за здравеопазване.

1.2. Въведение в кейс-микс понятията

6. Един известен инструмент, базиран на изходни елементи/ресурси, широко използван за финансиране на болнични услуги, е заплащането на база единичен случай (case-based), също обикновено наричан „заплащане за случай“ или „кейс-микс заплащане“. Това средство се използва за създаване на системи за заплащане и/или глобални бюджети за болници.

7. Понятието „случай“ (“case”) може да бъде определяно по най-разнообразни начини: например като изписан от болницата или от определено отделение пациент. Може да бъде дефинирано с помощта на определено съчетание от диагноза и процедури, приложени в кратък период от време от момента на приемането до изписването с включване на всички предоставени услуги (т.е. лабораторни изследвания, прегледи, изделия/уреди и пр.). Може да се определи като случай за по-дълъг период от време, наричан често „епизод на предоставени грижи“, като например при бременна жена, която получава грижи преди и след раждането, както и грижи, свързани със самото раждане. Кейс-миксът може да се използва за много цели (вж. карето), но най-разпространената употреба по света е за разпределение на ограничените ресурси за здравеопазване.

Някои обичайни приложения на кейс-микса

- Справедливо разпределение на ограничени ресурси;
- Сравнимост на болници независимо от голямата разнородност на ресурсите и метриката за измерване на резултатите;
- Оценяване на нормите на смъртност сред пациентите;
- Извършване на дейности по управление и планиране;
- Определяне на репери за [отчитане и сравняване] на болници, отделения, лекари и пр.;
- Провеждане на прегледи на ползването [на ресурсите] и осигуряване на качеството, и др.

8. Използването на кейс-микс за заплащане на болници се разглежда като балансиран подход за финансиране, защото при него се цели споделяне на финансовия риск между доставчика и платеща. Купувачът (или платещът) трябва да може да измерва вида и обема лекувани пациенти и да определя съответстващото парично изражение, за да може да предоставя ресурси по справедлив и ефективен начин. Кейс-миксът има за цел измерването на продукцията на здравните заведения (т.е. болниците), *групирайки изписванията в категории, които са определени на базата на клинична издържаност и еднородност на ресурсите*, съобразно клинични и разходни характеристики, след което се определя парична стойност, предназначена да показва разходите за среден случай.

9. Терминът „кейс-микс“ се отнася до взаимосвързани – но в същото време ясно определени – характеристики на пациента, в т.ч.:

- *Интензивност на ресурсите*: относителният обем и видове диагностични, терапевтични и леглови услуги, използвани за справяне със съответното заболяване.
- *Тежест на заболяването*: относителните равнища на загуба на функции и смъртност, които един пациент може понесе при определена болест.

- *Изгледи:* вероятният изход от дадено заболяване, в това число вероятността от подобряване или влошаване на тежестта на заболяването, вероятността от рецидивирание и вероятната продължителност на живота на пациента.
- *Трудност на лечението:* проблемите, свързани с управлението на пациента, които са свързани с дадена болест за доставчика на здравни грижи; те са свързани с болести без ясна симптоматика, болести, налагащи сложни и технически трудни процедури и болести, изискващи активно наблюдение и контрол.
- *Необходимост от интервенции:* последствията (по отношение на тежест на заболяването), които биха произтекли от липсата на непосредствени и/или продължаващи грижи.

10. Клинично погледнато, „кейс-миксът“ се отнася до тежестта на заболяването на пациента и трудността, свързана с предоставяне на грижи за същия. Например, болница с по-голям дял сложни случаи се разглежда като третираща пациенти с по-тежки заболявания, с по-голяма трудност при лечението, с по-голям риск от смъртност, с изисквания за повече интервенции и ресурси и/или с вероятност за по-неблагоприятен изход.

11. От административно-управленска гледна точка „кейс-миксът“ се отнася до изискваната интензивност на ресурсите, която пациентът предявява по отношение на болницата; някои пациенти изискват по-високо равнище на ресурси, водещи до по-големи разходи за предоставянето им с високо качество, надлежни грижи. При все че двете тълкувания на кейс-микса често са тясно свързани, за определени видове пациенти могат да се различават силно. Например при пациенти с терминален рак, които са тежко болни и с неблагоприятна прогноза, но често не изискват големи болнични ресурси, извън основно обгрижване.

12. По отношение на системите за заплащане или бюджетиране на болници, кейс-микс инструментите се използват за измерване на видовете пациенти, лекувани в болнични условия (за разлика от просто преброяване на случаите или отчитане на обема); анализиране на различията в интензивността на ресурсите за различните видове грижи за пациенти; и за разпределяне на ресурси справедливо и ефективно въз основа на резултатите на болниците (за разлика от изходни елементи/ресурси).

13. По света съществуват различни кейс-микс инструменти. Някои от тях измерват продукцията на стационарни болнични грижи (напр. ДСГ), други – продукцията на амбулаторни грижи (напр. Класификации за амбулаторни плащания, Групи амбулаторни посещения и пр.), докато трети могат да измерват грижите за домашно лечение, продължително лечение, грижи под формата на квалифицирана сестринска помощ и пр.

14. Независимо от различните видове кейс-микс системи, които съществуват, както и новите типове, които се създават, всички те като правило имат следните общи черти:

- Те са медицински и клинично издържани;
- Включват сходни (т.е. еднородни) ресурси;
- Използват стандартно налични демографски, клинични и разходни данни, които могат да бъдат анализирани и валидирани статистически; и
- Обхващат функционален брой групи/категории (т.е. брой, който нито е твърде малък, нито твърде голям), без това да е в ущърб на клиничната или ресурсната еднородност.

1.3. Ползи и рискове при кейс-микс инструментите

15. Ключовите ползи от кейс-микса като основа за система за заплащане и бюджетиране на болници включват следното:

- *Повишаване на прозрачността:* Кейс-микс системите помагат за разпределянето на средства по обективен и задаван от данните начин, за да се гарантира, че болниците получават средства, пряко обвързани с броя и вида третирани случаи, вместо на база изходни елементи/измервания или субективни критерии, като напр. местоположение или собственост на лечебното заведение.
- *Повишаване на ефективността:* Кейс-микс системите поощряват ефективността на болниците, като отчитат позитивно *резултатите*, вместо изходните елементи и се възнаграждават болници, които по най-ефективен начин предоставят услуги (напр. под средния или медианния размер на разходите). Плащанията на болници могат да се правят (и/или бюджети да се договарят) въз основа на прогнозируема фиксирана или национална цена, отразяваща вариациите в разходите на различните болнични клинични услуги. Болниците получават фиксирана сума за определен среден престой, съобразно кейс-микс класификационни групи; това ги кара да са ефективни при предоставянето на грижи и намалява както престоя на един пациент, така и разходите на един пациент.
- *Отчитане и насърчаване на началото на справедливостта:* Кейс-микс системите насърчават равнопоставеността сред болниците и гарантират справедливо третиране на доставчиците. Всякакви специфични характеристики или обстоятелства, които биха могли да увеличат разходите на дадена болница, които са извън нейния контрол, могат да се отчетат чрез прилагането на корекции (т.е. вид болнично заведение, местонахождение, статут на болничното заведение в зависимост от това дали е университетска или не, и пр.).

16. Сред ключовите рискове, съпътстващи използването на кейс-микс, които следва да бъдат наблюдавани и намалявани, са:

- Изписване на пациенти от болницата „по-бързо“ и „по-болни“;
- Предоставяне на грижи, които са под оптималното равнище (т.е. възможно е предоставянето на по-малко процедури и/или по-малко грижи заради икономии или печалби);
- Целенасочено погрешно посочване на кодове на диагнози и/или процедури с цел измама, което води до отчитане на елементи с по-високо заплащане (DRG-греер), за да получат повече пари;
- Неоправдани прехвърляния към други болници;
- Увеличаване на обема;
- Преднамерено избиране на определен вид „подходящи/благоприятни“ пациенти („обиране на каймака“ – или “cherry-picking,” “cream-skimming”), при което болници избират само някои типове пациенти и отправят или склоняват други да търсят помощ другаде. Тези рискове, наред с други, както и възможни мерки за намаляването им, се разглеждат в раздел 1.5.

17. Такива рискове представляват основателни опасения и следва да бъдат отчитани с помощта на съответни действия в страни, използващи кейс-микс инструменти за финансиране на болничните дейности. Мерките са под формата на прилагане на строги правила и процедури за предварително договаряне, съчетано с едновременно внимателно наблюдение на данните. Следва да се

наблюдават мерките относно клиничните аспекти и качеството, за да се гарантира, че болниците не се опитват да се възползват от кейс-микс плащанията, прибегвайки до неизрядни клинични практики, които влияят отрицателно върху грижата и резултатите за пациентите.³

1.4. Какво представляват ДСГ

18. ДСГ са форма на кейс-микс инструмент, базиран на диагноза и процедури и специфичен алгоритъм за групиране, който определя равнище на заплащане на основата на относителната интензивност на ресурсите за лечение на пациента. Те представляват най-известният кейс-микс инструмент, използван за класифициране на стационарни болнични грижи при остри случаи. Пациентите се групират в клинично сравними категории със сходни модели на използвани ресурси. (Първата стъпка при създаването на стационарни болнични групи е отчитането на „свързаността“ на „диагнозата“ по категории, определени на база органна система или медицинска диагноза, откъдето произлиза и наименованието „диагностично свързани групи“). ДСГ се разработват с помощта на демографска и клинична информация, която стандартно фигурира в медицинските записи на хоспитализирания (вж. текстовото каре).

Минимален набор от основни данни за определянето на ДСГ за хоспитализиран пациент

- Основна диагноза
- Вторични диагнози (за отчитане на съпътстващи заболявания)
- Процедури, изискващи операционна или неизискващи операционна намеса (за отчитане на усложнения)
- Възраст
- Тегло при раждане за новородени
- Пол
- Състояние при изписване (т.е. изписване, прехвърляне, екзитиране)

Системата за класификация на пациентите предоставя начин за установяване на зависимост между *вида пациенти*, лекувани от една болница (т.е. нейния кейс-микс) и разходите, които тази болница *прави*.⁴

19. Първоначално ДСГ са били замислени и разработени в края на 60-те години на ХХ век в Йейлския университет в САЩ за създаването на ефективна рамка за наблюдение на потреблението на услуги в болнични условия. Предназначението на ДСГ е било обвързването на типичната структура от пациенти (кейс-микс) за дадена болница и ресурсите, необходими за лечението на тези пациенти като дял от общите разходи на болницата. ДСГ категориите са създадени с оглед както на клинична издържаност, така и на еднородност на ресурсите. Болница, която има по-сложен микс от случаи, се очаква да изразходва повече средства и следователно да има повече разходи в сравнение с болница, третираща по-малко сложен кейс-микс. Една болница с по-висок микс на

³ Това включва отчитане на нормите на смъртност, инфекциозни заболявания, прехвърляне, повторен прием, дни в корпус за интензивна терапия и пр. В ранните години на прилагането на ДСГ в САЩ са се следели внимателно изписванията от болница за регистриране и предотвратяване на негативни резултати. Поради факта, че болниците са знаели, че са под наблюдение, те не са и правили опити за некоректни практики; вместо това са били стимулирани да предоставят висококачествени здравни грижи по ефективен начин. Те вече не са имали финансов стимул да закупуват най-скъпите лекарства и/или изделия/оборудване, или да задържат пациентите си на легло повече от необходимото, така че са променили своето поведение. Болниците са взели решения да се откажат от едни неща за сметка на други, за да намалят своите разходи, продължавайки в същото време да предоставят надлежните грижи на своите пациенти.

⁴ В идеалния случай разходите на ДСГ стъпват върху „ефективните разходи за производство“, а не само върху действително направените разходи. В отсъствието на подробни изследвания на болничната производствена ефективност това често се случва, като се дефинира „ефективен“ с помощта на средните или медианни разходи на сравними болници.

случаи така ще получава повече финансови средства в сравнение с болница с по-нисък микс, при допускане, че и двете болници са със сходна натовареност или обем случаи.

20. През 1983 г. в САЩ се създава национална система за осигурителни плащания, базирана на ДСГ (СЗОП) за всички пациенти на „Медикеър“ (Medicare), управлявана от Администрацията за финансиране на здравеопазването (АФЗ) към Министерството на здравеопазването и социалната политика на САЩ (Department of Health and Human Services).⁵ Тази много базова система на ДСГ се използваше, за да се заплаща на болници в САЩ за грижите, предоставяни на бенефициенти на „Медикеър“ и за да се насърчава по-голяма ефективност на болниците. През 2007 г. програмата „Медикеър“ в САЩ замени първоначалната ДСГ система със система на ДСГ на „Медикеър“, отчитаща тежестта на заболяванията, което представлява сериозно прецизиране на класификацията. В същото време, правителството на САЩ започна да обвързва реимбурсациите за лечение в условия на хоспитализация с качеството на грижите, предоставяни на пациентите.

21. Въпреки че тази първоначална система на ДСГ беше използвана за решаване на въпроси, свързани с грижите за по-възрастни лица, използването, приложението и видовете класификационни системи на ДСГ са се разраснали значително през годините. 3М Health Information Systems (HIS) създадоха едни от първите разгърнати системи, в това число ДСГ за всички пациенти (ДСГ за ВП), Прецизирани ДСГ за всички пациенти (ПДСГ за ВП) и Международни прецизирани диагностично свързани групи (МПДСГ). Като мащаб категориите ДСГ варират от 500 до над 1000.

22. В международен план много правителства са разработили по-специфични ДСГ системи, като например Австралийски прецизирани диагностично свързани групи (АПДСГ), ДСГ на Скандинавските държави, Унгарски ДСГ, ДСГ на Германия и много други. През годините са се реализирали много развития, насочени към справяне с някои от ограниченията, съществуващи при системите на ДСГ, като например подобряване на дефинициите и относителните тегла на много от нехирургическите/неинтервенционни ДСГ групи. По-долу са представени избрани държави от целия свят, които са изучавали и/или използвали някои видове ДСГ за основа за своите системи за заплащане или бюджетиране на болници.

⁵ Конгресът на САЩ направи това, изменяйки Закона за социалната сигурност, уреждащ програмата „Медикеър“ на САЩ. „Медикеър“ е програма за социално осигуряване за възрастни лица, лица с увреждания или лица в крайна фаза на бъбречно заболяване, финансирана от данъци върху доходите на населението в работоспособна възраст, премии от лицата, включени в програмата и общи вноски за постъпления от правителството.

Избрани държави, изследващи или използващи ДСГ

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

1.5. Погрешни схващания, опасения и въпроси, свързани с използването на ДСГ като основа за система за заплащане или бюджетиране

23. Въпреки разгръщащото се използване на ДСГ в международен план, съществуват множество опасения и погрешни твърдения. Някои опасения произтичат от липсата на разбиране относно ДСГ и кейс-микс инструментите. Други произтичат от неточно разбиране на начина, по който системите за заплащане на базата на ДСГ въздействат върху лекари и медицински специалисти. Таблица 1 по-долу представя най-често срещаните опасения и неточни твърдения. Много от тези опасения са били посочвани и от заинтересовани страни в България през годините.

Таблица 1: Често срещани опасения и неточни твърдения относно ДСГ

Погрешно схващане / Опасение / Въпрос	Реално положение за ДСГ
ДСГ са средство за плащане на база осигурителни плащания и не могат да се използват за създаването на бюджети на болници.	ДСГ измерват интензивността на ресурсите на видовете третиращи случаи; могат да се използват за най-различни цели, в т.ч. като основа за система за заплащане за случай и/или за изработването на договорени болнични бюджети.
ДСГ са инструмент за намаляване или оръзване на финансовите средства на разположение на болниците.	Общият размер на финансовите средства за болниците се определя по силата на решение, засягащо политиките. ДСГ сами по себе си нямат силата да увеличават или намаляват наличните средства. Инструментът само служи за разпределяне на тези средства по справедлив и равнопоставен начин.
ДСГ са инструмент, използван за контролиране на лекари и начина, по който упражняват и/или предоставят грижи.	ДСГ поражда стимули за ефективност, които могат да са от полза на доставчици, платци и пациенти, ако се прилагат и наблюдават надлежно. ДСГ не носят предписания или изисквания относно вида на грижите или начина, по който се предоставят.
Използването на ДСГ ще намали качеството на грижите за пациентите, тъй като болниците ще изписват пациенти „по-бързо и по-болни“ или няма да оказват необходимата грижа.	ДСГ не въздействат автоматично върху качеството на грижите, като го увеличават или намаляват. По-скоро се използват за пораждаване на стимули за предоставяне на подходящи грижи, възможно най-

	<p>ефективно, при оптималните условия. ДСГ също могат да помогнат за открояване на различията в предоставяните грижи с помощта на определяне на репери. Най-добрият начин за противодействие на некоректно поведение от страна на лекари или болници (т.е. предоставяне на по-некачествени грижи) е да се гарантира наличието на одитиране и наблюдение за целите на надзора над тези дейности и резултатите от тях.</p>
<p>Системата на здравеопазването трябва да е добре финансирана, преди страната да може да прилага ДСГ като основа за система за плащания или бюджетиране.</p>	<p>Както беше посочено по-горе, обемът финансови средства в системата е предмет на отделно политическо решение и не е резултат от самия процес на ДСГ. ДСГ помагат за разпределянето на наличните средства, обаче не генерират и не ограничават средствата за здравната система.</p>
<p>Прилагането на ДСГ зависи от наличието на голям обем висококачествени данни за отнасяне на пациентите/случаите към съответните категории ДСГ.</p>	<p>Прилагането на ДСГ не изисква наличието на клинични данни за страната; различните държави са стартирали с различни обеми от данни. Например, клинични данни, събирани в продължение на шест месеца, могат да са достатъчни за стартиране на пилотно прилагане.</p>
<p>Прилагането на ДСГ зависи от наличието на пълни и точни данни за разходите, за да могат ДСГ да се ползват като механизъм за плащане или бюджетиране.</p>	<p>Точните и изчерпателни данни за разходите са важни, но отново данните се подобряват с времето, в хода на използването си като основа за системата за финансиране. Повечето страни или започват с каквато и да е ограничена разполагаема информация, или заимстват данни относно относителните разходи за случаи от други сходни държави.</p>
<p>Мигрирането към ДСГ ще доведе до мащабни размествания и ще въздейства неблагоприятно върху болниците.</p>	<p>Възможно е да се случат мащабни размествания с преход към нова система за финансиране, но тези размествания могат и следва да бъдат модулирани с помощта на внимателно планирано постепенно прилагане на ДСГ, за да се избегне голямо преразпределение на средства в краткосрочен план.</p>
<p>Използването на ДСГ би означавало лекарите да не могат повече да договарят техните цени.</p>	<p>Вярно е, че при система с ДСГ повечето държави не допускат относителните тегла (които определят цените на ДСГ) да подлежат на договаряне, тъй като се изчисляват въз основа на обективни данни за разходите. Независимо от това, все пак обсъждане и договаряне може да се случи по базовата (или национална) цена.</p>
<p>Въвеждането на ДСГ означава, че ще има повишение в изразходването на средства (разходите), което ще източи системата.</p>	<p>ДСГ и другите кейс-микс инструменти не увеличават или намаляват автоматично нивата на разходите; инструментът просто разделя наличните средства по обективен и справедлив начин.</p>
<p>ДСГ ще насърчат увеличаването на болничните случаи и обем.</p>	<p>Да, възможно е ДСГ да насърчат увеличаването на случаите, но това може да се контролира с налагането на тавани на обема или на разходите от страна на платеца. Също така наблюдението на обема може да спомогне да се гарантира, че болниците няма да правят приема на пациенти по некоректен начин или да хоспитализират пациенти, които биха могли да се лекуват амбулаторно, или да подбират само определени видове пациенти, отправяйки други</p>

	видове или да раздробяват грижите за пациентите в стремеж да увеличат обема.
Болниците ще отчитат диагнози и процедури по начин, увеличаващ максимално техните финансови средства/плащания.	Да, възможно е болниците да се опитат да направят това и явлението се нарича „отнасяне към по-високо платена ДСГ“ (“DRG-creep”). То се наблюдава в две разновидности. Първата е, че кодирането на болниците естествено се подобрява, защото парите са обвързани с тяхното кодиране. Втората е, че болниците биха могли да се опитват да мамят или да изхитрят системата, отчитайки некоректни диагнози и процедури, за да получат повече пари. Това следва да подлежи на внимателно наблюдение чрез одитиране и наблюдение на болничните кейс-микс индекси.

Глава 2 – Българският контекст: КП и ДСГ

24. Целта на настоящата глава е да се даде информация за настоящото положение в страната, в това число инструментът, използван в момента за определяне на договорени болнични бюджети и за заплащане на болници през годината, както и оценка доколко работи този механизъм в сравнение с други инструменти на основа случай. Общата информация се предоставя за целите на информирани решения дали страната би имала полза от едно пилотно изследване на използването на ДСГ за заплащане на болници. Един такъв преход към използване на ДСГ би подобрил някои от предизвикателствата, произтичащи от КП и би повишил ефективността, равнопоставеността, качеството и последователността на предоставянето на здравни грижи.

25. Настоящата глава би била полезна за онези читатели, които не познават използването на КП в България днес и/или историята на страната във връзка с ДСГ. Онези, които вече познават тази история или нямат нужда от общата информация, могат да пропуснат главата. Който желае да прочете по-подробна информация относно КП, предизвикателствата, свързани с използването на този инструмент и ползите от настоящия процес, се приканва да прегледа тези сведения в Диагностичния доклад на Световната банка.

2.1. Използване на КП за създаването на договорени бюджети на болници

26. От началото на прехода, България е осъществила мащабни реформи в системата на здравеопазването, най-вече чрез въвеждането на система за задължително здравно осигуряване, в която Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) изпълнява функцията на главен публичен купувач на здравни услуги. Като част от тези реформи през 2001 г. методът на НЗОК за договаряне с болничните заведения беше променен и заместен от механизъм на заплащане за случай (въз основа на КП) и глобални бюджети на болници за насърчаване на ефективност и качество на обслужването. (Преди това правителството прилагаше методология за нормативно разпределяне на средствата и бюджети по пера при съставяне на договорите).

27. Първоначално КП са били предназначени за клинични указания. Действащата система на КП е съчетание между изисквания относно диагнозата и процедурите, административни изисквания, изисквания относно персонала и оборудването, клинични указания/протоколи, изисквания във връзка с документацията и информирането на пациента и редица правила за договаряне. Всеки алгоритъм във връзка с КП, дефиниран в Националния рамков договор, описва

необходимите елементи за предоставянето на услугата по безопасен и подходящ начин (т.е. съответстваща диагноза; минимален брой болничен медицински персонал, немедицински персонал и/или оборудване; и пр.). При изписването се определя КП на базата на информацията за диагнозата на пациента и процедурата/процедурите, извършени на пациента. С доставчиците се сключват договори за доставка на конкретни КП, които им се реимбурсират от НЗОК по цена, договорена от Българския лекарски съюз (БЛС) и НЗОК.

28. КП се използват като инструмент за глобално бюджетиране за подпомагане изготвянето на националния бюджет за болнични грижи. Този бюджет се състои от регионални бюджети, определени въз основа на исторически данни за брой отчетени случаи, по КП, подавани от всяка болница в областта. (През 2015 г. например бюджетите са 90-95% от определеното през предходната година).

29. КП се използват и като инструмент за заплащане. Окончателното плащане на болниците е въз основа на действителния брой лекувани случаи, по КП (т.е. въз основа на подадени заявки). Болници, които не лекуват заложен брой случаи, получават по-малко от бюджетираното. Болници, които лекуват повече случаи от разчетите, могат да получат допълнително средства за разликата, което обикновено е предмет на политическо решение, но може и да бъдат санкционирани или да им бъде намален бюджетът за следващата година.

30. Някои от ползите на КП са:

- Както болниците, така и лекарите са запознати с изискванията на КП и с общия процес на договаряне.
- Болниците разполагат с необходимата инфраструктура, за да предоставят нужната информация по КП и познават начина, по който НЗОК инспектира заявките за информация по КП.
- КП дават общо разбиране относно общата пътека на лечение на даден пациент и клиничните грижи, които следва да получи.
- КП включват и информацията относно кадрите, оборудването и друг капацитет, с който трябва да разполага болницата, за да предоставя обслужване. Тези изисквания, доколкото целта им е да осигуряват безопасност и качество за пациентите, са полезни, особено при отсъствието на други указания или регламенти, като например изисквания или условия, които болниците следва да изпълняват, за да сключват договор с НЗОК или задължителна акредитация на болнични заведения.

31. КП са ефективно средство с оглед на първоначално замисленото си предназначение, а именно да се описва видът клинични грижи/услуги, които трябва да получи един пациент; те могат да се разглеждат като вид инструмент за финансиране, свързан с резултатите, тъй като КП целят да се измери болничната продукция. Но тъй като КП не са били замислени за заплащане на болници, ние не считаме, че те са най-подходящият механизъм за разпределение на ограничените средства за здраве по справедлив и равнопоставен начин.

32. Фактически през годините КП са породили предизвикателства на пазара на здравни грижи в страната, тъй като не насърчават ефективност и са свързани с вероятност от по-високи разходи в крайна сметка, поради предлагане на ненужни услуги и удължен болничен престой. Също така цените на КП се договарят, вместо да се базират върху обективни данни за разходите и тъй като относителните тегла на КП не почиват върху статистически алгоритми за остойностяване на ресурсите, теглата носят вероятност да не отразяват прецизно различията в разходите на ресурсите при различните случаи. И поради това, че КП се генерират от наличието на определени заболявания

и провеждането на определени изследвания и процедури, доставчиците почти нямат стимули да обхванат пълната медицинска информация за здравето на пациента и нуждите му от здравни грижи. Така по-скоро не се получава пълна и точна картина на заболяемостта за институциите за здравни грижи, платците и планиращите.

33. В обобщение, като инструмент, КП са най-подходящи за описание на клиничната грижа. Те също така могат да продължат да са полезно средство за определяне на необходимите болнични условия/стандарти за договаряне, но не следва да продължат да се използват за целите на заплащане на болници, тъй като използването на КП за заплащане неминуемо е довело до неравенство в здравната система; стимулирало е неефективност на равнище болници; довело е до ненужно продължителен болничен престой и хоспитализации; и е довело до предоставянето на широк спектър ненужни услуги. Вместо това българските ръководители разглеждат възможността за въвеждане на различен инструмент – като ДСГ – за подобряване на равнопоставеността и ефективността на системата за заплащане на болници, което подкрепяме.

2.2. Историята на България по отношение на кейс-микса и ДСГ

34. Следва обобщено представяне на дългогодишната история на България по отношение на кейс-микса и ДСГ. Полезно е да се познава тази история с оглед насоки за възможни дейности в бъдеще по пилотно прилагане на ДСГ за нова система за заплащане и бюджетиране. Приложение 1 представя по-подробна информация за историята на тези дейности от деветдесетте години на ХХ век до момента, за онези, които се интересуват. Още от средата на деветдесетте години на миналия век в страната се провеждат изследвания на ДСГ, като досега са осъществени редица проекти. В периода от средата до края на деветдесетте години на ХХ век МЗСП на САЩ и Американската агенция за международно развитие (USAID) възложи проект за техническа помощ на Солон Консултинг (Solon Consulting) и 3М HIS, целящ въвеждането на кейс-микс подход в избрани страни от Източна Европа, в т.ч. България.

35. В хода на проекта страната разработи прост програмен продукт за събиране на клинични данни, внедрен в избрани болници, за да се стартира набирането на базови данни. Бяха обучени болнични служители, така щото да могат надлежно да събират и отчитат информация, свързана с регистрацията на пациента и клиниката. Бяха разработени допълнителни програмни системи, които се усъвършенстваха през годините; например програма, позволяваща автоматизиран процес на отчитане на разходите „от горе надолу“ или чрез метода на стъпково разпределение на разходите (“step down cost accounting process”) и определяне на разходите за хоспитализирани случаи на равнище пациент.

36. В началото на ХХI век технически експерти и длъжностни лица в МЗ и НЗОК направиха пилотно тестово въвеждане на ДСГ за целите на плащания; резултатите от проекта включваха и оценяване на различни варианти за групиране и модели за договаряне. След внимателна преценка бяха избрани австралийските стандарти за класификация, определяне на кодове на процедури, групиране и кодиране.

37. През 2010 г. МЗ стартира работа за получаване на договор за лицензиране от правителството на Австралия за софтуера за групиране. Министерският съвет прие указания, условия и график за въвеждането на нов модел за финансиране на болници на база ДСГ. МЗ и НЗОК бяха упълномощени да изготвят проект на споразумение като основа за преговаряне с австралийското правителство с оглед закупуване на система за класификация. Споразумението

беше подписано през 2011 г., потвърждаващо правото на България да използва класификационната система АПДСГ (Версия 6) до 2016 г.

38. В момента има налични данни на територията на цялата страна. Български експерти събраха и анализираха клинични данни и данни за разходите и ги използваха за определянето на относителни тегла, специфични за страната. Данни на базата на повече от един милион случаи на хоспитализация бяха групирани в ДСГ; към 2008 г. приблизително 92% от всички клинични данни в болнични условия бяха събрани и групирани в ДСГ с помощта на Версия 4.5 на австралийската система за класификация (АПДСГ).

39. Към Националния център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА) беше създаден нарочен отдел от експерти, работили по предишни проекти за въвеждането на ДСГ в страната. Също така технически експерти направиха първоначални бюджетни симулации за въздействието на система за заплащане и бюджетиране, базирана на ДСГ. Проведеха се редица най-разнообразни обучения по технически компоненти на ДСГ, в това число определяне на кодове, на разходи и управление на болнични заведения.

40. Накратко, в България има много експерти със значителни технически познания относно начина за използване на ДСГ за заплащане на болници и през последните 20 години е проведена голяма част от необходимата подготвителна работа и дейности по планирането и анализа на данни в подкрепа на пилотно въвеждане на система за плащане с ДСГ.

2.3. Преход от система с КП към система с ДСГ

41. Концептуално България е преминала от финансиране на база изходни елементи към финансиране на база резултати преди години; продължават да съществуват обаче проблеми. Независимо от това и гореспоменатите промени в българската система, в т.ч. автономизацията на болниците и въвеждането на договаряне между НЗОК и доставчиците, не са напълно реализирани подобрения в ефективността в здравния сектор, както е изложено подробно в Диагностичния доклад на Световната банка.

42. Една причина за това е, че КП като инструмент се използват за целите на бюджетиране и заплащане. Ненужните клинични предписания и административни изисквания (несвързани с качеството и безопасността на грижите за пациента), заложи в КП, договарянето на цените на КП и липсата на ограничителни тавани са довели до изкривявания и неефективност в здравната система. В резултат на това ползите от една истинска система за финансиране, основана на резултати и на база случай, така и не са реализирани. За да се създадат подходящите стимули за консолидиране на услугите, увеличаване на ефективността при използването на болничните ресурси и намаляване на излишния капацитет на болниците, България възнамерява да мигрира от система, използваща КП за основа на заплащането на болници и обмисля въвеждането на ДСГ, подход, който във все по-голяма степен се използва в здравните системи на страни от ОИСР, ЕС и в страни с нововъзникващи пазари.

43. За да се продължи напред, докладът препоръчва стартирането на проект за пилотно въвеждане на система за заплащане с ДСГ, за да се определи дали и доколко инструмент, базиран на ДСГ, би могъл да създаде стимули за ефективност, да подобри качеството на грижите за пациентите и да намали ненужната хоспитализация. Страната би могла да продължи да ползва КП по тяхното оригинално предназначение: определяне на клинични пътеки и указания и на условия за участие за болници за гарантиране на безопасност и качество за пациентите, като в същото време

се премине към използването на ДСГ като основа за системата за заплащане на болници. Въвеждането на система за заплащане на болници с ДСГ би могло да улесни справедливо разпределяне на ограничените ресурси, повишена прозрачност и стимули за ефективност, които отсъстват понастоящем.

44. Независимо от вида на инструмента, използван като основа за системата за заплащане на болници, прилагането следва да е внимателно и съпътствано от последователно прилагане на одитиране и наблюдение, процеси, които в голяма степен не се наблюдават в момента. Следва да се посочи, че всички системи на база случай – де факто всички системи за плащане – имат своите присъщи ограничения и е наложително да се наблюдават внимателно, за да се гарантира, че пациентите имат реален и ефективен достъп до грижи, че доставчиците се отчитат прецизно, а разчетите по плащанията или бюджетите се правят надлежно.

Глава 3 - Прилагане на система за финансиране, базирана на ДСГ

45. Тази глава представя конкретна и подробна информация за първоначалните технически стъпки, необходими за ефективно въвеждане на система за заплащане на основата на ДСГ (било на пилотни начала или мащабно въвеждане в цялата страна). Тази глава също така представя подробна информация относно техническите решения и изчисления, за които следва да има разбиране, преди да може ДСГ да се ползват като основа за заплащане на болници. Описват се и функциите и отговорностите на институциите за разработването, прилагането и поддържането на система за финансиране на база ДСГ.

46. Настоящата глава съдържа и оценка на положението в страната по отношение на всяка стъпка. В България историята на изучаване на ДСГ е дългогодишна, налице са техническите експерти и голяма част от инфраструктурата, необходима за пилотното стартиране на такава система. Оценена е готовността на ИСУЗ с оглед на въвеждането на ДСГ, като това е представено подробно в Приложение 2. Читатели, които нямат нужда да изучат конкретиката по всяка техническа стъпка, могат да прегледат информацията, специфична за страната по всяка от тях, за да видят каква е съответната готовност на страната.

3.1. Обща информация и необходими изисквания

47. Съображенията по прилагането на система за заплащане и бюджетиране с ДСГ включват мерки по осемте стъпки, посочени по-долу. Всяка от тях е описана в общи линии, като се оценява и съответната готовност на страната. Последното е важно да се отчете както от техническите кадри, така и от българските заинтересовани страни, тъй като определя изготвянето на План за действие и бюджет за ДСГ, съдържащи се в следващата глава.

48. Следните стъпки се изискват за преминаването към система за заплащане и бюджетиране с ДСГ (всяка от тях е подробно разписана по-долу):

1. Създаване на стандартизиран метод за кодиране на клиничната заболеваемост на пациентите;
2. Разработване на система за изготвяне на отчети и справки за данни в болниците на базата на сведения на равнище пациент (единен набор от минимални базови клинични данни, отчитани от всяка болница, за всеки изписан пациент, в стандартизиран формат);
3. Внедряване на класификационна система и софтуер за групиране за отнасяне на пациенти към съответните ДСГ;
4. Изготвяне на методология за определяне на разходите и събиране на данни за болничните разходи за изчисляване на относителни тегла и болнични кейс-микс индекси (и двете позволяват анализ на интензитета на различията между лекувани случаи и болници);
5. Получаване на данни относно разходите/налични бюджетни данни за определянето на национална базова цена (или референтна цена), представляваща средните разходи за случай;
6. Избиране на набор от корекционни механизми, които може да са необходими за покриване на разходи извън контрола на болниците и разработване на симулационни модели за въздействието на използването на един или повече корекционни механизми;
7. Подбор и дискутиране на варианти за преход за осигуряване на мерки срещу мащабни

переразпределения между болници, от действащия метод на болнично бюджетиране към нов метод с ДСГ, за да се осигури плавна и внимателна миграция;

8. Създаване на съвет за наблюдение и/или инспектиращ орган за наблюдение на определянето на кодове, на разходи и на цялостното въвеждане на новата система за финансиране.

49. В страни, които са в началните етапи на разглеждането на възможностите за прилагане на ДСГ, осъществяването на някои от горепосочените стъпки може да отнеме повече време (напр. въвеждането на система за кодиране, събирането на данни и пр.). Страни, в които вече има система за кодиране и история на събиране на клинични данни, биха могли по-бързо да пристъпят към осъществяване.

50. При все че повечето от тези стъпки са предимно от техническо естество, те имат и политически измерения, за които от решаващо значение е първоначалният принос на отговорните за взимане на решения и заинтересованите страни. Разработването на симулационни модели за въздействието на различните варианти за политики ще е важно, за да бъдат информирани лицата, вземащи решения, относно ефекта на избраните или предпочитани от тях варианти за политики и относно аспектите, свързани с времевата рамка и/или необходимите средства. За щастие съществува такъв капацитет за оценяване на възможните ефекти от различните варианти за политиките.

3.2. Стъпки за въвеждане на кейс-микс системи

Стъпка 1: Създаване на стандартизиран метод за кодиране на клиничната заболеваемост на пациентите

51. Стандартизиращият метод за определяне на клиничната заболеваемост на пациента изисква избор и използване на система за кодиране за диагноза и процедури. Примери за системи за кодиране включват Международната класификация на болестите (МКБ) на Световната здравна организация (СЗО), Версия 9 (МКБ-9) или Версия 10 (МКБ-10) или местно адаптирана версия, като например клиничната модификация на САЩ (МКБ-9-КМ) или австралийската модификация (МКБ-10-АМ). За кодиране на диагнозите повечето държави използват версия на МКБ-10. Разнообразието при системите за кодиране на процедури е по-голямо. Например някои държави използват американската модификация на системата за кодиране на процедурите МКБ-9 (МКБ-9-КМ), докато други използват Австралийската класификация на медицинските процедури (АКМП – Australian Classification of Health Interventions). Трети пък прилагат система за кодиране на процедурите, създадена на местно равнище. Независимо каква система се използва, важно е болниците да са обучени и да знаят как да записват пълно и прецизно информацията относно диагнози и процедури.

52. Държави, които желаят да променят своите системи за кодиране, когато в същото време обмислят и преминаване към система за заплащане с ДСГ, ще имат ползи от въвеждането на система за кодиране, която вече се използва за класифициране или групиране на случаи в ДСГ. Това намалява необходимостта от дейности за синхронизация („мапинг“ – mapping) на една система с друга във времето, помага за използването на по-проста система и в някои случаи води до по-прецизно отнасяне към съответната ДСГ.

53. „Минималният набор от базови данни“ с ключови елементи, свързани с демографски и клинични данни, който следва да се събира – едновременно с кодовете за диагнози и процедури – включва следното: възраст, пол, дата на хоспитализация, дата на изписване, статус при изписване и

всякаква друга информация, необходима за целите на отнасяне на пациент към една или друга категория ДСГ. За прилагащите системата обаче е важно да се обсъдят и приемат конкретни процедури за споделяне на данни и да се определи кой отговаря за данните, които се събират и анализират на централно равнище.

Българският контекст

В България в момента се използва МКБ-10 за кодиране на диагнози и МКБ-9-КМ за процедури. Планираше се старт на преминаване към АКЗП от 1 януари 2015 г., но това все още не се е случило, при все че някои аспекти на „реализация на живо“ бяха извършени (напр. преводът и публикуването на АКЗП кодовете). Също така е прието надлежното законодателство, изискващо използването на АКЗП, но до началото на нейното ползване може да се прилагат мапинг таблици (“mapping таблици”) от МКБ-9-КМ в АКЗП за целите на определяне на ДСГ.

Българските болници са с дългогодишна история на кодиране на диагнози и процедури; кратък преглед на болничните данни показва, че много болници отчитат не само код на основна диагноза. Тези заведения често подават една или повече вторични диагнози за отразяване на съпътстващи заболявания и усложнения, както и една или повече процедури за описание на извършените клинични грижи. Освен кодираните данни българските болници вече събират цялата друга необходима информация, включена в минималния набор от базови данни, за да може да отнасят случаите към ДСГ.

Това е много полезно за целите на създаването на система за финансиране с ДСГ. Лекарите и медицинският персонал, извършващи кодирането, обаче ще имат нужда от обучение по АКЗП, когато стартира използването ѝ. Също така всички информационни системи и програмни продукти ще следва да се актуализират, с оглед на използването на АКЗП.

Всички болници в страната разполагат с необходимата ИТ инфраструктура и са внедрили различни видове ИСУЗ, в т.ч. безплатния „Специализиран болничен софтуер“, позволяващ събирането и прехвърлянето на минималния набор базови данни за ДСГ.

Що се отнася до наличието на данни, отговорност и споделяне, налице е голям обем клинични данни за хоспитализации в НЗОК и в НЦОЗА. Към момента всяка организация счита тази информация за своя собственост и не я предоставя на други. Това затруднява динамичното използване на пълните съществуващи данни за изчисляване на всички параметри, провеждането на статистически анализи и провеждането на симулационни модели. Тази бариера, свързана с предоставянето на информация, следва да бъде преодоляна и да бъдат създадени механизми за официално споделяне на данни между НЗОК, НЗОЗА и МЗ, така че да може да се използват всички налични клинични данни и данни за разходите. В противен случай, ако това не е възможно, болниците ще се налага да извършват дублиращи се дейности по отчитането, така щото всички нужни данни да са налични в институцията, отговорна за извършването на симулации и изчисления във връзка с ДСГ.

Стъпка 2. Разработване на система за отчитане на данни на базата на данни на равнище пациент

54. Отчитането на данни от болници към централно равнище следва да става ръчно или по електронен път. Преди двайсет години, когато по света започна по-широката употреба на ДСГ, отчитането на клиничните данни се случваше предимно ръчно, като статистици, сестри и административен персонал извличаха минималния набор базови данни от пациентските досиета и въвеждаха сведенията в документ в Ексел, след което ги прехвърляха към централното равнище. Днес записването и събирането на данни става основно електронно. Също така повечето данни се прехвърлят в реално време по електронен път към централния орган.

55. Липсата на актуални, точни и пълни данни обикновено е най-сериозният проблем, възпрепятстващ проектите за развитие на кейс-микс. Невинаги има налични адекватни данни, особено ако съответната държава няма история на събиране на клинични данни и предоставянето им към централен орган.

56. В допълнение, проекти за прилагането на кейс-микс могат да блокират, в случай че взимашите решения очакват стопроцентова точност и пълнота на данните, преди да бъде придвижен проектът (т.е. те, стремейки се към идеалното изпълнение, го превръщат във враг на доброто изпълнение). Докато всяка страна следва да се стреми да превъзмогва ограниченията, свързани с данните, експертният опит сочи, че данните се подобряват, само ако се използват, когато болниците знаят, че сведенията, подавани от тях, се използват за определяне на плащания (а не само за целите на изследване и изучаване). Поради тази причина непълните или дори несъвършените клинични данни и/или данни за разходите не следва да са пречка за напредването към въвеждане на системи за финансиране с ДСГ.

Българският контекст

От гледна точка на информационните системи вече съществуват процесите за предоставяне на информация от болниците на НЗОК ежедневно, с използване на предварително зададени XML формати (съдържащи всички елементи на данните, необходими за определяне на ДСГ и много повече). Всички болници са в състояние да извличат и прехвърлят тези данни с помощта на съществуващи софтуерни решения от различни доставчици или софтуер, предоставен за безплатно ползване от НЦОЗА. НЗОК разполага с програмен продукт, който обработва ежедневните справки от болниците, налива данните в централен масив, извършва различни видове проверки на равнище заявки и валидация на данни и изчислява сумата за реимбурсация.

Също така около 200 болници доброволно дават справки със свои клинични данни за хоспитализации и данни за своите разходи или себестойност на равнище болница, отделение и пациент към НЦЗОА за кейс-микс анализ. (Страната се радва на ползите от предоставения безплатен софтуер, позволяващ на болниците да изготвят справки с клинични данни). Ако правителството реши да бъдат разширени ДСГ извън рамките на пилотното тестване, описано в този доклад, то тогава би било необходимо да задължи всички болници да подават клинични данни и данни за разходите/себестойността до централен орган (като напр. НЦОЗА), за да се гарантира наличието на пълни данни за анализ и изготвяне на модели. Разработват се процедури за оперативна обратна информация към болниците, за да могат те лесно да коригират грешки в кодирането и да ги избягват в бъдеще.

Стъпка 3. Внедряване на система за класификация и механизъм за групиране за отнасяне на пациенти към съответните ДСГ

57. Класификационната система е основата, върху която се използва клиничната информация за пациента (по-конкретно диагнози, процедури и други базови демографски и клинични данни), за да се отнасят пациентите към кейс-микс групи – в случая към ДСГ. При все че термините „класификация“ и „групиране“ се използват равнозначно, „групиращият механизъм“ („групер“ - „groupер“) реално е софтуерът, в който е заложена логиката на класификационната система; групиращият софтуер отнася хоспитализирани случаи към съответната група ДСГ съобразно клиничните данни и минималния набор от базови данни.

58. Този механизъм е обратен на механизма, по който работят КП. При КП няма процедура за класифициране или групиране, защото болниците кодират само точната диагноза и медицинските процедури, необходими за определяне на КП. С други думи, болниците избират предварително КП (и често избират предварително КП с по-високи равнища на реимбурсация/по-високи цени), след което прилагат лечението и медицинските процедури, посочени в изискванията към съответната КП. Случаят не е такъв при ДСГ, тъй като пациентите биват класифицирани в дадена група ДСГ въз основа на софтуерна логика, отчитаща съчетанието от диагнози и медицински процедури, които се отчитат като изпълнени (един лекар не може да определи ДСГ).

59. Разликата между ДСГ и КП е важна, защото тя подчертава това, че ДСГ са разработени с помощта на статистически методи за оценка *както* на клиничната, *така и* на ресурсната еднородност; КП са разработени по-субективно въз основа на дискусии с и препоръки от специалисти относно това кои диагнози и процедури спадат към различни КП, с минимален или изобщо без никакъв предварителен статистически анализ на клиничните данни или на данните за разходите.

60. Класификационната система и групиращият механизъм (груперът) са предпоставки за прилагането на система за финансиране с ДСГ. Възможността да се получават кодирани данни за диагнози и процедури от болниците и да се използва софтуер за отнасянето (т.е. „групирането“) на тези данни към групи ДСГ е решаваща за разработването на справедлива и обективна система за заплащане, разчитаща на обективни изначални клинични данни и данни за разходите.

61. Има много групери на разположение, повечето от които са доста аналогични и почиващи върху оригиналните концепции, използвани при ДСГ на американската програма „Медикеър“. Някои са по-усъвършенствани от други и включват тежест [на заболяването] и други променливи, влияещи върху потреблението на ресурси. Ключов въпрос е дали една държава трябва да създаде свой собствен групер, да закупи такъв, да заимства логика за групер от друга страна или да адаптира вече съществуващ групер за своите нужди.

62. Няма един-единствен правилен отговор на този въпрос и всяка страна следва да оцени съществуващото положение, политическите и практическите нужди и средствата, които са налични, преди да реши да стартира процес на разработване на групер, специфичен за самата нея.

63. Държави, които въвеждат кейс-микс системи за заплащане, следва да преценят какви са силните и слабите страни на различните групиращи решения. Едно от съображенията е дали софтуерът оперира със системите за кодиране на диагнози и процедури, използвани от страната. Това е решаващо, защото съчетанието между различни диагнози и процедури създава групите ДСГ. Ако изначалната информация за диагнози и процедури, събирана в страната, не съответства на тази

в софтуера за групиране, се налага използването на мапинг таблици за съвместяването им. Това не е непреодолим проблем, но поражда допълнителна стъпка, която би изисквала допълнително време и средства. Тази стъпка би могла да причини и известни смущения при окончателното определяне на ДСГ.

64. Друго съображение при избора на групер е дали страната е в процес на въвеждане на система за заплащане с ДСГ. През проучвателната фаза и фазата на пилотно тестване, повечето държави или заимстват групер, или придобиват евтин лиценз за проучвателни цели. Ако страната реши да се откаже от въвеждането, се спестяват средствата за закупуване на система или за разработване на инструмент, специфичен за страната.

65. Въпросът дали е необходимо или не разработването на групер за конкретната страна е предмет на обширен спор сред специалистите. Най-добрият начин, по който една държава би могла за себе си да реши въпроса, е като извърши анализи, за да се види дали една заимствана система за групиране би могла да се въведе ефективно или пък съществуват сериозни разминавания при класифицирането на пациенти. При втория случай вероятно би било необходимо избирането на групер, специфичен за страната.

66. Много страни установяват, че е достатъчно да се направят дребни усъвършенствания на съществуващи групери, поради факта, че повечето ДСГ групирания представляват диагнози и заболявания, валидни в глобален план. Поради това много държави решават да заимстват класификационна система и ДСГ групер от друга държава и да ги модифицират, за да отговорят на техните нужди. Съвсем малко държави са отделили значителни времеви и финансови средства и усилия за разработването на собствен софтуер за ДСГ групиране. (Де факто специалистите считат, че основната причина, поради която държави изготвят собствени групери е за да се отговори на политически нужди, в това число за да има клинична ангажираност и отговорност спрямо системата, а не толкова с оглед на конкретни технически нужди). Независимо каква система се използва, в крайна сметка целта е да се гарантира, че групите ДСГ, прилагани като основа за финансиране, надлежно класифицират пациентите в клинично издържани и ресурсно еднородни групи.

Българският контекст

България е договорила лиценз с австралийското правителство за използването на австралийската класификационна система и има лиценз за оперирането с групер софтуер до юни 2016 г. Австралийската класификация на медицинските процедури (АКМП) е преведена и адаптирана за употреба в българските условия.

Всички елементи на данните, необходими за отнасянето на пациент към ДСГ групи, се събират от болниците чрез различни информационни системи.

От гледна точка на техническата информатика, съществуващите процеси могат лесно да бъдат адаптирани за отнасянето на случаи към ДСГ (вместо КП) и за изчисляване на реимбурсации въз основа на ДСГ за случай (вместо определяне на цена на КП). Разбира се, качеството и пълнотата на кодирането ще се подобрява с течение на времето, ако се използват ДСГ, но наличното в момента е достатъчно за начало.

Стъпка 4. Разработване на методология за определяне на разходите и данни за разходите на болниците за изчисляване на относителни тегла и болнични кейс-микс индекси

67. Важно е да се въведе стандартизирана методология за определяне на разходите за осигуряването на сведения за разходите на равнище пациент. Някои държави използват стъпков метод за определяне на разходите, или подход „отгоре-надолу“ (step-down or top-down costing approach), за установяване на разходите на равнище пациент. Най-схематично с този метод се правят разчети за разходите на равнище пациент чрез разпределянето на разходите на равнище отделение надолу до равнище пациент с помощта на различна метрика. Много страни са стартирали пилотно въвеждане на ДСГ единствено с агрегирани налични данни за разчет на разходите на равнище пациент, след което, в последствие, са внедрили други техники.

68. Други държави са започнали, прилагайки едновременно методи за определяне на разходите „от горе надолу“ и „от долу нагоре“; това позволява да се определят разходите за административните дейности и на помощните отделения на равнище пациент (т.е. „от горе надолу“), като в същото време се отчитат конкретни, преки разходи на равнище пациент (т.е. определяне на разходите по методиката „от долу нагоре“). Методиката за остойността „от долу нагоре“ е по-вреемемка и скъпа, но би могла даде по-прецизна и пълна картина за разходите за лекуване на всеки пациент.

69. Разполагането с по-точни данни на равнище пациент позволява определянето на по-точни относителни тегла, специфични за страната, което е от ключова важност при изчисляването на кейс-микс индексите на болниците (вж. по-долу), както и за други основни елементи от система за заплащане с ДСГ. И относителните тегла, и кейс-микс индексите позволяват анализирани на относителните разлики в ресурсната интензивност при лечението на различни случаи (т.е. разходите при едно естествено раждане в сравнение с оперативно родоразрешение). Тези понятия и техните формули са дефинирани по-долу.

Относителни тегла, специфични за страната

70. Относителното тегло е измервател на очакваните разходи за определен тип случай (т.е. ДСГ) спрямо разходите за *агрегиран* среден случай. Съответно, относителните тегла отразяват „колко скъпа“ е една ДСГ в сравнение със среден случай. В модела за заплащане те изпълняват ролята на множител на базовата цена (или референтната цена) за получаването на крайната цена на ДСГ. Поради тяхното изключително значение е важно да се разполага с прецизен набор относителни тегла; ако няма такъв, следва да се използват други политики за системи на финансиране за предотвратяване на потенциални мащабни финансови въздействия.

$$\text{Средно тегло на ДСГ „X“} = \frac{\text{Средна стойност на ДСГ „X“}}{\text{Агрегирана средна стойност на случай}}$$

71. За всяка ДСГ се изчислява относително тегло, отразяващо съотношението между ресурсите, необходими за лечението на пациент с тази ДСГ в сравнение с ресурсите, необходими за лечението на „средния“ случай. Относителните тегла се определят на национално равнище. Средните стойности не варират за различните болници: изчислява се единна стойност за всяка ДСГ, която се прилага за всички болници. Изчисляването на прецизен набор относителни тегла е изключително важно и изисква определянето на „нормално“ разпределение на

Пример:

ДСГ с относително тегло 1.0 отразява среден случай, докато ДСГ с относително тегло 5.0 показва случай, налагащ пет пъти повече ресурси в сравнение със средната стойност, за лечението на пациент. Поради тази причина плащането или бюджетът, който получава болницата за този случай, следва да е пет пъти по-голям от плащането или бюджета, който получава за средния случай. Аналогично, ДСГ с относително тегло под 1.0 се очаква да изконсумира по-малко от средното количество ресурси за лечението на пациент и следователно сумата, която болницата ще получи, ще е под стойността, давана за среден случай.

продължителност на престой и/или стойност по ДСГ. Това позволява установяването на случаи, които са в стандартните граници (т.е. „inliers“) и на такива извън стандартните граници (“outlier cases”). Изисква се по-нататъшна техническа стъпка за надлежно изчисляване на относителните тегла, която включва конвертирането на случаи с много дълъг или много къс престой/много висока или много ниска стойност, както е посочено в бележката под линия⁶.

72. След изчисляването на относителните тегла, те следва да бъдат прегледани, за да се гарантира, че са състоятелни от клинична и ресурсна гледна точка. Например би могло да се наложи коригиране на относителните тегла, определени на база малък брой случаи. Тези относителни тегла на ДСГ изискват клиничен преглед от лекари със различни специалности.

73. В допълнение, ако относителното тегло на медицинска ДСГ (напр. естествено раждане) е по-високо от относителното тегло на ДСГ, свързана с хирургическа намеса (напр. цезарово сечение), тогава ще се налага преглед и корекция. Този процес на преглеждане е от ключова важност, особено през първите години на въвеждането на системата, тъй като данните за разходите се очаква да не са толкова солидни. Процесът на преглед може да включва и сравняване на относителни тегла, специфични за страната и относителни тегла, изчислени в други държави.

Кейс-микс индекс

74. Както е описано по-горе, относителните тегла дават сравнимост на различната ресурсна интензивност на различните ДСГ. Подобно понятие е и кейс-микс индексът (КМИ); с него се измерва общата продукция случаи на дадена болница (брой и видове случаи) в сравнение със средните

⁶ Относителните тегла се изчисляват само с помощта на случаи, които се вменят в стандартните граници (“inliers”), поради което се използват математически изчисления за превръщането на „нестандартни случаи“ в „стандартни случаи“, за да се получи достоверна картина на общия брой пациенти и за да могат да се генерират средни стойности на разходите. Това е важно, тъй като финансирането с ДСГ отразява плащане на база среден случай и има големи различия в стандартните отклонения сред случаите (напр. ДСГ, изискващи хирургическа намеса, имат склонност да са с по-ниски стандартни отклонения в сравнение с медицинските случаи). Превръщането на нестандартни случаи в стандартни налага определянето на еквивалентни случаи от реални такива. Това позволява да се отчитат ресурсите, необходими за лечението на нестандартни случаи в сравнение с ресурсите, необходими за лечението на стандартни случаи. Конвертирането на нестандартни случаи в еквивалентни случаи позволява стандартизирането на всички случаи въз основа на потреблението на ресурси. Определенията за стандартни и нестандартни случаи са на базата на анализ на данните и допитване до статистици, клиницисти и икономисти. В крайна сметка използването на еквивалентни случаи вместо пряко отчитане на броя случаи е по-добър начин за изчисляване на договорния бюджет на всяка болница.

показатели за всички болници. Както и при относителните тегла, КМИ е показател, който не се измерва в мерни единици, позволяващ да се сравняват различията в ресурсната интензивност при лечението на пациенти в различните болници. Болница с КМИ 1.0 представлява пациент със средна интензивност.

75. Една болница с КМИ над 1.0 би могла да се определи като болница, лекуваща пациенти, изискващи повече ресурси в сравнение със средната болница, с допускането, че се прилагат коректни практики за кодиране. Ако две болници са със сходни договорени

Формулата за КМИ е следната:

$$\text{КМИ} = \frac{\sum (\text{отн. тегло} * \text{бр. еквивалентни случаи})}{\text{Обща сума на экв. случаи за болницата}}$$

бюджети, но с много различни кейс-микс индекси, следва да се зададе въпросът „защо“, за да се види дали бюджетите са подходящи или не. Ако и двете болници са със сходни стойности на разходите на един пациент и са с подобни болнични характеристики (т.е. вид болница, местоположение и пр.), тогава би могло да се твърди, че болницата с по-висок КМИ е по-ефективна, защото съумява да лекува повече ресурсноинтензивни пациенти при една и съща средна стойност на разходите в сравнение с болница, лекуваща по-малко ресурсноинтензивни пациенти спрямо своя по-нисък кейс-микс индекс. От друга страна, ако болниците не са със сходни характеристики, то тогава фактът, че и двете са с еднакви договорени бюджети, би могъл да е резонен, в случай че по-високият бюджет за болницата с по-нисък КМИ изразява допълнителни средства за покриване на разходи извън контрола на болничното заведение (т.е. болницата с по-нисък КМИ се намира в селски район).

76. Всички елементи, а именно КМИ, характеристиките на болничните заведения, структурата на разходите, бюджетите в исторически план и бъдещите договаряни бюджети, следва да бъдат разглеждани внимателно с оглед на съдържателна дискусия относно ефективността и бъдещите политики за финансиране на болници.

Българският контекст

В България има дългогодишна история на използване както на метода за определяне на разходите „от горе надолу“, така и на метода „от долу нагоре“ за получаване на информация за разходите на равнище пациент. Методът „от горе надолу“ се използва за разпределянето на разходите на немедицинските звена (административни, спомагателни, поддържащи) сред медицинските звена. Също така разходите на равнище пациент, определени по метода „от долу нагоре“, които се отчитат в момента, включват (но не се изчерпват с): лекарствени средства, медицински изделия, материали/консумативи, импланти, лабораторни тестове и графии, хирургически процедури и пр. Както разходите, определени по метода „от горе надолу“, така и тези по метода „от долу нагоре“, се използват за получаването на окончателната стойност за всеки лекуван пациент в повечето български болници.

За България е уникален фактът, че страната събира данни и за двата вида разходи, още от старта на работата по остойностяването на ДСГ през 90-те години на ХХ век. Поради тази причина съществуващите в страната данни за разходите могат (и следва) да се използват за изработването на първоначалния набор относителни тегла, специфични за страната. Теглата следва да бъдат внимателно прегледани и могат да се съпоставят с тези в сходни държави, за да се установи наличието на

аномалии и/или необходимостта от прецизиране.

Както беше обсъдено по-горе, данните, налични в момента, са достатъчни за пилотен проект за финансиране с ДСГ; фактически България разполага с много по-пълни данни в сравнение с повечето други страни, когато същите са стартирали финансиране на база ДСГ. Използването на тези сведения за определяне на национална средна цена се разглежда в следващия раздел.

В случай че България реши да пристъпи към мащабно прилагане на система на финансиране с ДСГ, техническите експерти следва да извършат подробен преглед на действащата методология за остойносттаване и да внесат съответните изменения, за да може в бъдеще събираните данни да са още по-прецизни и солидни.

Стъпка 5. Получаване и използване на финансови данни за определяне на референтна цена

77. След изчисляването на КМИ и обема пациенти за всяка болница тези показатели трябва да получат своето изражение във финансови еквиваленти. За изработването на договорени бюджети на болници например е необходимо да се определи цена, така щото да се получи произведението от КМИ на болницата, обема и цената (наричана „референтна или базова цена“).

78. Референтната цена представлява стойността на „средния“ болничен случай. Тази стойност може да бъде изчислена на различни равнища (т.е. на равнище болница, сходни обекти или подобни лечебни заведения, или на национално равнище), чрез разделяне на общите налични финансови средства или общите направени разходи за предходната година за лечение на пациенти на произведението от еквивалентните случаи и кейс-микс индекса. Когато това се изчисли за всяка болница, можем да получим представа как се движат средната стойност на пациент за болниците и спрямо средната за страната стойност. Тази информация може да покаже на вземащите решения как да се премине от действащата система за заплащане и бюджетиране, която би могла да отразява исторически елементи на неефективност и неравенство, към нова система, основана на ДСГ. Очакването спрямо ДСГ е, че в крайна сметка ще се използва единна национална референтна цена, тъй като всички болници следва да могат да предоставят еднаква клинична грижа (или „да произвеждат едни и същи ДСГ“ по отношение на потреблението на ресурси) за една и съща средна стойност на разходите и следователно да получават едно и също средно плащане.

$$\text{Референтна или базова цена} = \frac{\text{Заложени разходи или наличен бюджет}}{\text{Сума на екв. случаи за всички ДСГ} \times \text{КМИ (1.0 на национално равнище, в случай че относителните тегла не са нормализирани)}}$$

79. Изработването на симулационни модели за финансовото въздействие на една или друга референтна цена е нужно, за да се прецени какви видове преразпределения на плащания или бюджети ще се случат при преход от действащата към друга система за финансиране. Съответно това ще спомогне да се види дали въздействието налага да бъде модулирано с механизми за корекция или преход, които са описани по-долу.

80. Страните могат да изберат дали да започне с референтна цена за самата болница, което позволява т. нар. „бюджетиране в сянка“ („shadow-budgeting“) през първата година от въвеждането на ДСГ, преди да се наложи национална референтна цена. Така се позволява на болниците да получават същия бюджет, какъвто са получили през предходната година, и през първата година на ДСГ, като това е целесъобразно в държави без дългогодишен опит в кодирането, остойностяването, събирането на данни и пр. Бюджетирането в сянка дава на болниците и на вземащите решения време да усвоят принципите на заплащане за случай и да се разработят политики съобразно новия механизъм за финансиране. Други страни стартират с използване на комбинация от част от цената за съответната болница и част от националната цена за определянето на общата референтна цена, като целта е пълно преминаване към националната цена. Подобен подход при стартирането позволява постигане на баланс между необходимостта да се премине към нова система за заплащане, като в същото време се уважава фактът, че болниците имат нужда от време да усвоят и да се приспособят към новата

$$\text{Референтна или базова цена на болница „А“} = \frac{\text{Общо заложени разходи за болница „А“}}{\text{Сума на екв. случаи} \times \text{КМИ}}$$

система и се дава време на вземащите решения за прецизиране, коригиране и решения относно политиките.

81. Горният процес може да се осъществи чрез постепенно използване на растящ процентен дял от националната цена и намаляващ такъв от болничната цена – до въвеждането на единна национална цена. (Това е описано по-подробно в раздела за „варианти за миграция“ по-долу). Темпът на мигриране от цени, специфични за болниците, към единна национална цена зависи от фактори като например: цели на системата за здравеопазване, наличие на клинични данни, точност и надеждност на относителните тегла и на данните за разходите, върху които те почиват, технически капацитет, готовност на болниците и политическо желание за следване на по-бърз или по-бавен темп.

82. След определянето на референтната цена новите бюджети за договаряне с болниците могат лесно да се изготвят чрез умножаване на избраната референтна цена (т.е. специфична за болниците, национална или съчетание от двете), КМИ и броя еквивалентни случаи.

83. Последно важно съображение при определянето на референтната цена е дали могат да се удържат и заделят средства за финансиране на необходимите корекции, като например за нестандартни случаи, неочакван ръст на обема и пр. Подобно нещо намалява базовата цена, но предоставя на платците средства за финансиране на други политики. Ако *не могат* да бъдат удържани средства, платецът ще следва да осигури и предостави нови средства за покриване на тези политики. От изключителна важност е да се работи с технически експерти за проиграването на симулационни модели при различни параметри и анализирането на съответните въздействия, с оглед насочването на вземащите решения и модулирането на мащабни преразпределения на плащания или бюджети, които, ако се случат, могат да изложат на риск цялостното въвеждане на системата.

Българският контекст

Отправната точка на всяка страна относно решението как да се премине към система за финансиране с ДСГ изначално опира до сравнение между действащата и новата система. В България се прилага система за финансиране с КП, при която за всяка КП е определена цена и тази единна цена се плаща на всички болници, т.е. вече е налице култура на използване на единна национална или референтна цена.

Поради тази причина курсът на страната при преминаване от система за финансиране с КП към такава с ДСГ вероятно би бил ориентиран към начина, по който се определят цените на продукта (ДСГ за разлика от КП), а не толкова към въпроса дали при новата система да се използват цени, специфични за болниците или единна национална цена.

За България главната промяна в системата за заплащане на болници би се изразявала в преминаване към цени на ДСГ, базирани на относителни тегла и плащания, основани на данни за болнични разходи. Произведението на относителните тегла и националната цена дава ценова листа на ДСГ, но процедурите и данните, залегнали в основата на изработването на ценовата листа на ДСГ, са много различни от използваните при изготвянето на ценовата листа за КП. Промяната от договаряни цени на КП към цени на ДСГ на емпирична база има вероятност да доведе до сериозни промени при новите договаряни бюджети за някои български болници.

Стъпка 6. Определяне на набор от коригиращи механизми за покриване на разходи извън контрола на болниците

84. Имплицитно залегналият принцип при използването на ДСГ като основа за система за заплащане е, че болниците получават средства спрямо вида и обема лекувани пациенти, а не въз основа на леглови капацитет или други структурни аспекти (т.е. персонал, оборудване и пр.), процеси (т.е. брой дни за хоспитализация) или променливи, които се считат за изходни елементи или междинни резултати. Ако не бъдат правилно определени цените на ДСГ обаче или ако други компоненти на финансовата система не са надлежно отчетени (с влияние върху действителните различия в разходите при болниците), биха могли да се породят неблагоприятни или порочни стимули, които да въздействат отрицателно върху въвеждането на системата и, което е още по-съществено, върху предоставянето на грижи за пациента и тяхното качество.

Видове коригиращи механизми

85. Един от начините, по които взимашите решения могат да гарантират справедливостта на системата, е с прилагането на „корекции“, набор политики и/или преходни механизми, които едновременно създават стимули за болниците да подобряват своята ефективност и качество на грижи за пациентите и позволяват плавно въвеждане на нова система за финансиране с минимален риск и за доставчици, и за платци.

86. Както беше посочено по-горе, корекционни механизми може да се наложат като мерки по отношение на варирането в разходите на различните болници за съответните аспекти на грижите, които са извън реалния контрол на болниците. Всяка реализирана корекция следва да е издържана както концептуално, така и емпирично; допълните разходи, подлежащи на корекции, трябва да са извън контрола на болничното ръководство и корекционният фактор трябва да води до съществена и систематична промяна по отношение на разходите за лечение в болнични условия на едно изписване.

87. Държавите могат да започнат с допускането, че *не* се изискват *каквито и да било* корекции, след което да използват данни и регресионни анализи, за да определят какви корекции, ако изобщо такива са необходими, следва да се приложат за покриване на действителни вариации в разходите, които може да са налице. Първоначално повечето страни стартират само с малък брой корекции, за да не усложняват изпълнението. Много страни прилагат инфлационно индексирание, корекции за специализирани болници и нестандартни случаи, защото тези фактори обикновено са извън контрола на болниците. Сред другите стандартни корекции са: разходите за труд в района, местонахождение – в градски или селски райони, статут на болницата – университетска или не и нетипично висок дял на определен вид пациенти (т.е. пациенти с ниски доходи).

88. Веднъж избрани, корекционните механизми могат да се въвеждат по най-различни начини. Един обичаен способ е просто да се заплаща за действителните разходи с помощта на отделен пряк трансфер. Друг вариант е използването на множител (или фактор или коефициент) за индексирание на използваната базова цена. Трети вариант е да се обособят определени разходи (като например нестандартни случаи) с помощта на специални формули. Четвърти вариант е да се прилагат механизми за корекция на равнище случай или ДСГ чрез средни показатели на база група болници със сходни характеристики или индивидуални базови цени за болници, вместо национална базова цена, както беше посочено в предходния раздел, за да се модулира въздействието от старата система за финансиране върху новата.

89. Намаляването на риска се осъществява с използването на механизми за корекции и за преход. Поради тази причина е от ключова важност да се извършват симулационни модели от страна на технически експерти, за да се види въздействието на различните корекции върху новата система и да се избере кои корекции да се прилагат. Така се гарантира, че болници, които се нуждаят от защита срещу разходи, които не могат да контролират, я получават по предварително установен начин, в хода на въвеждането на новата система за заплащане и бюджетиране.

90. По-долу следват най-стандартните видове корекции:

- За инфлация
- За географско местоположение
- За местни доходи
- За пряко или непряко предоставяне на обучение в областта на здравните професии
- За специализирани болници
- За нестандартни случаи.

91. Приложение 3 описва тези корекции в подробности за онези, които биха желали по-задълбочено да се запознаят с понятията.

Българският контекст

Експертите в страната притежават обширен опит и способност за разглеждане на варианти на политики по отношение на нестандартни случаи. През последните няколко години те са извършили редица изчисления в тази връзка и могат да споделят своята работа с взимашите решения по работата по инициативата.

Стъпка 7. Разработване на варианти за механизми за корекции и/или за преход и изпълняване на симулационни модели по тях, за да се гарантира плавна и внимателна миграция към нова система за финансиране

92. Приемането на система за финансиране с ДСГ неминуемо ще промени ресурсите, които се предоставят на конкретните болници. Поради тази причина преминаването към модел за финансиране, базиран върху ДСГ в дадена страна, следва да се направи бавно и методично, за да може надлежно да се наблюдават и контролират рисковете. В противен случай могат да настъпят мащабни и дестабилизиращи размествания в резултат на съществуващи склонности, схеми за предоставяне на грижи, ограничения и стимули, различни от новия метод. Всички – доставчици, платци и взимашки решения – следва да се приспособят към нов метод на финансиране при минимален финансов риск. Един постепен преход ще позволи на заинтересованите страни в пълна степен да опознаят новите концепции, в т.ч. новите системи за кодиране, важността на документацията, подаването на справки и отчети с клинични данни по електронен път, събирането и отчитането на данни за разходите и изработването на симулационни модели. Поради тази причина методите, използвани за въвеждане на корекции и темпът на прехода зависи от много фактори, включително политически съображения, изходна готовност на болниците и точност при предоставянето на клинични данни и данни за разходите.

93. Независимо кой от описаните методи би се прилагал, техническите експерти следва да оценят въздействието на използването на различните варианти за политики относно корекции и преход върху новата система и да се избере съответният вариант, който ще се реализира. Два от най-често използваните варианти за преход са *интегрирането на различни базови цени (blending different base prices)* за определен период до достигане до националната базова цена и

използването на *рискови коридори (коридорите на риск)* за контролиране на загубите и печалбите, или съчетание от двата варианта. По-долу са представени двата метода.

Интегриране на различни базови цени

94. Концепцията на интегрирането стъпва върху използването на две базови цени във вариращи пропорции, за да се запази историческото финансиране през първите години и едва малка част от договорения бюджет да се осигурява по линия на новия метод за финансиране. С този вариант се намаляват мащабните финансови ефекти, които могат да настъпят с преминаване към нов модел за финансиране. Ключови съображения при определянето на времевия период, в рамките на който да се достигне стопроцентово прилагане на националната цена, включват действащата система в страната и степента, в която тя се различава от новата, степента на очакваното въздействие върху болниците всяка от годините, качеството и точността на изходните клинични данни и данни за разходите и темпът на промяна, който взимащите решение желаят да се следва.

95. Най-често използваната стратегия е да се съчетае базовата цена за конкретната болница с националната цена, така щото през първите години на въвеждането на ДСГ по-голямата част от договорените бюджети/плащанията на болниците да стъпват върху собствения им исторически опит, а малка част от техните договорени бюджети/плащания да е въз основа на националния опит.

<p>Формула за бюджет на болница</p> <p>=</p> <p>Базова цена * КМИ на болницата * Брой еквивалентни случаи</p>

96. Например, ако взимащите решение желаят доста бързо да се премине към нова система за финансиране, то тогава биха очаквали болниците да се приспособят в рамките на три години, за да минат от своята собствена базова цена до средната национална. В този случай болничните бюджети се изчисляват с използването на собствената средна или базова цена за болницата, като тази стойност ще е различна от базовата цена на национално равнище (би могла да е по-висока или по-ниска).

97. Таблица 2 тук показва как може да се случи интегрирането в период от три до четири години, при което една част от бюджета/плащанията на дадена болница са на основа на базовата цена за самата болница, а друга част се определя с използването на националната цена. Ако правителството желае преходът да стане за три години, то през първата година от въвеждането на системата общият бюджет на болницата ще се изчислява както следва:

Таблица 2. Интегриране на цени за период от 3 до 4 г.		2016	2017	2018	2019
националната базова цена и 66% спрямо собствената цена за болницата, и в края на тригодишния период бюджетът	национална базова цена %	0%	34%	66%	100%
	Базова цена на болница %	100%	66%	34%	0%

ще се определя изцяло спрямо националната цена. При четиригодишен преходен период, както се вижда в Таблица 2, се позволява първата година на въвеждането на системата да е стопроцентово неутрална по отношение на бюджета, като договореният бюджет на болницата фактически се запазва какъвто е бил предходната година, поради съображението, че болницата се нуждае от време за адаптация.

Рискови коридори

98. При рисковите коридори се определят лимити на сумите, които болниците могат да спечелят или изгубят в рамките на всяка една година. Рисковите коридори са полезен инструмент за преход, тъй като договорените бюджети/плащания често стъпват върху историческа информация, а новокодираните и/или новоизчислените данни могат да се различават сериозно от отчитаното в рамките на новата система на финансиране. Ако договореното се различава от действителния опит на болницата, рисковият коридор осигурява на болницата допълнително средства и същевременно ограничава експозицията на платеца във връзка с плащане над очакваното.

99. Използването на рискови коридори е полезно и ако през първата година с новата система за финансиране се прилага на 100% собствената база на болницата (т.е. при политика за интегриране/преход за период от четири години, вж. по-горе), тъй като така все още се позволяват известни печалби и загуби с новата система и болниците могат по-бързо да я усвоят и да се адаптират към нея.

100. Правилата на рисковия коридор са:

- Болниците не могат да реализират положителна разлика, надхвърляща „X“% от договорения бюджет/плащания за предходната година;
- Болниците не могат да реализират отрицателна разлика, надхвърляща „Y“% от договорения бюджет/плащания за предходната година.

101. Както „X“, така и „Y“ следва да бъдат зададени въз основа на бюджетни симулационни модели и след обсъждане с взимашите решения. Например стандартните граници включват +/- 3% или +/- 5%. Важно е да се отбележи, че „X“ и „Y“ могат да зависят и от това дали се използва и стратегия за интегриране. Използването на рискови коридори поражда стимули за болниците да определят правилно и пълно кодовете, да работят ефективно в условията на новата система, и както болниците, така и платците са защитени срещу понасянето на големи размествания през първите години от въвеждането на новата система за финансиране.

102. Прилагането на рисков коридор също така изисква анализи на данни и моделиране и зависи от средствата, които правителството може да осигури за този преходен механизъм. Както и при дискусиата за заделяне на пари за корекции, взимашите решения следва или да удържат средства от общата сума, предназначена за договаряне, за да се финансира рисковият коридор, или да предоставят допълнителни средства за целта.

Българският контекст

Както беше посочено по-горе, има вероятност едно пилотно въвеждане на система за заплащане с ДСГ в страната да стартира с използването на единна национална цена, поради факта, че съществува вече култура на използване на национална цена. Главната промяна за България на този етап следва да е във връзка с вида използван инструмент на база случай и по-конкретно, преминаването от цени на КП към цени на ДСГ, основани на емпирично установени относителни тегла, измерващи разликите в ресурсната интензивност по-добре от КП.

Това ще доведе до преразпределение на ресурси, което означава, че някои болници ще получават по-големи общи плащания/бюджети, а други ще са с по-ниски равнища на финансиране. Заинтересованите страни следва да вземат съответните решения дали и какви корекционни мерки да се прилагат и какви преходни механизми са нужни

в подкрепа на миграцията към нова финансова система, в полза на целите за ефективност и за създаването на по-добра структура от стимули в различните условия на предоставяне на здравни грижи (т.е. болнични грижи или амбулаторни условия за случаи с еднократен престой или извънболнични грижи и пр.). Използването на корекционни мерки е добра стратегия за намаляване на рисковете през първите години на прилагането на нова система за финансиране.

Стъпка 8. Създаване на съвет за наблюдение и/или инспектиращ орган за наблюдение на данните по кодирането и разходите и на други аспекти на новата система за финансиране

103. Повечето държави се изправят пред въпроса дали стимулите за ефективност, произтичащи от система за заплащане или бюджетиране с ДСГ не стигат твърде далече, насърчавайки болниците да орязват своите разходи повече от „разумното“ (като под „разумно“ по същество се разбира намаляване на съществуващи разхищения, но без намаляване на качеството на грижите, оказвани на пациентите).

Ключови въпроси по наблюдението и оценката:

- Елиминират ли болниците ненужните услуги и/или услугите с едва маргинални ползи, или също така орязват необходими услуги?
- Стимулите на ДСГ в ущърб ли са на достъпа на пациенти до грижи и удовлетвореността?
- Сведен ли е престоят и/или услугите до степен, евентуално застрашаваща пациентите?
- Нарушено ли е качеството на здравните грижи при система за заплащане или бюджетиране с ДСГ, което се проявява в повишена смъртност, повишена норма на повторен прием и използване на извънболнични услуги?

104. Някои от въпросите, посочвани от критиците на ДСГ относно стимулите при ДСГ за намаляване на разходите (вж. карето) са важни и е необходимо да бъдат разбрани и да има мерки, насочени към тях. Тези въпроси стоят при всички видове системи за заплащане или договаряне на база случай. Те де факто са актуални в България днес, в условията на система с КП. За да могат ДСГ да бъдат ползотворно използвани за реформа на здравния сектор, решаващо е системата да се наблюдава и оценява в процеса на реалното си прилагане. С помощта на постоянен процес ще се оценява напредъкът по постигането на целите на реформите в здравеопазването. Подобни дейности за наблюдение и оценка са от ключова важност, за да се намаляват рисковете и да се гарантира, че системите за заплащане и бюджетиране работят така, както следва да работят.

105. Въвеждането на устойчива система за заплащане, която е справедлива както спрямо платеща, така и спрямо доставчика, изисква солидни правила за договаряне и компонент за одитиране и наблюдение, заедно с решимост да се обвърже заплащането с висококачествена здравна грижа, благоприятни резултати за пациентите, да се оценява дейността на болниците и да се предотвратяват измамите или „хитруването“ със системата.

106. В условията на финансиране с ДСГ болниците знаят, че получават пари за един пациент при среден болничен престой и средни разходи за ДСГ, а не на база реален болничен престой или реални разходи по случая. Системата, работеща със средни стойности, поражда както положителни, така и отрицателни стимули. Първите включват повишаване на ефективността и намаляване на разхищението, като в същото време се поддържа или подобрява качеството на грижите за пациентите. Негативните стимули или рискове включват опити за максимално увеличение на печалбата чрез предоставяне на пациентите на твърде малко услуги или процедури, прехвърлянето им към други болници или изписването им прекалено преждевременно (т.е. „по-бързо и по-болни“) и пр. Това следва да е предмет на внимателно наблюдение.

107. Ясно е, че система за заплащане или бюджетиране с ДСГ създава стимули болниците да развиват своята дейност по-ефективно при лечението на хоспитализирани пациенти; изборът на лекарства, уреди/изделия, оборудване и капиталови инвестиции; и решенията относно най-оптималните условия за лечение (напр. хоспитализация, еднократна хирургия, амбулаторно лечение и пр.) на пациентите. Промените в моделите на поведение, които настъпват при ръководителите на болници и лекари в крайна сметка позволяват ограничените средства за здраве да бъдат разпределяни целесъобразно, без това да е за сметка на достъпа на пациенти до здравни грижи или за сметка на качеството на услугите.

108. Също така следва ясно и изначално да се оповестят санкции в случай на нерегламентирани действия на доставчиците, така че да се знае и да се гарантира, че ненадлежащото предоставяне на грижи (т.е. преждевременното изписване на пациенти, преди да са се подобрили, неправилното определяне на кодове за грижите и/или състоянието на пациентите) няма да се толерира и няма да остава без последствия, като се предприемат съответните мерки – задължение да се възстановят платени суми, изключване от НЗОК или съдебни действия, в зависимост от конкретните обстоятелства. Ключовите елементи на данните за целите на наблюдение включват, но не се ограничават до: престой, смъртност, заболяемост, норми на повторен прием, отчитане на неправилни кодове за диагнози и/или процедури с цел ползване на по-скъпи ДСГ, норми на прехвърляне, по-високи от обичайните, неочакван ръст на случаите, по-голяма норма на случаи, характеризиращи се с изключително високи или изключително ниски показатели (“outliers”) и като цяло погрешни данни или данни, които потенциално биха могли да означават опит за измама. Оценяването на тези елементи способства за намаляване на рисковете и за гарантиране, че системата за заплащане и бюджетиране с ДСГ е въведена и работи така, както следва да работи.

109. В допълнение, въвеждането на съгласувани стимули във всички области на предоставяне на здравни грижи и механизмите за заплащане, прилагани спрямо тях, е от решаващо значение и следва да бъде обмислено внимателно. Например предоставянето на много по-високи плащания на болници за процедури, при които престоят е само един ден, би могло да доведе до порочен стимул болниците да приемат пациенти, които алтернативно биха могли да бъдат лекувани амбулаторно в специализирани клиники. Времето за чакане за конкретни специализирани изследвания и услуги са друг пример; болниците не следва да се насърчават да хоспитализират пациенти, които биха могли да бъдат лекувани амбулаторно. По тези, както и по други подобни въпроси, следва да бъдат взети съответните мерки в течение на времето, за да има оптимални резултати от въвеждането на система за плащане с ДСГ или на каквато и да е друга система за заплащане на болници.

Българският контекст

Едно въвеждане на ДСГ в България следва да се съпътства от дейности по одитиране и наблюдение на качеството. Нашето разбиране е, че в НЗОК има отдел за одит и мониторинг, на който би могло да се възложи извършването на горепосочените функции. Следва да се оцени капацитетът и познанията на това звено.

Така или иначе, ключово е вземащите решения на този етап да отчитат, че е задължително да функционира одит и мониторинг, които неотлъчно да съпътстват прилагането на ДСГ, било то на пилотна база или при мащабно въвеждане. Отсъствието на звено, което да извършва тези дейности, би изложило на риск прилагането на ДСГ като цяло. Ако не е налице достатъчен капацитет в рамките на

НЗОК, би било възможно той да бъде укрепен или взимащите решения биха могли да определят нова структура към МЗ или НЦОЗА, или като друг вариант – съвсем отделно звено.

От решаващо значение е това тяло, независимо къде е структурирано, да извършва дейностите по наблюдение на данни, посочени по-горе. Звеното също така следва да осъществява обратна връзка с болниците и да им праща съответните отчети, които да показват на лечебните заведения, че техните данни, справки, резултати и други показатели са предмет на наблюдение. Също така следва да се прилагат и санкции за негативни модели и/или практики – в противен случай болниците ще продължат да се възползват от системата и би имало ущърб на качеството на грижите.

Следва да се посочи още веднъж, че рисковете, описани по-горе, не са свързани само с ДСГ, а напротив – има ги при повечето системи за заплащане/бюджетиране, в т.ч. в действащата в момента система на КП в България. Ключът към отстраняването на подобни рискове е одитът, наблюдението, прозрачността и отчетността, която следва да се изисква от доставчиците.

3.3. Готовност на България и ключови следващи стъпки по внедряването на система за финансиране, основана на ДСГ

110. Въвеждането на ДСГ за основа на система за заплащане и бюджетиране изисква наличието на два ключови елемента: техническа готовност и политическа воля. „Техническа готовност“ означава, че следва да има достатъчно познания и капацитет за точно създаване, анализиране и въвеждане на система за заплащане и бюджетиране с ДСГ. Също така следва да се реши какъв подход да се използва за осъществяването. Най-схематично има два общи варианта: (1) да се започне бавно въвеждане с обхващане на всички болници; или (2) да се стартира с малък брой болници, за да се прилагат пилотно и да се прецизират политиките преди започването на по-мощно въвеждане. Докладът предлага България да пристъпи към ДСГ чрез пилотно въвеждане с малък брой болници, за да се избират варианти за политики, да се определи как оптимално да се съвместят ДСГ и КП, и да се изгради съгласие и начален импулс в страната преди едно по-мощно прилагане. Следва обаче да се отбележи, че е възможно да се прави цялостно въвеждане на ДСГ с всички болници предвид високото равнище на технически капацитет в страната.

111. Предходният раздел описва техническите стъпки и дейности, които се изискват за въвеждането на система за заплащане или бюджетиране с ДСГ. Също така в него се представя контекстът в страната в момента за съответната стъпка. В резултат на дългогодишната история на България на изучаване на ДСГ в страната е развита голяма техническа експертност, като страната би могла да впрегне този опит за стартиране на пилотно прилагане на система за заплащане или бюджетиране с ДСГ. Съществуващите познания и експертност могат да бъдат и допълнени с външни експерти, с допитване до литературата и със съвместна работа с министерства на здравеопазването и институции, еквивалентни на НЗОК в съседни държави.

112. Също така в страната вече съществуват някои инфраструктурни компоненти, ключови за система с ДСГ. Болниците вече разполагат с технологиите в областта на информационните системи в здравеопазването, за да отчитат кодове на диагнози и процедури, да подават данни към централен орган в електронен вид и да събират данни за разходите с помощта на прост софтуер за тяхното определяне. Налице е капацитетът във връзка с ИСУЗ и информационните технологии (ИТ)

за информационно обезпечаване и насочване на проект за пилотно прилагане на ДСГ. Разбира се, тази инфраструктура и капацитет следва да се усъвършенстват, техническият капацитет на централно равнище да се разгърне и да се направят съответните хардуерни и софтуерни ъпгрейди, както е посочено в плана за действие, представен в следващата глава. Приложение 2 съдържа повече подробности по тези въпроси.

113. Може да се твърди, че вторият елемент, политическата воля, би могъл да е единственият най-ключов фактор за успешното въвеждане на система за заплащане с ДСГ. Този елемент често отнема повече усилия и време, за да бъде изграден, в сравнение с техническата готовност. Поради тази причина, успехът или неуспехът на проекти за въвеждане на ДСГ обикновено зависи от политическата воля и от съответния начин, по който се представя и лансира реформата.

Болниците разполагат с ИТ инфраструктура и системи, които надхвърлят минимално изискуемата функционалност, нужна за пилотно въвеждане на система за заплащане с ДСГ. Необходимо е минимално адаптиране на системите за целите на пилотното тестване на ДСГ, в сравнение с възможностите на системата понастоящем.

114. В България техническият капацитет е налице и програмата на правителството за реформа на здравния сектор извежда подобрения в ефективността на болниците. Съществуват обаче много неточни схващания относно това какво представляват ДСГ, техните въздействия и готовността на страната за въвеждането им. Възможно е тези неточни схващания да се използват с тактическа цел като аргументи против една реформа, която би променила статуквото и би повишила прозрачността и обективността при заплащането на болници в сравнение с действащия метод на КП. България разполага с техническия капацитет, данните и инфраструктурата – фактически други държави успешно са въвели система с ДСГ при много по-малка техническа готовност. От 2010 г. насам, при все че са взимани редица политически решения в подкрепа на използването на ДСГ, системата все още не е въведена като метод за заплащане на болници.

Глава 4 - План за действие и бюджет за осъществяване на пилотна система за плащания на основата на ДСГ или за бюджетирание

115. Настоящата глава очертава първите стъпки и свързаните с тях дейности за осъществяването на пилотен тест на ДСГ система за бюджетирание или заплащане на болниците в България. За по-задълбочено разбиране на стъпките за действие и бюджета в Приложение 4 са дадени допълнителни подробности. Там са изброени конкретни дейности във всяка стъпка и е изчислен времеви хоризонт за завършване на работата. Изложени са подробно стъпки от равнището на експертни познания в България, вече достигнатите жалони по пътя и се показва какво все още е необходимо, за да се върви напред с пилотно осъществяване на програмата. Числата в бюджета са дадени в щатски долари и включват както ниски, така и високи изчисления, за да се добие представа за диапазона на разходите, свързани с конкретни дейности, които зависят от решенията, които се вземат.

4.1. Обосновка за времевия план от девет месеца за действие по изпълнението

116. Ако правителството реши да се предприеме пилотно осъществяване, предложената времева рамка от девет месеца може да се приеме като извънредно експедитивен. Този избор обаче, направен след консултации с експерти, беше направен нарочно и отразява техническата готовност за продължаване на работата. С други думи, международните и местните технически експерти в екипа са единодушни, че този пилотен тест може да се проведе в краткия срок от девет месеца, но и че съществува гъвкавост за разширяването на този времевия план за по-дълъг период, в случай че това определят българските заинтересовани страни. Окончателната времева рамка ще зависи от действително наличния технически капацитет, желанието и скоростта, с която се прилагат реформите, наличния бюджет и действията на правителството за управление на реформата.

117. Необходимо е Планът за действие и бюджетът да бъдат ползвани като „жив” документ, който ще изисква да бъде допълван и/или коригиран, когато управляващите и техническите експерти се съберат и планират бъдещите си действия с пилотно осъществяване. Макар че планът е изработен с оглед на конкретния български контекст (т.е. с отчитане на вече извършената техническа работа, настоящите познания и наличните данни), ние напълно очакваме управляващите да го разгледат и коригират, за да се отговори на техните нужди, срокове и генералните цели на системата за здравеопазване.

118. Например управляващите могат да преценят, че не е необходима нова система за определяне на разходите; тази дейност ще бъде извадена от Плана за действие заедно със свързания с нея разчет на бюджета. Прегледът на Плана за действие следва да се направи в сътрудничество между българските управляващи и българските технически експерти. Международни (и независими) технически експерти могат също да дадат полезен принос към обсъждането. След това Планът ще може да бъде преработен, за да отговори на набеязаните цели относно подходяща времева рамка и да се вмести в параметрите на политическата и икономическата среда в България.

4.2. Основни стъпки и разчет на разходите във връзка с осъществяването на Плана за действие

119. Планът за изпълнение съдържа следните основни задачи, всяка от които се подкрепя от дейности, които са подробно изложени в Приложение 4. Основните описани задачи са съобразени с потребностите в България в този момент и следователно не отговарят напълно на общите стъпки, посочени в Глава 3 за ДСГ. Бюджетните разчети са предназначени да бъдат отправна точка за управляващите и за техническия персонал, които да работят и да ги приспособяват на основата на конкретните решения, които се вземат във връзка с прилагането на ДСГ. Разходите за осъществяването на всеки от 8-те компонента са изброени тук, както и общите разходи за осъществяването на всички 8 компоненти – между 372 500 и 699 000 щ.дол.

Основни задачи	Диапазон на необходимото финансиране – разчети (щ. дол.)	
	Ниски	Високи
1 Развиване на инфраструктура и институционален капацитет и дейности в подкрепа на бързото изпълнение	110 500	192 000
2 Създаване на процеси в болниците и провеждане на обучения	70 000	105 000
3 Прилагане на система на кодиране и класификация	35 000	60 000
4 Ангажираност в събирането на клинични данни и анализ	42 500	110 000
5 Оценяване и анализиране на системата на групиране и обработка на данните	29 500	52 000
6 Определяне на разходите с цел разработване на относителните тегла	45 000	80 000
7 Разработване на система на договориране и преминаване към основано на ДСГ договориране	30 000	70 000
8 Създаване на орган за одит и мониторинг	10 000	30 000
Общ бюджетен разчет	372 500	699 000

Всяка от основните задачи е развита по-долу. Читателите могат или да проследят това подробно изложение, или да преминат направо към пълния План за действие в Приложение 4.

Основна задача 1: Изграждане на инфраструктура и институционален капацитет в подкрепа на ускорено изпълнение

120. Институционална отговорност, технически капацитет и познания са критично важни компоненти, които следва да бъдат разработени в подкрепа на прехода на България от плащания на основата на КП към плащания на основата на ДСГ. Институционална информираност и технически познания за начина, по който ще се осъществява системата за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ в контекста на по-широките цели на системата на здравеопазването, е от критично важно значение, тъй като използването на ДСГ за структурирането на стационарните болнични плащания ще се отрази и на други сфери на медицинската помощ.

121. Целта на всяко начинание за изграждане на капацитет е да се създаде необходимият капацитет и познания относно всички ключови свързани с ДСГ технически аспекти на прилагането, разширяването и поддържане на система на финансиране на основата на кейс-микс (т.е. кодиране, определяне на разходите, събирането на данни, групиране, анализ на данни и пр.). Необходимо е

да се подобри капацитетът на местни заинтересовани лица, персонал и институции — особено във връзка с по-високотехнологични проблеми на плащането, свързани с политиката и описани в предишни глави (т.е. актуализиране на относителните тегла, математическо моделиране на различни варианти за внасяне на корекции и пр.). Познания по тези теми съществуват сред местните технически експерти, особено в НЦОЗА, и те следва да бъдат максимално използвани.

122. Като първа стъпка към пилотното прилагане на ДСГ управляващите в МЗ, НЗОК, БЛС, Министерството на финансите и други основни заинтересовани лица следва да бъдат напълно запознати с основните технически понятия, свързани с прилагането на пилотна система за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ и следва да се вземат необходимите решения в краткосрочен план, за да се започнат подготвителни дейности за пилотно осъществяване с избраните пилотни болници.

123. Тези заинтересовани лица трябва да изложат ясно политическото решение и ангажираността си да се проведе пилотният тест с помощта на инструмента ДСГ за финансиране на болничната помощ. Заинтересованите лица следва да придобият по-балансирано разбиране на силните и слабите страни на КП и ДСГ, като трябва да разберат, че КП и ДСГ могат да съществуват съвместно в една нова, по-ефективна система. Ще бъде важно да се създават шампиони и да се справим с опонентите.

124. По-конкретно заинтересованите лица трябва да разбират, че:

- в начина, по който се използват КП за финансиране на болници, има недостатъци;
- ДСГ могат да се използват като основаваща се на резултатите система на финансиране с подходящи стимули за ефикасност;
- няма да се позволяват отворени бюджети; с други думи, болниците ще трябва да се справят в рамките на средствата в договорения си бюджет, освен ако няма оправдаващи обстоятелства;
- ще се извършва ежегодна актуализация с използване на данните и тя ще бъде прозрачна за всички заинтересовани лица;
- въздействието на ДСГ ще бъде подложено на внимателен одит и наблюдение;
- за всяка установена измама или злоупотреба ще се налагат санкции.

125. Друга основна стъпка е създаването на Екип по изпълнение на стратегията (ЕИС), който се състои от управляващи, заинтересовани лица и технически експерти. ЕИС следва да се събира редовно (най-добре всяка седмица), за да се занимава с конкретни теми с очакването, че ще се обсъждат и решават проблеми, свързани с политиката. ЕИС ще трябва да отговаря за необходимите технически и политически действия, описани в Плана за действие в Приложение 4. Например тяхна задача ще е да гарантират, че Комисията по здравеопазване в Народното събрание или Министерският съвет ще пуснат отново и/или ще подпишат отново документа, в който се призовава за прилагането на ДСГ, който беше първоначално подписан през 2010 г.

126. В допълнение, дефинирането на институционалните роли и отговорности, и гарантирането, че определените институции притежават съответния квалифициран персонал, необходим за извършването на необходимите дейности, е от жизнено важно значение за пилотен тест на системата за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ. По-конкретно посочването на една или повече институции и/или отдели в рамките на съществуващи институции, които да отговарят за разработването, математическото моделиране, прилагането и поддържането на всички технически аспекти на внедряването на ДСГ, е *необходимо* за успешното и устойчиво дългосрочно изпълнение.

От техническа гледна точка може да се използва съществуващият капацитет в кейс-микс службата в НЦОЗА за пилотното осъществяване.

127. Разработването и усъвършенстването на всички технически и свързани с политиката дейности следва да протече по смислен и последователен начин. Накрая ще бъде необходимо ясно разграничаване на ролите и отговорностите по „институция“, за да се гарантира успешно и устойчиво изпълнение на системата за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ – особено ако се разшири и обхване повече болници извън пилотния проект, както очакваме.

128. Тези решения означават и да се определи кои институции (т.е. МЗ, НЗОК и пр.) отговарят за поддържането и актуализирането на класификационната система, системата на кодиране и правила; непрекъснатото разработване на софтуера за групиране; и разработването на годишни актуализации на ценообразуването – всичко това е от критично значение и следва да се реши. Няма един единствен правилен начин за разпределяне на ролите и отговорностите — и този процес е много различен в различните страни — но тези решения трябва да се вземат, за да бъде успешна системата. Един общ подход е плащащият орган да бъде натоварен с това, тъй като в крайна сметка той носи отговорността за разпределянето на средствата и плащанията.

129. МЗ ще трябва да обяви официално на болниците за пилотното осъществяване на финансиране по ДСГ и да изтъкне важността да се посещава обучението по кодиране на диагнози и процедури, провеждани от НЦОЗА. В допълнение МЗ следва да издаде заповед, с която се изисква от всички болници да представят клиничните си данни на НЦОЗА. Специфични указания за изискваните елементи на данните следва да се обсъждат с НЦОЗА, тъй като те могат да предоставят подробен списък на елементите на данните. Пилотните болници следва да желаят да докладват данни и да гледат на доброволното си ангажиране в пилотното финансиране като на нещо, което е високо ценено и уважавано във връзка с формирането на национална политика. Накрая, МЗ следва да работи в тясно сътрудничество с НЦОЗА за оценка на необходимата инфраструктура.

Основна задача 2: Създаване на процеси в болници и провеждане на обучение

130. Разширяването на съществуващия технически капацитет в България изисква инвестиция на време и ресурси, за да може персоналът и институциите да са по-добре осигурени с цялата необходима инфраструктура и познания. Без такова изграждане на капацитет ще се изложат на риск дългосрочният успех и устойчивостта на процеса.

131. Трябва да се подберат болници за пилотното осъществяване на ДСГ. В критериите за подбора трябва да се включат географско положение, размер, вид болница (т.е. държавна, частна, регионална, общинска, университетска и пр.), предаване на клинични данни и данни за разходите, както и всякакви други параметри, които са важни за българските управляващи.

132. Препоръчва се България да започне с малка група пилотни болници, за да може политиките да се изпробват и усъвършенстват. Предлага се да се включи група от 20-40 болници, тъй като това е достатъчно малка група, за да бъде управляема в краткия предвиден времеви хоризонт за изпълнение, но достатъчно голяма, за да даде смислени резултати. Ако управляващите биха желали да включат повече болници в пилотната фаза, това би било добре, ако всички включени болници ще могат да получат обучение по кодиране, определяне на разходите, качество на данните, предаване на данни и общ преглед на основните положения, свързани с ДСГ, преди финансирането им да премине от КП към ДСГ. Ангажирането им с обсъждания на политиката на

приспособяване и преход също може да е полезно, тъй като те са част от екипа, който изпробва ДСГ, и следва да бъдат включени.

Основна задача 3: Внедряване на система за кодиране и класификация

133. България вече е извършила значителна работа по прилагането на система на кодиране и класификация. Допълнителни подробности, свързани с тази дейност, могат да се намерят в Приложения 1 и 2.

134. Завършен е преводът и адаптирането на Австралийската класификация на медицинските процедури (АКМП). В допълнение към нея съществува необходимата законодателна база за прилагането на АКМП като официална система на кодиране за медицински процедури в България. АКМП беше официално въведена с Наредба на Министъра на здравеопазването, обнародвана първо в ДВ № 75, 9 през септември 2014 г., след което беше изменена с ДВ № 106, 23 през декември 2014 г. Според втората наредба следва да започне внедряването от 31 март 2015 г. Текст в Наредбата уточнява, че НЗОК е задължена да актуализира цялата си документация и информационните си системи до края на 2015 г..

135. До този момент са извършени следните дейности:

- Превод на класификационната система (в т.ч. основните диагностични категории и диагностично свързаните групи, както и стандартите за кодиране);
- Прегрупиране на всички данни с версия 6.0 на Групер;
- Извършване на подробен анализ на относителното тегло;
- Изчисляване на относителното тегло с използване на български данни и сравняването им с относителните тегла в чужди страни, които използват подобна система на кодиране;
- Картиране на медицинските процедури от МКБ-9 СМ до АКМП;
- Картиране на медицинските диагнози от МКБ-10 до МКБ-10 АМ;
- Превод и публикуване на актуализации на МКБ-10 (2004-2014 г.).

136. В момента най-голямата потребност, свързана с прилагането на системата на кодиране и класификация, е да се гарантира всички болници да бъдат обучени да докладват пълни и точни диагнози и процедури по начин, изискван от ДСГ (вж. по-горе, обучение.).

137. Необходимо е да се създадат материали за обучение по кодиране на МКБ-10 диагнози и кодиране на АКМП процедури, които да се използват при обучения в лечебните заведения заедно с материали за присъствено и електронно обучение. Тези материали ще се използват за „обучение на обучители“, за да може персоналът да провежда регионални обучения по кодиране за пилотните болници (а по-късно и за всички други болници).

Основна задача 4: Предприемане на събиране и анализ на клинични данни

138. Преди да може да се осъществи събирането на данни и анализът, следва да се усъвършенства софтуерът за събирането на клинични данни на централно и местно равнище, ако е необходимо. След това може да се събират клинични данни един път месечно от болниците, участващи в пилотния проект (а по-късно и от всички други болници). Тези данни следва да бъдат прегледани за точност и изчерпателност, с подаване на обратна връзка на болниците за грешки, средния брой докладвани кодове, най-честите диагнози и процедури и пр.

139. В допълнение към това следва всяка година да се реши въпросът със следните основни функции на събирането на данни и поддръжка на софтуера:
- Подобряване, актуализация и поддръжане на приложението за докладване на данни;
 - Подобряване, актуализация и поддръжане на модула/приложението за предаване на данни;
 - Поддръжане на централната база данни;
 - Поддръжане на софтуера за групиране;
 - Разработване и поддръжане на порталите в интернет, като напр. портала за докладване за управление на болниците;
 - Извършване на анализ на дейности, свързани с данни.

Основна задача 5: Оценяване и анализиране на системи за групиране и обработка на данни

140. България вече има споразумение с австралийското правителство за използването на австралийски ДСГ. Следователно в това отношение вероятно няма да има много работа до времето, когато ще трябва да се поднови лицензът през юни 2016 г. Поддръжането на съществуващия софтуер за групиране и продължаването да се групират болнични клинични данни ще бъдат основните дейности, които ще трябва да се извършват редовно. Групираните данни ще трябва да бъдат анализирани и да бъдат предоставени доклади за управлението на участващите болници (т.е. първите 10 ДСГ, средна продължителност на престоя по ДСГ и пр.)

141. Ако България разшири пилотния проект до пълно финансиране на основата на ДСГ за всички болници, тогава може би ще е желателно да се разработи български групер, но това не е необходима дейност в краткосрочен план.

Основна задача 6: Извършване на остойностяване за определянето на относителни тегла

142. Първоначалните дейности включват да се определи дали е необходимо да се прегледа и/или усъвършенства съществуващият процес за събирането на данни за разходите, както и дали е необходимо проучване за определяне на разходите за подкрепа на създаването на български относителни тегла за ДСГ. (Настоящите данни може да са достатъчни.) Това означава да се идентифицират разходите, които се събират и да се рационализира улавянето им във всички болници, след което да се разработят и прилагат стандарти за определяне на разходите.

143. Може да се наложи обучение на болничния персонал, за да се осигури точност на процеса на събирането на данни за разходите. Данните следва да се събират и анализират един път месечно, като на болниците се подава обратна връзка. Когато се съберат данни за шест месеца, може да бъде генериран първият набор относителни тегла и да бъде сравнен с по-рано изчислените относителни тегла в България и тегла, получени от страни, които са подобни на България. Чрез използването на различни множества тегла ще трябва да се изчисляват и анализират показателите за кейс-микса на съответната болница, а относителните тегла да се коригират с помощта както на количествени данни и качествени клинични данни, предоставени от лекари-експерти, които могат да са в състояние да предоставят повече информация за разходите за някои клинични услуги и процедури, особено по-новите, които може да не са се проявили в събраните данни.

Основна задача 7: Разработване на система за договаряне и преминаване към договаряне на базата на ДСГ

144. БЛС, националните консултанти и НЗОК следва да работят в тясно сътрудничество, за да се усъвършенстват всички КП за създаване на по-малък брой КП (т.е. приблизително 30-40), организирани по системи в тялото (т.е. кардиология, заболявания на дихателната система, на нервната система и пр.), които ще бъдат истински полезни като клинични насоки. Тази дейност следва да включи и преглед на клиничните насоки, пътеки и протоколи, които се използват по света.

145. Проучването на външни насоки ще помогне на националните консултанти и НЗОК да създадат по-солиден набор от преразгледани КП, който би трябвало да даде на лекарите по-смислена клинична и качествена информация, а и да даде възможност на НЗОК да гарантира наличието на минимални договорирани стандарти, като същевременно позволява да се премахнат ограничителните административни изисквания.

146. Тази дейност следва да се извършва в тандем с преминаването към пилотна система за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ. Възможно е в продължение на няколко години да се използват и двете системи като метод за определяне на бюджетите на болниците, но след време идеята е да се премине от финансиране на основата на КП към финансиране на основата на ДСГ.

147. Първичните дейности по тази ДСГ задача са свързани с разбиране на политиките на настройване и преход, и математическото им моделиране. Вероятно много различни параметри ще трябва да бъдат математически моделирани, но преди техническият персонал да може да ги моделира, ще бъде необходимо управляващите да подберат конкретни варианти на политиката от интерес за анализа.

148. В допълнение вероятно ще трябва да се направи проучване и преразглеждане на съществуващия процес за работа по силата на Националния рамков договор, за да се даде възможност за бюджетиране и плащане на основата на ДСГ в пилотните болници, както и във всички болниците по-късно, ако се вземе такова решение.

149. За да се постигне целта за ефикасност, управляващите ще трябва да установят политики на справедливо плащане/бюджетиране, които допускат конкретни корекции, случаи извън системата и подходящ времеви хоризонт за прехода, за да може болниците да имат време да започнат да овладяват стимулите за ефикасност, присъщи на система на плащане на основата на ДСГ, при бавното им излизане от сегашния механизъм на КП. Два такива стимула включват намаляване на продължителността на престоя в болница на пациентите и преминаване от по-скъпоструваща болнична обстановка към не толкова скъпоструващи дневни или извънболнични условия. Болниците с целенасоченост към ефикасност ще започнат да въвеждат промени естествено, тъй като ще получават определена сума на основата на средния случай за конкретна ДСГ за определена средна продължителност на престоя в болница. Доколкото е възможно, те ще оказват помощ по начин, който ще позволи да се намали броят дни в болницата, а могат и да се опитат да лекуват пациента амбулаторно (напр. при операция на катаракта, пациенти с хипертония и пр.).

150. Управляващите могат да предлагат пряко стимули за болниците да правят такива промени, като предлагат финансови облаги за определени поведения, които те биха искали да се възприемат. Например, ако заплащането за конкретни стационарни ДСГ е определено на същата ставка, както плащането да се лекува пациентът като едnodневен случай или като извънболничен случай, болниците ще бъдат силно стимулирани да лекуват случая в едnodневна хирургия или при извънболнични условия, тъй като разходите ще бъдат по-ниски, но ще се реализира същото равнище на плащане. Това следва да се направи само след внимателни анализи на ДСГ с краткосрочен болничен престой (т.е. ДСГ с 0, 1 или 2 дни престой) и клиничен преглед от лекарите

за някои видове пациенти, прегледани в болница в определен ден, за които не е необходимо да остават през нощта, ако има други налични възможности за грижи. Възможностите за приравняване на стимулите между стационарната болнична помощ и еднократни престои, както и извънболничните случаи, следва да бъдат анализирани и моделирани, а вариантите да бъдат съобщени на болниците, когато бъдат избрани да станат част от новата система за плащане или бюджетиране на основата на ДСГ.

151. Насърчаването на пълното и точно кодиране и докладване на данни, както и на предоставянето на висококачествена помощ при подходящи условия, е също критично важно и може да бъде улеснено чрез оповестяване на санкциите за измама при докладване, както и за лошо качество на медицинската помощ (вж. по-долу Одитиране и наблюдение).

152. В допълнение болниците следва да имат автономност да назначават и уволняват персонал, и да използват спестените средства, като предоставят висококачествена и ефикасна помощ по начин, който според тях е уместен (т.е. инвестиране в оборудване, извършване на ремонти и пр.). Ако действащите закони не подкрепят правото на директорите на болници да използват „печалби/излишъци“ по начин, който да е от полза на болницата, няма да има много стимули да се повишава ефикасността или да се оказва помощ при най-подходящите клинични условия.

Основна задача 8: Одитиране и наблюдение

153. В НЗОК има отдел по одитиране и наблюдение. Управляващите следва да решат дали това е отделът, който ще се занимава с одитиране и наблюдение на дейности, свързани с прилагането на ДСГ и ако това е така, тогава капацитетът на този отдел вероятно ще трябва да бъде подсилен. Ако се създаде орган за одитиране и наблюдение, тогава ще бъде важно да се определи персоналетът: ще бъде ли пренасочен персонал от други отдели/институции или ще бъде необходимо да се назначават нови хора?

154. Независимо от това ще трябва да се осигури обучение за проучване на информация и данни от гледна точка на ДСГ кодиране и документация. В допълнение съществуващите софтуер и/или данни за одитиране ще трябва да се актуализират, за да може да редактират искове на основата на ДСГ данни и параметри, а не според изисквания на КП.

155. Кейс-миксът (а следователно и ДСГ) е само инструмент — неговата ефикасност зависи от прилагането му по начин, който създава правилните стимули за насърчване и повишаване на ефикасността, прозрачността, обективното разпределение на ресурси и намаляването на разхищенията и корупцията в сектора на здравеопазването. Това може да се осъществи, само ако се създадат, прилагат и подкрепят подходящи закони и нормативна уредба. Необходима е отчетност в системата, което означава ангажираност с дейности на одитиране и наблюдение, както и налагане на санкции (т.е. глоби) при установяване на измама и злоупотреба. Трябва да има и ангажираност за спазване на таваните в бюджета, в противен случай болниците няма да имат стимул да бъдат ефикасни.

156. Необходимо е да се работи по действащите закони и нормативна уредба, които създават отрицателни или конкурентни стимули спрямо стимулите, създадени с използване на ДСГ за финансиране; в противен случай няма да се реализират потенциалните ползи на една система на финансиране на основата на ДСГ. Механизмите на одитиране и наблюдение дават възможност на доставчиците да знаят, че действията им се наблюдават. Всички страни трябва да знаят, че данните им ще бъдат проверявани, за да се установят системни неправомерни продължителности на

престой, повторно приемане в болница или други неправилни или включващи измама случаи (напр. съобщаване на неправилна диагноза или процедури просто за генериране на ДСГ с по-високо заплащане).

157. Технически експерти в България вече притежават познания за използването на статистически методи за изследване на явления като случаи на неправомерна продължителност на престоя в болнично заведение и процентите на повторно приемане чрез определяне на закономерности по отделна болница, по сходни групи болници и пр. Това може да се направи, за да се установи дали някои болници системно имат случаи извън системата например или имат високи проценти на повторно приемане (понятието „високи“ следва да се дефинира с помощта на статистически методи). Може да е необходимо да се приложи и политика по отношение на повторното приемане в болници, за да се намали рискът за закупуващия от свръхзаплащане за услугата, като просто не се позволяват допълнителни плащания за болниците, които приемат повторно пациент с една и съща диагноза в рамките на 15 или 30 дни. Това са само няколко примера на видовете проблеми, които трябва да бъдат обсъдени, анализирани, наблюдавани и съобщени на болниците.

158. Стационарни клинични данни от одитирането и наблюдението са от критично важно значение, за да гарантира, че стимулите, създадени чрез свързания с ДСГ механизъм на плащане, са правилно овладени, не излагат пациентите на риск и не създават непреднамерено въздействие върху извънболничната или едnodневната помощ.

4.3. Пояснения и допускания относно бюджетните разчети

159. Планът за действие и бюджетът, представени в Приложение 4, описват дейностите, които е необходимо да бъдат завършени за период от девет месеца, за да започне пилотният тест на системата на плащане на основата на ДСГ в приблизително 40 болници и да се работи с тези болници през първата година на изпълнението на проекта.

160. Следва да се отбележи, че в бюджета не са предвидени никакви средства за някои от описаните дейности; това се случва, когато се смята, че съществуващият персонал или може да се справи с работата в рамките на настоящите си длъжностни характеристики, или ще бъдат пренасочени към нови дейности без допълнителни разходи. В допълнение за някои дейности са предвидени както „ниски“, така и „високи“ бюджетни разчети. Този диапазон показва, че дейността може да се осъществява по различни начини, всеки от които носи по-ниски или по-високи разходи на основата на конкретните решения за изпълнението.

161. Например, ако съществуващи помещения се използват за заседания или за обучения (напр. заседателните зали в МЗ, НЗОК или НЦОЗА), няма да има разходи за наем на помещения и единствените разходи ще бъдат минимални разходи за кафе, чай и пр. Ако тези дейности се провеждат в помещения под наем, разходите за тях ще бъдат по-високи. Въпреки това разходите биха могли да бъдат по-високи или по-ниски в зависимост от това точно кога и къде се провеждат дейностите.

162. При някои дейности се наблюдава малък диапазон на разходите. Например разходите за обучение са доста добре известни, така че има по-малко вариации в тези разчети. (Разходите за обучение бяха изчислени от местни експерти на основата на тяхното познаване на разходите и очакването на определен брой присъстващи.)

Версията на Плана за действие и Бюджета в Excel формат съдържа бележки по тези въпроси и читателите могат да съберат повече подробности, ако желаят. Ако предположенията са неправилни, българските управляващи и техническите експерти могат да актуализират и/или да поправят представените числа.

163. Бюджетният разчет не покрива разширяването на системата на основата на ДСГ във всички български болници. Ако се предприеме такова разширяване, ще трябва да се изготви конкретен План за действие с целенасочени дейности и бюджет на основата на извлечените поуки и събраната информация по време на пилотната фаза. Бюджетът за пълно разгръщане вероятно ще съдържа допълнителни разходи, свързани с дейности, като обмисляне на разработването на български групер или закупуване на нова система за определяне на разходите. Бюджетът на Плана за действие не включва тези разходи, тъй като те не са необходими по време на пилотни тестове.

164. В заключение бюджетните суми в Плана за действие са първоначални разчети за онова, което според местни и български експерти ще бъде необходимо за започване на пилотно осъществяване на ДСГ с приблизително 40 български болници. Тези разчети би следвало да служат като отправна точка за обсъждане сред българските управляващи и техническите експерти, и следва да се приспособяват на основата на действително взети решения. Те не трябва да се възприемат като пречка за прилагането на пилотна система за плащане на основата на ДСГ.

4.4. Обобщение

165. Не съществува един единствен правилен отговор на въпроса как да се разработва, изпробва пилотно и прилага система на плащане на основата на ДСГ, нито пък на въпроса къде да бъдат базирани кейс-микс функциите. От критично важно значение обаче е наличието на капацитет, познания, ясно дефинирани институционални роли и отговорности, както и политическа ангажираност. Ясно е, че техническият капацитет и познания, както и съществуващият персонал и ИСУЗ/ИТ инфраструктура, могат да се използват за стартирането на едно пилотно осъществяване на ДСГ. След време ще бъдат необходими инвестиции и модернизация, но нито персоналят, нито системите са пречка за България да може да започне с ДСГ.

166. До този момент е извършена значителна част от работата по проучването и подготовката за прилагането на ДСГ; най-тежката част при техническата работа вече е извършена. Успешно приключилите дейности включват изграждането на болнични и национални ИТ и ИСУЗ инфраструктури; разработване на изключително важен софтуер и предоставяне на обучение за използването му; и събиране на необходимите данни в национално хранилище.

167. Посочените в Плана за действие дейности са предназначени да осигурят чрез пилотния тест преминаването от бюджети и болнични плащания на основата на КП договори към договори на основата на ДСГ, което ще доведе до организационни и функционални промени на равнище на болницата и на централно равнище. Те ще създават също и ще унифицират стимулите във всички лечебни заведения, като развиват допълнителен капацитет сред заинтересованите лица. Те са предназначени да гарантират успех на начинанието и резултати, които да могат да се използват за оценка дали едно по-широко национално приложение би било от интерес.

168. С използването на инструментите на ДСГ и КП според първоначалното им предназначение България може да постигне справедливо, прозрачно и ръководено от данните разпределение на ограничените си ресурси — и да гарантира запазването на клиничните протоколи и стандартите на договориране, за да се осигури безопасността на пациентите и качеството на медицинската помощ.

169. Макар девет месеца да се кратка времева рамка, експертите, с които бяха проведени консултации, намират плана за изпълним, тъй като в България има голямо количество съществуващи данни и силна инфраструктура. Предвид високата степен на техническа готовност в страната за предпочитане е да се набере бързо инерция и да се предприемат съсредоточени дейности, за да се започне пилотното осъществяване. Това е предположението, на основата на което е изготвен планът за дейностите, но всичко лесно може да се промени, ако е необходима по-дълга времева рамка.

170. Ясно е, че правителството – като част от своя план за здравна реформа – следва да реши кои са най-добрите политики за подобряване ефикасността на болниците и за подобряване устойчивостта на системата на здравеопазването. Ако се изпълнят своевременно стъпките в Плана за действие, България ще бъде напълно в състояние за започне пилотно прилагането на ДСГ в краткосрочен план и после с течение на времето да го приложи по-широко. Следва да се отбележи обаче, че пилотното внедряване на система на финансиране на основата на ДСГ няма да реши разпространените проблеми на системата на здравеопазването в страната. То ще донесе предвидените ползи: създаване на стимули за болниците да консолидират здравните услуги, да намалят ненужната продължителност на престоя в болнични заведения, да намалят ненужния прием, да намалят разпокъсаността на медицинската помощ и да започнат да прехвърлят пациенти към други, по-подходящи условия за оказване на помощ.

Приложение 1. История на България в областта на изучаването на кейс-микса и ДСГ

171. В настоящето Приложение е даден провизорен времеви план на предишни опити за работа с кейс-микс и ДСГ, за да се положат основите на бъдещата работа. Информацията за историята беше предоставена устно от експерти, които са били ангажирани с първите пилотни проекти, които са започнати в средата на 90-те години. Времевият план може да съдържа някои фактологични грешки, което е риск, когато се работи по памет и предавана устно история.

След 1990 г.

- В края на 1993 г., Robert Fetter, един от хората, разработили ДСГ в САЩ, беше поканен в България. Той пръв запознава експерти от българските здравни институции с основните положения на кейс-микс подхода и системата на основата на ДСГ.
- През 1994 – 1995 г. проект за техническа помощ за въвеждане на кейс-микс в Източна Европа беше даден на Solon Consulting и 3M HIS от Министерството на здравеопазването и социалната политика [на САЩ] (МЗСП) и Американската агенция за международно развитие (USAID).
- 1996 – 1999 г.: България е една от четири страни, които получават техническа помощ чрез проекта за техническа помощ. В България с проекта се прави опит да се предостави на МЗ и НЗОК образование и информация за ДСГ. По времето на този проект беше създаден прост софтуерен инструмент за събиране на клинични данни и беше инсталиран в 11 болници, за да могат те да започнат да събират минимума основни данни, които да се използват за групиране на стационарни случаи в ДСГ. Бяха поставени пет компютъра и един сървър в една общинска болница и приблизително 15 компютъра бяха разпределени в болници в района. Диагностичната и процедурна система на кодиране ICD9-СМ беше преведена на български и беше проведено обучение и сертифициране по ICD9-СМ кодиране. В допълнение беше завършено определянето на минимума данни и формулярите, които ще се използват за събиране на данните и беше проведено обучение, за да могат болниците системно и последователно да улавят и докладват регистрацията на пациенти и клинична информация. Бяха събрани и счетоводни и разходни данни с помощта на Excel; един икономист в екипа по проекта използва тези данни, за да моделира определянето на разходите от горе надолу и да изчисли относителните тегла, като използва българските данни. (Според нас това е бил първият масив относителни тегла, създаден в България.) Проектът е включвал и други дейности, но основният акцент е бил да се предостави образование и обучение по ДСГ, използването им и главните технически стъпки, които се изискват за внедряването на такава система.

Беше създаден и кейс-микс офис като отделно звено в МЗ, състоящ се от експертите, работещи по проекта за техническа помощ. Тъй като нямаше одобрен бюджет за това звено, екипът бе прехвърлен в НЗОК, където да се организира работата му.

След 2000г.

- 2000 г.: Беше създаден друг прост софтуер за автоматизиране на процеса на осчетоводяване на разходите от горе надолу и за по-разширено определяне на разходите за стационарни случаи. Общо 21 болници участваха в пилотния проект.

- 2001 г.: В началото на годината НЗОК трябваше да реши как да започне да реимбурсира болничната помощ. Всички данни след 1996 г. (от над 500 000 случаи) бяха събрани отново и групирани, като бяха направени и някои анализи. Един австралийски консултант (Dr. Don Hindle от Факултета по медицина на Университета в Нов Южен Уелс) беше поканен в България, за да представи клиничните пътеки (КП). Със силната подкрепа на Министъра на здравеопазването и НЗОК клиничните пътеки бяха избрани за организиране на реимбурсирането на болниците. Макар КП да не са били разработени за използване по този начин, съществуваша неправилни схващания относно това дали ДСГ са подходящи за целите на договорирането, което повлия да се предпочетат КП. Може да е имало и неправилно възприятие, че ДСГ изискват събирането на повече данни с информация за прием и изписване, както и капацитет за кодиране и докладване на случаи, а нищо от това не беше добре развито в България по онова време. Първите 30 КП бяха създадени от НЗОК на основата на списък диагнози и процедури, който произлизаше от малък списък на ДСГ групи.
- 2000 – 2001 г.: Политическата ситуация се промени драматично през 2001 г. Повечето от персонала с опит в ДСГ (както в МЗ, така и в НЗОК) беше подменен. По това време спря по-голямата част от работата по ДСГ, включително изучаването на новите понятия, свързани с реимбурсирането. Въпреки това НЗОК продължи да създава все повече КП.
- 2001 – 2003 г.: Беше планирано и предоставено обучение по кодиране за лекари, специалисти по кодиране и икономисти. Съществуваше по онова време и един проект за отчитане на разходите, но не беше завършен проект за събиране на електронни данни от болниците. Събирането на данни беше спряло.
- 2003 – 2005 г.: Българското и австралийското правителство подписаха споразумение за придобиване на разрешение за научни изследвания. По същото време се работеше по проект на Bearing Point в България, чрез който основният автор на този доклад, г-жа Jugna Shah, работеше с технически експерти и висши служители на МЗ и НЗОК за провеждане на пилотен тест на ДСГ за финансиране. Този проект беше съсредоточен върху следните дейности:
 - Работа с ръководителя на НЗОК за разширяване на техническия капацитет в рамките на звеното по въпросите на кейс-микса;
 - Подготовка на софтуера за групиране и подбор на критерии и оценка на различните групер варианти;
 - Обсъждане на свързаните с политиката решения, прилагането на ДСГ вариантите и договориране на модели със Заместник-министъра на здравеопазването и с ръководителя на НЗОК (презентацията на договорирането на ДСГ е налична при поискване);
 - Подготовка за обсъждане на насоки за определяне на ролите и отговорностите на институциите;
 - Подготовка за изпълнение на времевия план с изискваните политически и технически решения
- 2003 – 2004 г.: Съществуващата система за кодиране на МКБ-9 и МКБ-9-СМ диагнози е заменена с МКБ-10 СЗО. Започва отново събирането на клинични данни и данни за разходите, в което са ангажирани приблизително 40 болници; ЗМ работят с българските си колеги, за да групират приблизително 1 милион случаи както с ЗМ международния

усвършенстван групер, така и с австралийския групер. Проведена е среща между българските специалисти и австралийската компания за производство на софтуера за групиране, за да се обсъдят условията за получаване на разрешение за софтуера за групиране. След внимателна оценка и анализ на съотношението разходи-полза при различни групери, българските експерти избраха австралийската класификация, процедурата на кодиране, групера и стандартите за кодиране.

МЗ проведе търг за предоставяне на специализиран болничен софтуер (СБС); от системата се изискваше да има софтуер за болниците за събиране на клинични данни и данни за разходите, интерфейс с дейностите на по събирането на данни, както и интерфейс и анализи за групирането по ДСГ.

- 2005 г.: МЗ закупува сървъри, мрежови комутатори и персонални компютри за 154 болници.
- 2006 г.: Софтуер за събирането на клинични данни и данни за разходите е инсталиран в български болниците и е осигурено обучение на приблизително 1200 души. Събирането на клинични данни и данни за разходите започва с помощта на системата на „Специализирания болничен софтуер” (СБС).
- 2007 г.: Gamma Consult създава софтуер за валидиране на данни, който да се използва в НЗОК. Безплатна версия на този софтуер (без проверките за валидиране) е доставена на болниците. Приблизително 156 болници събират данни през 2007 г. и още 92 болници получават софтуера. Очаквало се е те да бъдат закрити и затова не са били включени в първоначалното прилагане на оригиналния софтуер, но не са били закрити и по-късно започват да докладват данни. До март клинични данни и данни за разходите се докладват от всички болници, които са получили софтуера. Дадена е възможност и на частни болници да се включат.
- 2008 г.: До края на годината приблизително 92% от всички стационарни клинични данни са събрани и групирани в ДСГ с помощта на версия 4.5 на австралийския механизъм за групиране.

От 2008 до 2010 г. НЗОК възлага на консорциума BULL SIVECO за разработи интегрирана информационна система за НЗОК. По време на този процес се взема решение, че „Специализираният болничен софтуер” ще бъде подсистемата, в която ще се изпращат докладите на медицинските институции за болнична помощ и че тази подсистема ще бъде интегрирана с голямата информационна система на НЗОК. Успоредно с това се разработва интерфейс, с който да се внасят Excel файлове, съдържащи докладите за клиничните пътеки.

- 2009 г.: Договорът между Gamma Consult и НЗОК, започнал през 2005 г., е завършен. Главният автор на този доклад, г-жа Jugna Shah, е поканена да изнесе лекция пред V Национална конференция „ИКТ в здравеопазването: предизвикателството на 21-ви век” в София, България, на 15 октомври 2009 г. (Тази презентация, озаглавена „Използване на кейс-микс методи за финансиране за реструктуриране на болничните плащания и за измерване на продукцията на болниците: ДСГ в сравнение с КП [*Using Case-Mix Financing Methods to Restructure Hospital Payments and Measure Hospital Production: DRGs vs. CCPs*]” е налична при поискване.) Gamma Consult се съгласява да актуализира софтуера, ако НЗОК въведе известни промени в болничните изисквания. НЗОК придобива собственост върху софтуера от МЗ, но не го използва много.

Софтуерът се предоставя безвъзмездно на повече от 320 медицински институции; по това време централната база данни на НЗОК покрива над 95% от хоспитализациите в страната.

- 2010 г.: Министерството на здравеопазването започва да работи за получаване на одобрение да прилага ДСГ, както и за получаване на лицензионно споразумение от австралийското правителство за софтуера за групиране. Министерският съвет на България одобрява насоките, условията и времевата рамка за прилагането на нов модел за финансиране на болници с помощта на ДСГ (наличен при поискване) и упълномощава Министъра на здравеопазването и ръководителя на НЗОК да изготвят проектоспоразумение, което да послужи като основа за преговори с австралийското правителство за закупуване на класификационна система.
- 2011 г.: НЗОК не постига особено голям напредък в проучването на ДСГ като инструмент за финансиране, но в действителност кара болниците да продължат да докладват клинични данни и данни за разходите с помощта на предоставения им софтуер. Gamma Consult продължава да прави минимална актуализации на софтуера *pro bono*. Данните продължават да се групират в ДСГ, но качеството на данните не се проверява и не се правят усилия да се подобри събирането на данни.

Министърът на здравеопазването подписва лицензионно споразумение между Австралия и българското МЗ, с което се потвърждава правото на използване на класификационната система АПДСГ, версия 6, до юни 2016 г. (в сила от 1 февруари 2012 г.). Това споразумение е ратифицирано със законодателен акт на 41-то Народно събрание на 14 декември 2011 г., ДВ № 102/2011.

Възникват проблеми с новия управленски екип на НЗОК и кейс-микс отдела в НЗОК. Новият директор на НЗОК иска за слее звеното за работа с кейс-микс с отдела за информационни технологии и посочва, че не желаят да плащат софтуера за групиране (който първоначално им е бил предоставен безвъзмездно). По онова време софтуерът за групиране се прехвърля обратно в МЗ, което прехвърля специализирания болничен софтуер (СБС) на НЦОЗА.

Като първа стъпка за прилагането на ДСГ в България се създава специален отдел в Националния център за обществено здраве и анализ (НЦОЗА), в който влизат експерти, които са работили по предишни проекти за въвеждане на ДСГ в България. Отдела отговаря за събиране, групиране и анализиране на данните. От отдела се изисква също да изготви план за прилагането на ДСГ и свързаните с това дейности, което той извършва на основата на предишни планове за внедряване. За Директор на НЦОЗА е назначен водещ български технически експерт по ДСГ, където се намира отдела за работа с кейс-микс. Директорът и Министърът на здравеопазването водят преговори с австралийското правителство за финализиране на преговорите за специализирания софтуер за групиране на ДСГ; това се получава с помощта на финансиране по проект на Световната банка за ДСГ и се предоставя на НЦОЗА със заповед на Министъра на здравеопазването. Отделът по класификация се занимава с поддържане на процеса на събирането на данни.

Допълнителен персонал е необходим, за да се развие ефективно звено по въпросите на кейс-микса, което да провежда анализ, да изготвя относителните тегла, да моделира бюджетите, да анализира тенденции и закономерности, и пр. Директорът на НЦОЗА нямаше достатъчно време за работа по кейс-микса и свързаните с ДСГ дейности, и назначава друг

експерт по ДСГ да ръководи отдел по кейс-микс (това лице е било заместник-министър през 2005 г. и има големи работни познания за ДСГ). Много от свързаните с ДСГ процеси получават нов старт, включително изготвянето на инфраструктурен план и на преработен работен план (наличен при поискване).

- 2012 г.: Министърът на здравеопазването е подменен и Директорът на НЦОЗА си отива; новоназначеният експерт по ДСГ остава да ръководи кейс-микс отдела продължава събирането на данни, групирането и дейностите за анализ. Създава се комисия, която да следи въвеждането на ДСГ, която включва представители на Министерството на здравеопазването, Министерството на финансите, НЗОК и НЦОЗА.

През април МЗ предоставя класификационната система и софтуера за групиране на НЦОЗА. За съжаление това прехвърляне отменя задължението на болниците да докладват данните си, тъй като изискването за предоставяне на данните е част от договора на болниците с НЗОК. Макар много болници да са спрели да докладват данни и обемът на данните да намалява, за щастие над 200 болници все още продължават да докладват.

- 2013 г.: НЦОЗА групира данните за 2012 г. и изготвя няколко анализи върху използването на ДСГ; това е публикувано в *Българското списание по обществено здраве*. Статиите разглеждат ДСГ и КП, разликите във функционирането им, ключови въпроси и възможни следващи стъпки за България при внедряването на финансиране на основата на ДСГ.

През февруари се въвежда XML формат за докладване на ежедневните дейности на медицинските заведения за болнична помощ. Той съдържа всички подробности от формуляр № 7 на НЗОК – направление за хоспитализация. Медицинските заведения генерират XML файловете и ги качват на портала на НЗОК. Въвеждането на този XML формат е наличен сега в базата данни HOSP и може да се използва за групиране на случаи в ДСГ.

- 2014 – 2015 г.: През първото тримесечие ръководителят на отдела за работа с кейс-микса беше помолен да напусне НЦОЗА. Въпреки тази промяна продължи работата по събирането и групирането на данни. В допълнение кейс-микс екипът на НЦОЗА преведе австралийската процедурна система на кодиране в подготовка за изпълнението ѝ през 2014 г. (болниците са докладвали данните си с помощта на Excel), но датата за изпълнението беше отложена за 2015 г. През 2014 г. се подписва нов проект на Световната банка, в който се включва и акцент върху проучване на внедряването на ДСГ. Основният автор на този доклад, г-жа Jugna Shah, беше поканена да се присъедини към екипа на Световната банка, за да се проучи възможността да се прилага ДСГ в България за финансиране на болници.
- През 2015 г. Бившият ръководител на кейс-микс отдела беше поканен да се върне и да работи по прилагането на системата на финансиране. Резултатът от сътрудничеството между екипа на Световната банка и партньорите от България е изложен в този доклад.

Приложение 2. Текущо състояние на информационните системи за управление на здравеопазването и ИТ инфраструктурата с оглед въвеждането на ДСГ

172. Това Приложение дава общ преглед на сегашното състояние на управлението на информационните системи на болниците, както и информационните системи на НЦОЗА, НЗОК и МЗ, по отношение на прилагането на ДСГ.

1. Първи стъпки в подготовката на българските болниците и НЗОК за внедряването на ДСГ от ИТ гледна точка

173. Стандартизиран метод за кодиране на клиничната заболяемост на пациентите използва предварително избрана система за кодиране на диагнози и процедури. Докладването на тези данни от болниците до централното/националното равнище в електронен формуляр е предпоставка за разработването, прилагането и поддържането на система на финансиране на основата на ДСГ. Тези данни включват кодове на диагнози и процедури, както и „минимален набор основни данни“ с основни елементи демографските и клиничните данни: възраст, пол, датата на приема, данни при изписването, състояние при изписването и всякаква друга информация, необходима за включване на пациенти в ДСГ групи.

174. Важно е също да се прилага методология на стандартизирано определяне на разходите и система за използване в докладите на данни за разходите от болниците до централното/националното равнище чрез електронен формуляр. Тази информация се използва за създаването на специфичните за страната относителни тегла, които след това се използват за изчисляване на бюджетите на болниците и други ключови елементи в системата за плащане на основата на ДСГ.

175. Данни за разходите могат да се представят на равнище болница/отдел, след което да бъдат разпределени по ДСГ; тази процес се нарича „определяне на разходите от горе надолу“. Алтернативно разходите на равнище отдел могат да бъдат сведени на равнище пациент и да се съчетаят с пряко засичаните разходи на равнище пациент; този вид определяне на разходите се нарича „определяне на разходите от долу нагоре“.

176. Бяха проведени две български пилотни проучвания на ДСГ: първото в 11 болници между 1996 и 1998 г., а второто – в 40 болници от 2003 до 2004 г. В допълнение бяха оценени три ДСГ класификационни системи (НІСFА 12.0, АR ДСГ 4.7 и 3М Международни прецизирани ДСГ). На основата на тази дейност българското МЗ реши да внедри инфраструктура и софтуер на информационни технология (ИТ), който създаде капацитет за електронно докладване на клинични данни и данни за разходите, и за прилагане на ДСГ.

177. През 2005 г. МЗ закупува сървъри, мрежови комутатори и персонални компютри за 154 болници. През 2006 г. МЗ възлага разработването на системата „Специализиран болничен софтуер“ (СБС), който да се използва за електронно докладване от болниците и за подкрепа на въвеждането на ДСГ.

178. През 2006–2007 г. системата е разработена и приложена в 246 медицински институции за предоставяне на болнична помощ (с обща работна сила над 1500 души) и в НЗОК. Системата включва две подсистеми — на равнище болница и централно — описани по-долу.

179. (1) Болничната подсистема се предоставя на медицинските институции безплатно и включва два модула: модул „Болнична регистрация и клинични пътеки“ и модул „Определяне на разходите и финансови анализи“.

(1.1.) Модулът „Болнична регистрация и клинични пътеки“ автоматизира дейностите, включени в събирането на клинични данни, като позволява регистрация на данни за:

- прием на стационарни пациенти в болница;
- прехвърляния на стационарни пациенти между болнични отделения;
- изписване на стационарни пациенти;
- всички данни за извънболнични пациенти и прегледи;
- кодиране на диагнозите за направленията, приема и изписването; диагнози за съпътстващите заболявания и усложненията; и медицински процедури (хирургични и диагностични) според МКБ-10 СЗО и МКБ-9-СМ.

180. Модулът позволява и внос на данни в предварително дефинирани формати от болничната информационна система на медицинските институция (ако има такава). Тя е в пълно съответствие със законодателството и с изискванията за докладване на МЗ, НЗОК и НЦОЗА, и подлежи на актуализация според промените в законодателството и нормативната уредба.

(1.2) Модулът „Определяне на разходите и финансови анализи“ има няколко характеристики, включително процеси за:

- автоматизиране на операциите за събиране на данни за разпределението на разходите;
- разрешаване на входни данни или внос на данни за разходите по отдели в предварително дефинирани формати от софтуера за счетоводство и човешки ресурси на болниците;
- разрешаване на входни данни или внос на данни за разходите на равнище пациент/случай от управлението на аптеки и магазини, лаборатории и софтуер за възпроизвеждане на изображения на равнище пациент (стационарен случай) или отдел;
- прилагане на счетоводство от горе надолу за разпределяне на разходите за административни и спомагателни отдели върху болничните отделения, които предоставят медицински услуги;
- автоматизиране на процеса на изчисляване на действителните разходи за всички болнични продукти по услуги, по пациент (стационарни случаи), по ДСГ и по клинична пътека;
- извършване на финансови анализи на болнични продукти, включително приходи срещу разходи по услуги, по пациент (стационарни случаи), по ДСГ и клинична пътека, по отдел и за цялата болница;
- разрешаване на докладване *ad hoc*.

(2) Вторият модул – модулът на централната подсистема – включва три модула и функции: модул „Интерфейси към мрежата и електронната поща“; модул „Интерфейс към ДСГ групер“; и модул „Аналитичен софтуер“.

(2.1) Модулът „Интерфейси към мрежата и електронната поща“:

- прилага интерфейси за достъп до консолидиране на данните от агрегираната медицинска и икономическа информация;
- автоматизира процесите на обмен на данни между НЗОК и болничните доставчици на медицинска помощ съгласно техните договорни отношения;
- използва протокол за сигурен обмен на данни (SSL, HTTPS);

- използва сигурно удостоверяване, идентифициране и криптиране на обменените данни по X.509 сертификати според приложения в НЗОК РКІ.

(2.2) Модулът „Интерфейс към ДСГ групер“:

- проверява изчерпателността и формалната валидност на входните данни;
- автоматично преработва получените клинични данни, за да ги подготви за групиране според входния формат за ДСГ софтуера за групиране;
- прехвърля обработените клинични данни към ДСГ софтуера за групиране;
- преработва файла с резултати от ДСГ групирането и ги внася в базата данни.

(2.3) Модулът „Аналитичен софтуер“:

- подкрепя стандартния внос на данни от всички болници в страната;
- извършва проверки на данните за клинична валидност, качество, излишество, релевантност и последователност;
- извършва валидиране на искове на болниците:
 - проверява данните на пациента спрямо националните регистри на населението;
 - проверява осигурителния статус на пациента в момента на предоставянето на услугите в националната база данни;
 - валидира официално клиничните данни спрямо минималните изисквания за КП;
 - валидира докладваните данни спрямо бизнес правила за повторно приемане по КП;
 - прави кръстосана проверка на стационарни данни между болниците и други данни, докладвани от други доставчици на медицинска помощ;
 - валидира други бизнес правила, свързани с медицински изделия, покрити от осигуровката и свързани с кодирани процедури, ограничения на броя епизоди с медицински грижи или изделия и пр. – над 500 различни проверки на клинични данни;
- генерира файлове-отговори за болниците, съдържащи резултати от валидирането на данните и по желание от групирането по ДСГ чрез WEB интерфейс за внасяне при болничната база данни;
- извършва различни анализи на основата на клинични данни, докладвани от болниците;
- извършва анализи за КП определяне на разходите на национално равнище, по вид болница и пр.;
- изчислява специфичните за страната относителни тегла, средните продължителности на болничен престой, ниски и високи точки за престой и разходи по ДСГ;
- изчислява кейс-микс показателите в болниците;
- изчислява основната ставка на равнище болница и на национално (регионално) равнище;
- съдържа различни доклади за подкрепа на събирането на данни, групиране на клинични данни по ДСГ, групиране на резултати от контрола, изчисляване на сумите за реимбурсиране по КП и пр.

2. Сегашното състояние на ИТ инфраструктурата и ИСУЗ системите на болниците и техният капацитет да прилагат ДСГ

181. След 2000 г. се проявява нарастваща инициатива от страна на болниците да внедряват информационни системи. Този процес е особено интензивен след 2006 г. в резултат от прилагането на „Специализирания болничен софтуер“.

182. Понастоящем всички болници в страната са изградили основна ИТ инфраструктура и прилагат ИСУЗ от различни доставчици; няколко все още използват „Специализирания болничен софтуер“, който се предоставя безвъзмездно. Всички прилагани системи покриват основните функционални възможности на този специализиран софтуер.

183. Броят болнични работни места, в които се прилага ИСУЗ, варира от няколко работни места в много малки болници до няколкостотин работни места в големите университетски и окръжни болниците и в големите частни болниците. В момента се използват около 12 500 ИСУЗ работни места (включително онези, при които се използва специализиран софтуер) в около 350 болници; това представлява средно над 30 работни места за медицинско заведение.

184. За да могат да работят тези системи, всички болници са изградили и поддържат минимум следната ИТ инфраструктура:

- локална мрежа;
- сървър за базата данни и архив за организирани данни;
- работни места и принтери;
- Интернет връзка за удостоверяване на осигурителния статус на пациента от сайта на НАП и ежедневен обмен на данни с НЗОК;
- Четци на лични документи за самоличност и свързаност с интернет; след 1 април 2015 г. те ще извършват регистрация онлайн в базата данни на НЗОК за всички приеми и изписвания на пациенти, като използват личните документи за самоличност в рамките на четири часа след събитието;
- ИТ персонал или споразумение с външна ИТ фирма за доставка и поддръжка на ИТ инфраструктурата и оперативни услуги.

185. Обхватът на ИСУЗ, който се предлага от различни медицински институции, варира в широки граници, включително най-малко следните:

- счетоводен софтуер;
- софтуер за докладване на складове и аптеки (понякога част от счетоводния софтуер);
- софтуер за човешките ресурси и платежната ведомост;
- софтуер за кодиране и докладване на клинични данни с не по-малък капацитет от този на специализирания болничен софтуер;
- софтуер за определяне на разходите за болнични продукти и услуги с не по-малък капацитет от този на специализирания болничен софтуер.

186. В повечето болници (около две трети) са внедрени много други компоненти на ИСУЗ, включително:

- електронни заявки за лекарства и консумативи, докладване на разходи за лекарства и медицински продукти на болнично равнище;
- лабораторни информационни системи, поддържащи интерфейс с лабораторен анализатор, електронни заявки на лабораторни изследвания и баркодиране на пробите;
- електронна заявка за образни прегледи, съхраняване на диагностични образи в САИК с възможност за достъп за болничните отделения и дори елементи на работни потоци DICOM;
- болнично хранене на пациентите, хранителен режим и електронни заявки;
- управление на договорите и докладване на допълнителните доброволни здравноосигурителни фондове;
- изчисляване и фактуриране на допълнителни услуги, използвани от пациентите;

- покритие и подготовка на повечето медицински данни на даден пациент в системата и вписването им в електронно медицинско досие на пациента.

187. Следните функции бяха въведени неотдавна и се използват всекидневно от някои болници:

- предоставяне на пациентите онлайн (WEB) достъп до лабораторни резултати, резултати от образна диагностика, проверки и епикризи;
- контрол в реално време на разходите за лечението на пациент във връзка с очакваните приходи от различни източници (НЗОК, КП), плащания от пациента, плащания от допълнителни здравни осигуровки и пр. Балансът на очакваните приходи по отношение на разходите се наблюдава при всяко лекарство, предоставено от болничните аптеки, всяко лабораторно или образно изследване, преглед или консултация и пр.;
- електронни рецепти за медикаментозно лечение, контрол на максималните дози, лекарствени взаимодействия, контрол върху прилагането на лекарствата и използване на мобилни уреди до леглото на пациента.

188. Болниците са изградили капацитет и извършват всеки ден докладване на всички операции, лекарства и медицински продукти, електронно, под формата на електронно подписан XML в рамките на следващия работен ден, като всички данни са кодирани по МКБ и не могат да бъдат изменени, освен при извънредни обстоятелства.

189. От представения по-горе общ преглед може да се стигне до заключението, че болниците разполагат с ИТ инфраструктура и системи, които силно надвишават минималната функционалност, изисквана за внедряването на докладване и плащане по ДСГ. Адаптирането на системите, което следва да бъде направено в процеса на въвеждане на ДСГ, е малко в сравнение със сегашните възможности на системата.

3. Състояние на ИТ системите на НЗОК по отношение на обмена на данни с болниците и капацитета за внедряването на ДСГ

190. До 2007 г. НЗОК е събирала и обработвала докладите на болниците на хартиен носител и с помощта на Excel файлове, които съдържат минимум медицински данни. Excel файловете бяха въведени и обработени с помощта на софтуерна програма, наречена „HOSP”, разработена от НЗОК с помощта на външни експерти. Тази база данни не съдържа цялата информация, необходима за групиране на случаи в ДСГ.

191. От септември 2007 г. до декември 2011 г. беше прилагана системата „Специализиран болничен софтуер” в НЗОК; всички медицински институции, които са договорни партньори с НЗОК, бяха задължени да представят медицински данни и данни за направените разходи за медицинско лечение на стационарно равнище един път месечно. От 2009 г. нататък софтуерът беше предоставен безвъзмездно на повече от 320 медицински институции; по това време централната база данни на НЗОК обхващаше над 95% от хоспитализациите в страната.

192. Успоредно със събирането на данни от болниците със специализирания болничен софтуер НЗОК запазва докладването в Excel на клинични пътеки и модела на обработване на докладите в софтуерния продукт HOSP. След изтичането на гаранционния период на специализирания болничен софтуер през март 2009 г. НЗОК нито инвестира в софтуера, нито договаря по-нататъшни дейности по поддръжката и разработването. Продължава обаче да използва софтуера до декември 2011 г.

193. От 2008 to 2010 г. НЗОК възлага на консорциума BULL SIVECO да разработи интегрирана информационна система за НЗОК (договорът е за над 15 милиона лв.). В процеса на изпълнението на системата се взема решение, че „Специализираният болничен софтуер“ ще бъде подсистемата, в която ще се подават докладите на медицинските институции за болничната помощ и че тази подсистема ще бъде интегрирана с голямата информационна система на НЗОК. Успоредно с това се разработва интерфейс за въвеждане на Excel файлове, съдържащи докладите по клиничните пътеки.

194. През декември 2011 г. НЗОК прекратява използването на специализирания болничен софтуер и системата е преместена в НЦОЗА. След това НЗОК възлага разработването на механизъм за ежедневно докладване на извършената работа от договорните партньори на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) (договорът е за 1,27 милиона лв.) и продължава разработването на софтуера HOSP като система за обработване на докладите по клиничните пътеки.

195. XML форматът за докладване на дейността на медицинските институции за болнична помощ е публикуван през декември 2012 г. и започва да се използва през февруари 2013 г. Той съдържа всички детайли от формуляр № 7 на НЗОК – направление за хоспитализация. Медицинските институции генерират XML файловете със своите болнични системи и ги зареждат в портал на НЗОК, като ги подписват с квалифициран електронен подпис. Въвеждането на този XML формат е възможно сега в базата данни HOSP и може да се използва за групиране на случаи в ДСГ. XML докладите се обработват със софтуера HOSP; резултатите, включително установените проблеми, се връщат на медицинските институции през портала на НЗОК под формата на текстов файл.

196. От май 2013 г. болничните медицински институции докладват всеки ден в XML формат, с доклади за всички пациенти, изписани предишния ден, техните диагнози, лечения, лекарства и медицински продукти, покривани от НЗОК. Има възможност да се включи и епикризата на пациента.

Докладите на медицинските институции до НЗОК обикновено не включват всички пациенти, приети във и изписани от медицинските институции; вместо това те включват само пациентите, които са здравноосигурени и чието лечение ще бъде заплащано от НЗОК.

197. По-долу са дадени полетата за вписване (т.е. данни) на AR DRG 6.0 групера, използван за групиране на стационарен пациент; полетата със звездичка (*) са задължителни за попълване, а маркираните с диез (#) са условни:

НМД – Номер на медицинското досие

Дата на приема # – Попълването на това поле се изисква ако възрастта и/или продължителността на престоя ще се изчисляват по датите.

Дата на раздялата с пациента # – Попълването на това поле се изисква, ако датата на приема е вписана и продължителността на престоя ще се изчислява по датите.

Начин на раздялата с пациента * – Това е задължително поле и резултатът не може да се види, ако това поле е оставено непопълнено.

Дата на раждане # – Попълването на това поле се изисква, ако е вписана датата на приема и възрастта ще се изчислява по датите.

Възраст в години # – Попълването на това поле се изисква, ако възрастта не е изчислена по датите и е над 1 година.

Възраст в дни # – Попълването на това поле се изисква, ако възрастта не е изчислена по датите и е под 1 година.

Тегло при приема # – Попълването на това поле се изисква, ако възрастта на пациента е под 1 година и следва да се впише, ако е дадена в медицинските документи.

Пол * – Това е задължително поле (валидни вписвания са: М, Ж или Н).

Акутна ПП (продължителност на престоя) за акутни пациенти # – Попълването на това поле се изисква, ако продължителността на престоя не може да се изчисли по датите.

Неакутна ПП – Това е незадължително поле, което следва да се попълни, ако има данни в документите. Това ще помогне да се установи ПП извън острия стадий.

Дни отпуск – Това е незадължително поле, което следва да се попълни, ако има данни в документите. Това ще помогне да се определи акутната ПП, като се установи времето, което пациентът е прекарал на интензивно лечение.

Посочване за същия ден – Това е изчислено с помощта на дати или акутна ПП. Върху него може да се пише, ако е необходимо. Валидни вписвания са 1 (На същия ден) или 0 (Не на същия ден).

MHLS * – Това поле отразява психичния статус и е незадължително, но следва да се попълва, ако фигурира в документите. Вписването по подразбиране за това поле е 9, което означава „не е приложимо“.

Кодове на диагнози – основната диагноза (ОДх) е задължителна за вписване. Всички други полета за диагнози са незадължителни, но се срещат Дх в документите, те са необходими за правилното групиране.

Кодове на процедури – Всички полета за процедури са незадължителни, но са необходими за правилното групиране, ако са дадени в документите.

198. На основата на списък по-горе и ползвайки съдържанието на XML файла за всекидневния доклад на болницата, можем да заключим, че всички необходими данни за групиране по ДСГ на стационарни пациенти се прехвърлят и са налични в НЗОК чрез съществуващите системи на болниците и НЗОК.

199. Има няколко проблема, които следва да бъдат разрешени преди осъществяването на система с ДСГ, но това може лесно да бъде направено. Те включват:

- (1) Процедурите и диагнозите в болничните системи и XML файловете се кодират по МКБ-9- и МКБ-10 СЗО версия от 2004 г., но AR DRG Групер 6.0 използва МКБ-10-AM 7.0 и АКМП 7.0. Този проблем може да бъде решен с използване на таблици за картиране, които вече са създадени от НЦОЗА. Когато бъде подменена процедурата на кодиране по МКБ-9-СМ с АКМП 7.0 (български превод), кодовете на процедурите ще бъдат местни, което означава, че вече няма да е необходимо да се използват таблици на картиране.
- (2) Някои КП налагат известни изисквания при кодирането на диагнози и процедури, които може да са необичайни за ДСГ. Това може да се реши със специално обработване на списъците на диагнозите, когато се изнасят кодове към групера по ДСГ и с решаване на проблема с необичайните правила за кодиране при КП по време на ежегодния процес на актуализиране на КП.

200. Тъй като функционирането на „Специализирания болничен софтуер“ беше прекратено през декември 2011 г., НЗОК вече не събира данни за разходите на равнище отдел и пациент (стационарен), както и не изисква от болниците да докладват редовно тези данни, дори за изчисляване на цената на реимбурсиране на КП. Много болници продължават да докладват тази информация на доброволна основа на НЦОЗА.

4. Състояние на ИТ системите на НЦОЗА по отношение на обмена на данни с болниците и капацитета за въвеждане на ДСГ

201. Системата „Специализиран болничен софтуер“ беше прехвърлена от НЗОК към НЦОЗА през декември 2011 г. От тогава са извършвани много корекции и актуализации на системата, за да се поддържа тя оперативна, да се осигури съответствието ѝ с промените в бизнес модела и в изискванията за докладване на НЗОК и на Националния осигурителен институт (НОИ), и да се запазят функциите ѝ за събиране и обработване на медицински данни и данни за разходите за целите на ДСГ. Не са правени обаче инвестиции по-нататъшното ѝ разработване.

По-долу е даден списъкът на основните корекции и актуализации, извършени след декември 2011 г.:

- Мигриране и инсталиране на бази данни от НЗОК в НЦОЗА;
- Разработване „от нула“ на нова версия на модула „Интерфейси за мрежата и електронната поща“, при който се използва квалифициран професионален цифров подпис;
- Лицензиране на Стандарт за MS SQL сървър 2012 г. и модернизация на централната част към тази версия на SQL сървъра;
- Въвеждане на AR DRG 6.0 Групер и интегрирането му чрез разработване на нова версия на модула „Интерфейс към ДСГ Групер“ и прилагането на картиращо устройство, разработено от НЦОЗА, между МКБ-9-СМ и АКМП 7.0 и МКБ-10 към МКБ-10 АМ;
- Прегрупиране на всички данни след 2006 с версия 6.0 на AR DRG Групера и актуализиране на интерфейса;
- Изчисляване на относителните тегла с използване на български данни и сравняването им с относителните тегла в страни, използващи подобна класификационна система;
- Актуализиране на „Специализирания болничен софтуер“ с цел отразяване на законодателните промени през годините.

202. Обменът на данни между медицинските институции и НЦОЗА се извършва с помощта на криптираните XML файлове. НЦОЗА продължава да събира както клинични данни, така и данни за разходите от болниците. Макар всички болниците да са в състояние да предоставят клинична информация и информация за направените разходи, само около 200 от тях предоставят такава информация на НЦОЗА.

ИТ инфраструктурата на НЦОЗА също беше модернизирана през 2012 г. със закупуване на нови сървъри, памет и персонални компютри с бюджет от около 500 хиляди лв.

5. Състояние на ИТ системите на МЗ по отношение на въвеждането на ДСГ

203. Понастоящем МЗ не поддържа бази данни и системи, свързани със софтуера за ДСГ, освен тези в НЦОЗА.

6. Предлагани дейности за внедряване на ДСГ от ИТ гледна точка

204. На основата на анализ на предишни инициативи и сегашното състояние на ИТ системите в болниците, НЦОЗА и НЗОК, свързани с прилагането на ДСГ, можем да заключим следното по отношение на потенциален пилотен тест:

- Съществуват достатъчно болници, които притежават ИТ инфраструктура и системи на ИСУЗ, които могат да произвеждат и докладват клинични данни и данни за разходите на равнище пациент (стационарен), за да се пристъпи към пилотен тест;
- ИТ системата на НЦОЗА и системата на „Специализирания болничен софтуер“ функционират и лесно могат да обслужват процеса на пилотния тест на ДСГ, с минимална модернизация и поддръжка;

- Разумно е (и би могло да бъде и много полезно) в пилотното осъществяване да се преодолеят формалните бариери и да се даде достъп на НЦОЗА до стационарни клинични данни, които са налични в НЗОК от 2013 г. насам, за целите на групирането по ДСГ. Тези данни биха могли да подпомогнат пилотното осъществяване, като улеснят едно точно математическо моделиране на основата на ДСГ за всички болници в страната.

205. Предлагат се подобрения от ИТ гледна точка, за да се помогне на пилотното осъществяване на ДСГ, както следва:

- Обучение и приемственост:
 - Да се планира, определи и оповести дата, след която АКМП 7.0 ще замени МКБ-9-СМ и ще подготви нова версия софтуер за събирането на данни и централна система, която ще работи с новата система за кодиране на процедурите след планираната дата;
 - Подготвяне на условия за електронно дистанционно обучение и изпробването им, за да се гарантират стабилни резултати във времето:
 - с помощта на средата за електронно обучение да се изготвят и публикуват курсове за обучение и тестови материали за подготовка за системи за кодиране на МКБ-10-АМ диагнози и АКМП 7.0 процедури, на основата на които може да се провежда непрекъснат процес на обучение;
 - изготвяне и провеждане на опреснителни курсове по кодиране на диагнози и процедури;
 - изготвяне и провеждане на курсове за обучение за болничен персонал по теми, свързани с ДСГ;
 - изготвяне и провеждане на курсове за обучение за определяне на разходите;
 - Организиране на форум в мрежата за новини, публикации, въпроси и отговори, свързани с промени в изискванията за кодиране и определяне на разходите.
- Събирането на клинични данни, кодиране и класификация:
 - Разработване и предоставяне на пилотните болници на нова версия софтуер за събиране на данни или/и нова логика на интерфейса/износа, за да стане по-просто предаването на данни към централно място;
 - Дефиниране и разработване в централна част от софтуера за събиране на данни на аналитични доклади, свързани с качеството на кодиране по болница, кодиращо лице, КП, ДСГ и пр. за предоставяне на обратна връзка към болниците;
 - Дефиниране и разработване на аналитични доклади в централна част от софтуера за събиране на данни, свързани с групирането по ДСГ резултати, по болница и кодиращо лице, представител на всяка ДСГ, отношения между ДСГ и КП за поддържане на този анализ на групирани данни;
 - Разработване на доклади за управлението в централна част от софтуера за събиране на данни, които могат да бъдат предоставени на болниците с резултатите от групирането / докладите за болничната обратна връзка (напр. първите 10 ДСГ, средната продължителност на престоя по ДСГ и пр.) и модернизация на централния софтуер за изготвянето на тези доклади;
 - Разработване на интерфейс с НЗОК за предоставяне на клинични данни от докладите на болниците за ДСГ групиране;

- Модернизация на централната част от софтуера за събиране на данни, на софтуера с функционална възможност за анализ на хомогенността/разпределението на случаи, групирани в едни и същи ДСГ и оценка на необходимостта да се дефинират нови групи;
 - Разработване на български групер, само ако се вземе решение за разгръщане в национален мащаб след пилотното осъществяване;
 - Разработване на уебстраница за ръчно групиране и уеб-услуга за партидно групиране, предназначени за болниците;
 - Поддържане на редовни актуализации на софтуера за събиране на данни и/или нова логика за интерфейса/износа, която да отчита промените в законодателството.
- Събиране на данни за разходите и анализ:
 - Модернизация и поддържане в софтуер за централно събиране на данни на функционалности с цел поддържането на гореспоменатите функционалности и предоставяне подкрепа на второ равнище на услуги за събиране и обработване на данни (включително софтуер за определяне на разходите в болниците):
 - Подобряване на функционалността на относителните тегла на основата на данни за събраните разходи;
 - Допускане на внос на относителни тегла, заимствани от други страни;
 - Функционалността за изчисляване и анализиране на показателите на кейс-микса с помощта на различни множества тежести и техните миксове;
 - Поддържане на редовни актуализации на определяне на разходите за софтуер, за да се поддържа той в съответствие с промените в законодателството.
- Разработване на система на договориране – мигриране към договориране на основата на ДСГ
 - Модернизация на централна част от софтуера с функционалността за изчисляване на бюджетите на болниците с вариантите за математическо моделиране на основата на различни избори за съчетаване на основни цени, случаи извън системата, корекции и пр. – включително изчисляване на корекции на плащания в рамките на коридорите на риска по време на теста на системата в пилотните болници.
 - Поддържане на редовни актуализации на разработените функционалности в съответствие с промените в законодателството.
- Одитиране и наблюдение:
 - Модернизация на централната система във времето с функционалността за извършване на одит на клинични данни и данни за събраните разходи, която свързва данните за ДСГ с показателите за качеството/работата на системата, дефиниране и изчисляване на санкции/неплащане за некачествени или подправени данни, и разработване на обратна връзка/доклади за болниците;
 - Поддържане на редовни актуализации на разработените функционалности в съответствие с промените в законодателството.
- Служба за оказване на съдействие и подкрепа (Help Desk) за периода на пилотното осъществяване.

206. За потенциално внедряване в национален мащаб сегашният процес за обмен на данни в НЗОК може да се използва за прилагането на ДСГ на национално равнище без необходимост от големи промени. Известни промени ще бъдат необходими в зависимост от състоянието на информационната система на НЗОК по време на прилагането на ДСГ, включително:

- Необходимо е групиране по ДСГ на докладваните случаи, което е относително просто за изпълнение;
- Може да съществува причина, поради която болниците да получават обратно информация за насочването към дадена ДСГ след групиране по ДСГ в НЗОК, както и за грешки, които може да са възникнали чрез структуриран (XML) файл за отговор;
- Всички бюджети и суми за реимбурсиране, които понастоящем се изчисляват на основата на КП, следва да преминат към ДСГ;
- Цялата логика на валидиране на исковете и откриването на измами следва да се промени по посока на ДСГ.

207. В обобщение, всички инструменти, разработени в пилотния процес по прилагането на ДСГ, ще могат да бъдат използвани и при разгръщане в национален мащаб, ако се вземе такова решение. Както и при пилотния тест, за разгръщане в национален мащаб няма да се изискват никакви значими подобрения на съществуващата ИТ инфраструктура, макар че ще бъдат необходими известни усъвършенствания и инвестиции.

Приложение 3. Описание на видовете корекции, които биха могли да се приложат към болничните бюджети за отчитане на разходи извън контрола на болничните заведения в условията на система, базирана на ДСГ

208. Системите за кейс-микс класификация са сравнителни по своето естество; тъй като се използват средни стойности за изчисляване на сумите в бюджета, болниците явно се сравняват една с друга. Въпреки това между болниците може да има значителни разлики в измерения, които включват ролята им в оказването на медицинска помощ; местоположение в селски/градски райони; различия в заплатите; и използване на технология в различни съчетания за лечение или за поддържане на технологичния капацитет. Тези фактори влияят върху разходите на болниците и усложняват усилията да се правят преки сравнения между болниците. Прякото коригиране на договорените бюджети, за да се компенсират болниците за ценни дейности, които са извън прекия контрол на болницата, представлява един начин да се осигури равнопоставеност в разпределението на бюджета и процесите на финансиране.

209. Разумно е да се внесат корекции в бюджетите на болниците, за да се отчетат легитимни разходи за грижи за пациентите, които са извън техния разумен контрол. Уместни политики на заплащане за случаи извън системата дават възможност за стимули, които са присъщи за съществуването на система на финансиране на основата на ДСГ. Политически важно е политиката да се използва, особено в началото на прилагането на системата, тъй като тя помага да се контролират ограниченията, присъщи на всяка система на финансиране на основата на ДСГ — като напр. използването на несъвършени данни за разходите при разработване на относителните тегла — и улеснява приемането от доставчиците. За пилотен тест, както и за по-широко изпълнение, управляващите следва внимателно да проучат използването на корекции, за да установят какви корекции и параметри на плащане е необходимо и уместно да бъдат използвани, за да се създаде равнопоставена система на финансиране, която насърчава стимулите да се оказва „правилният обем медицинска помощ при правилните условия“.

210. Най-честите видове корекции са както следва:

- Инфлация
- Географско положение
- Местни заплати
- Пряко и непряко образование в здравните професии
- Специализирани болници
- Случаи извън системата

Всеки вид корекция е описан подробно по-долу.

Инфлация

211. Инфлацията е фактор, който е наистина извън контрола на отделната болница. Болниците вероятно могат да очакват, че базовата или референтната цена ще бъде коригирана за отчитане на инфлацията на годишна основа, за да се отрази нарастването на издръжката на живота, което е извън техния контрол. Използването на коригиращ фактор за инфлация е най-простият пример за коригиране на базовата цена, при това извършван годишно или при необходимост.

Географско положение

212. Местоположението е извън контрола на болницата – в смисъл, че е необходимо болниците да са построени по цялата страна, за да се даде достъп на гражданите до медицинска помощ. Местоположението вероятно ще повлияе върху стационарните разходи и следователно може да е необходимо коригиране.

213. Например необходимо е болниците в селските райони да поддържат известни резервни възможности, които са скъпоструващи, но може би няма да бъдат напълно оползотворени, докато градските болници може да имат по-високи разходи за собственост и заплати.

214. Разумно би било да се проучи въздействието на географското положение с помощта на статистически анализи и модели на математическо моделиране, за да се определи дали е необходимо коригиране. За да извършат такъв анализ, болниците могат да бъдат разделени на „градски“ и „селски“ групи, като се определят болниците, намиращи се в район с гъстота на населението над някаква определена стойност, като „градски“, а онези в район с по-малко население от определено число – като „селски.“ Други възможни критерии за групиране по местоположение са размерът на общността или други метрични показатели, които вече се използват от страната за очертаване на географско положение.

215. След като се разделят болниците на групи, може да бъде изчислено финансовото въздействие с помощта на модел на математическо моделиране, който започва с предположението, че не може да бъде извършено географско коригиране. Ако резултатите покажат, че някои видове болници са подложени на непропорционално въздействие, тогава може да се наложи тази или някоя от другите корекции.

Местни заплати

216. В Съединените щати програмата Medicare отчита, че разходите за труд са различни в различните райони и предвижда пряко коригиране с използване на различни показатели на заплатите. Разходите за труд в САЩ имат особено значимо въздействие върху жизнеспособността на дадена болница — това обаче може да не е така в други страни. Доколкото входящите разходи са различни в различните райони, уместно е да се обмисли прилагането на коригиране, за да се отчетат разликите в заплатите и други разходи, които имат въздействие върху разходите за лечение.

217. Необходимостта от това коригиране може да се реши чрез коригиране за корелирана променлива, напр. градско/селско местоположение, както е описано по-горе. И отново, необходими са модели на статистически анализи и математическо моделиране, за да се проучи дали бюджетите на болниците са системно повлияни от размера на местните заплати.

Пряко и непряко образование в здравните професии

218. Друго потенциално коригиране е предназначено за болниците, които осигуряват значителен обем преподаване, предназначено за здравни професионалисти, като лекари, практикуващи медицински сестри, правоспособни акушерки, фелдшери и пр. Тези институции може да са официални болници с преподаване, или просто може да са лечебни заведения с големи разходи, свързани с пряко и непряко следдипломно медицинско образование.

219. Болниците, които предлагат обучение, обикновено имат както преки, така и непреки разходи. Преките образователни разходи включват заплати за стажанти и други обучавани, заплати за преподаване и потенциално част от режимните разходи, които могат пряко да се причислят към функцията образование. Преките разходи за образование обикновено се изключват от изчисленията на бюджета/разходите на болницата и обикновено се прокарват (т.е. плащат се при възникването им или на основата на определена формула) в рамките на границите за плащане. Непреките разходи за образование включват разходите за допълнителни грижи за пациентите (напр. допълнителни изследвания, поръчани от специалисти и стажанти за целите на преподаването).

220. Ако кейс-миксът на учебните болници е в действителност повлиян от техния учебен статус, отделно плащане извън на системата на финансиране, което отразява само преките разходи, ще бъде недостатъчно за компенсиране на общия вид медицинска помощ, която се оказва в тези лечебни заведения. В тези случаи ставките на ДСГ може също да трябва да бъдат коригирани, за да отчетат непреките разходи. Например може да се добави известен процент към ставките за болниците, които са определени като лечебни заведения с преподаване. Друга възможност е да се създаде отделна базова цена за групата на учебните болници и да се използва тя, а не националната референтна цена, при изчисляването на техните договорени бюджети. Ако тези лечебни заведения се финансират чрез друг източник, като напр. Министерството на образованието, тогава този вид коригиране може да не е необходим.

Специализирани болници

221. Системите за кейс-микс финансиране работят най-добре при болниците, които лекуват широка гама пациенти, тъй като плащането е на основата на концепция за средни стойности. Присъщо е в концепцията на ДСГ финансирането и други кейс-микс системи болниците да губят пари в някои случаи и да печелят пари в други. Те губят пари, когато са неефикасни или ако някои пациенти получат усложнения, които водят до над средни продължителности на болничен престой; печелят пари, когато са ефикасни или когато пациентите се лекуват с под средна продължителност на престоя.

222. Тази концепция не функционира добре обаче за болниците, които лекуват много специфични случаи, които се групират само в няколко ДСГ, като детски болници, родилни домове, спешни/травматични, онкологични, кардиологични болници. Без коригиране на базовата цена, за да покрие някои структурни разходи и/или разходи за оборудване, свързани със специализирана помощ, тези лечебни заведения вероятно ще бъдат недофинансирани, за което те нямат никаква вина. За тези лечебни заведения може би няма да действа понятието „закон за средните стойности“, присъщи на системите за финансиране на основата на ДСГ.

223. Управляващите следва да проучат данни от тези лечебни заведения, за да оценят дали те биват системно наказвани при система на финансиране на основата на ДСГ. Тази информация ще помогне да се прецени дали е уместно коригиране.

Случаи извън системата

224. Тъй като системите за кейс-микс класификация са на основата на средните разходи за лечение, болниците и платците трябва да бъдат защитени от случаи, които са аномални по отношение на количеството ресурси, изисквани за лечение. Аномалните или нестандартните случаи се наричат „случаи извън системата“ и обикновено попадат в две категории: случаи извън

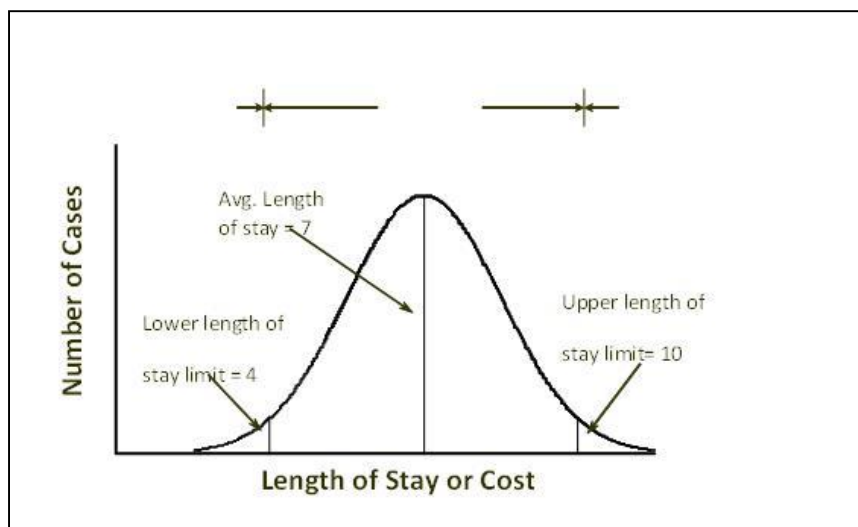
системата по продължителност на престоя (случаи с много кратък или много продължителен престой) и случаи с разходи извън системата (случаи с аномално високи разходи).

225. Повечето страни използват коригирането за случаи извън системата, за да се създаде различен механизъм за заплащане за случаи, които отговарят на критериите за случай извън системата. Определянето на най-добрата формула за идентифициране на случаи извън системата и на заплащане за тях е сложно и отново изисква анализ на данните и математическо моделиране, така че да може да се създаде подходяща формула за плащане за хоспитализации с много кратък или много продължителен престой, или за много скъпоструващи случаи.

226. При система на основата на ДСГ без коригиране за случаи извън системата болниците получават единна цена за ДСГ независимо от продължителността на престоя. Например ако средната продължителност на престоя за определена ДСГ е седем дни, а пациентът се изписва или прехвърля на втория ден, болницата ще получи пълното плащане за ДСГ (ако няма политика за случаите извън системата с краткосрочен болничен престой). Аналогично, ако пациентът е бил държан в болницата 20 дни, болницата ще получи пак същото заплащане за ДСГ (отново ако няма политика за случаите извън системата).

227. Такава система създава стимул за болниците да лекуват определени видове пациенти като пациенти с еднократен престой, ако смятат, че могат да имат полза от хоспитализиране на пациента за кратък период (напр. за 1-2 дни) и да получават пълното ДСГ плащане за среден престой. При този сценарий платецът ще плаща повече за случая; при случая с по-дългия престой болницата ще е изправена пред допълнителни разходи, които са разумни, но не са покрити. Тези два резултата са неподходящи и несправедливи. Обратно, при коригиране за случай извън системата на болниците ще бъде заплатено по-подходящо за предоставената медицинска помощ и те няма да бъдат наказвани за грижите си за пациенти, които изискват много по-продължителен болничен престой поради усложнения, съпътстващи заболявания или други фактори извън контрола на болницата.

228. За да се създаде механизъм на справедливо и равнопоставено финансиране, който стимулира болниците да предоставят правилния обем грижи при правилните условия, страните, в които се прилага система на финансиране на основата на ДСГ, обикновено прилагат политика за плащане за случаи извън системата. Общ подход в такъв случай е да се определят известни граници около средната продължителност на престоя за всяка ДСГ. Тези граници помагат да се определи кога един случай се възприема като „случай с краткосрочен болничен престой“ (изписан преди предварително дефинирана по-малка граница на продължителността на престоя) или „случай с продължителен престой“ (изписан след предварително дефинирана горна граница за продължителността на престоя). И двата са *случаи извън системата по продължителност на престоя*: те са извън нормалното разпределение при камбановидната крива от статистическа гледна точка (вж. фигурата по-долу). Разходите също могат да се използват за задаване на граници: случаи, изписвани преди достигането на равнището на предварително дефинирани по-ниски разходи, или след достигането на равнището на предварително дефинирани по-високи разходи.



На абсцисата: Продължителност на престоя или разходи

На ординатата: Брой случаи

Във фигурата:

Средна продължителност на престоя = 7

Долна граница на продължителността на престоя = 4

Горна граница на продължителността на престоя = 10

229. Както показва диаграмата по-горе, или разходите, или продължителността на престоя може да се използва за описване на случаи, които излизат извън нормата. През началните години на внедряване на система на основата на ДСГ страните обикновено използват по-скоро случаи извън системата с продължителност на престоя, отколкото разходите за случаи извън системата, докато се засили доверието в данните за разходите. Когато се усъвършенстват данните за разходите и те отразяват дейностите на болницата, разходите за случаи извън системата ще могат да бъдат моделирани и преценени за използване, вместо данните за продължителността на престоя.

230. За да се постигне нормалното разпределение, илюстрирано на диаграмата по-горе, следва да се използват математически формули за „подстригване“ (или премахване) на данни над или под определено стандартно отклонение от средните стойности. Тези случаи са или напълно отдалечени от зададените данни, или са върнати обратно в границите на площта под кривата. По този начин действителните случаи се конвертират в това, което се нарича „еквивалентни случаи.“ Например, 4 действителни случаи с краткосрочен болничен престой може да бъдат конвертирани в 2,6 еквивалентни случая от гледна точка на използването на ресурси, докато 4 случая с продължителен престой може да станат 12 еквивалентни случаи.

231. Решенията относно подходящите статистически параметри, които следва да се използват, както и как да се третират „подстриганите“ данни, изискват обсъждания на политиката и са критично важни стъпки, които създават базата за изчисляване на бъдещата базова цена. Това е защото броят действителни или еквивалентни случаи повлиява знаменателя в изчисляването на базовата цена и задава параметрите на ДСГ, които се преценяват като случаи с кратък и продължителен престой.

232. Анализът на данните ще помогне да се определи дали да се финансират тези случаи, които

са различни от случаи, които попадат в рамките на нормалното разпределение на камбановидната крива.⁷ Прилагането на коригиране за случай извън системата означава, че на болниците се заплаща по-малко от действителната базова цена за случаи, които не достигат по-ниската граница на камбановидната крива за средната продължителност на престоя и са заплатили повече за случаи, които надвишават по-високото граница.

⁷ За да се генерира камбановидна крива за всяка ДСГ, следва да се създаде графика на разпределението на средната продължителност на престоя с помощта на статистически методи за компенсиране на по-ниските и по-горните граници на ДСГ. Случаите, които излизат извън камбановидната крива, следва да бъдат разгледани. При по-малка продължителност на престоя случаите следва да се преразгледат, за да се види дали е трябвало да им се предложи едnodневен престой или лечение в извънболнична/амбулаторна среда. Закономерностите могат да се проучват по вид случай и по болница, за да се установят стимули, които системно водят до някои ДСГ и/или болници с много кратки продължителности на престоя, докато други имат много продължителни престои. За случаи, които системно надвишават горната граница, управляващите ще трябва да решат дали това се дължи на неефективни болнични практики, липса на стимули, конкуриращи се стимули (като напр. плащания под масата) или лошо качество на предоставяните грижи.

Приложение 4. Подробни стъпки за действия и съответстващите им разчети на разходите

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни			
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
Развитие на инфраструктура и институционален капацитет и дейности в подкрепа на бързото внедряване			110	192													
			500	000													
График на целодневно заседание с ключови официални и заинтересовани лица, за да се започне обсъждането на пилотното прилагане на ДСГ и да се вземат някои решения за политиката		x	500	2,000													
Получаване на решение на правителството да се започне пилотното прилагане на система за финансиране на основата на ДСГ и преразглеждане на КП	x	x															
Молба до Комисията по здравеопазване в Народното събрание или до Министерския съвет да се обнародва/подпише отново документът, в който се призовава за ДСГ – документът от 2010 г., който е бил използван като основа за получаване тогава на австралийския механизъм за групиране	x	x															
Определяне какви други закони, нормативна уредба или министерски заповеди са необходими за подкрепа на работата по внедряване на пилотното финансиране на основата на ДСГ (кодиране, определяне на разходите, събиране на данни и пр.)	x	x															
Дефиниране на институционалните роли и отговорности (т.е. кой за какво ще отговаря ... в смисъл на институции като МЗ, NCDC, Единния фонд, и функции като кодиране, определяне на разходите и пр.); къде ще бъде разположено звеното/отделът по въпросите на кейс-микса?	x	x															
Оценяване и идентифициране на необходимия персонал в Националния център по обществено здраве и анализи, ако това е групата, определена да работи по кейс-микса и свързаните с него въпроси; <i>представеният тук разчет е само за пилотното осъществяване.</i>	x	x	50 000	100 000													
Подбор на приблизително 40 болници, които да започнат пилотното осъществяване	x	x															

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни				
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	
Осигуряване на обучение по ДСГ за хората, които ще бъдат ангажирани в пилотното прилагане на ДСГ на равнище, заинтересовани лица и вземащите решения (кодиране, определяне на разходите, събиране на данни, групиране, анализ, решение по политиката и преглед/обсъждане на новите договорени бюджети и пр.)		x	25 000	35 000														
МЗ следва да издаде наредба, изискваща от ВСИЧКИ болници да събират и докладват електронно минималния набор основни клинични данни (диагнози, процедури и пр.), ако те вече не правят това и също да докладват разходите си / данните за разходите	x	x																
Преглед/преразглеждане на софтуерните модули за събирането на клинични данни за пациентите на централно и местно равнище (преразглеждане на определенията на болничните отделения, ако е необходимо, като интензивно отделение, реанимация и пр.)		x	10 000	20 000														
Преглед/преразглеждане на софтуерните модули за събирането на данни за разходите за пациентите на централно и местно равнище		x																
Домакинство на конференция за разгърнато пилотно осъществяване на ДСГ с всички заинтересовани лица и болниците за обсъждане на окончателното договориране и процеса на плащания по ДСГ	x	x	25 000	35 000														
Болнични процеси/Обучения			70 000	105 000														
Обучаване на болниците за кодиране и събиране на данни в условията на ДСГ (обучение на регионално равнище; ако е за отделна болница, разходите биха могли да бъдат по-високи)		x	10 000	15 000														
Обучаване на болниците за събиране и докладване на разходи/данни за разходите (обучение на регионално равнище; ако е за отделна болница, разходите биха могли да бъдат по-високи)		x	10 000	15 000														
Осигуряване на болниците със софтуер за събирането на данни или логика за интерфейс/износ, за да стане по-просто предаването на данни към централното местоположение		x	15 000	20 000														
Провеждане на посещения на болници на място, ако е необходимо, за да се гарантира тяхното разбиране на принципите за кодиране на ДСГ, събирането на данни и пр.		x	10 000	20 000														

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни					
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4		
Осигуряване на пълно ДСГ обучение за пилотни болници по кодиране, определяне на разходите, събиране на данни, групиране, анализ, решения по политиката и преглед/обсъждане на новите договорени бюджети и пр. – това може и да не е необходимо, ако се провеждат отделни обучения и/или ако се проведе гореспоменатата разгърната конференция		x	25 000	35 000															
Осигуряване на непрекъснатата текуща подкрепа за болниците		x																	
Кодиране/Класификационна система			35 000	60 000															
Подготовка на материали за обучение по МКБ-10 диагнози и кодиране на АКМП процедури		x	10 000	20 000															
Подготовка на материали за обучение на живо и електронно		x	15 000	20 000															
Осигуряване на „обучение на обучители“ по кодиране на централно равнище		x	10 000	20 000															
Събиране на клинични данни и анализ			42 500	110 000															
Усъвършенстване на софтуера за събиране на клинични данни на централно/местно равнище, ако е необходимо		x	7 500	10 000															
Събиране на клинични данни един път в месеца и техният преглед за изчерпателност и точност на кодирането		x	35 000	100 000															
Осигуряване на обратна връзка за кодирането към болниците (напр. на грешки, най-важната диагноза, процедури и пр.)																			
Управление и поддържане на клиничната база данни																			
Система на групиране, обработка на данните и анализ			29 500	52 000															
Определяне дали е необходима някаква друга дейност по лицензирането с разрешение за AN-DRG групера		x	2 000	2 000															
Поддържане на съществуващия софтуер за групиране		x																	
Разработване и поддържане на WEB интерфейс (страница) за групиране на индивидуални случаи и/или WEB услуги за партидно групиране, като разширяване на сегашния ДСГ групер интерфейс и осигуряване на достъп до пилотни болници			5 000	10 000															
Продължаване на групирането на болнични клинични данни (един път в месеца)		x																	

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни			
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
Анализиране на групирани данни		x	5 000	10 000													
Модернизация на централната част от софтуера с функционалността за анализ на хомогенността/разпределението на случаи, групирани за една и съща ДСГ и оценка на необходимостта от дефиниране на нови групи		x	7 500	15 000													
Създаване на доклади за управлението, които могат да бъдат предоставени на болниците с групирането на резултати / доклади за обратна връзка към болниците (напр. първите 10 ДСГ, средна продължителност на престоя по ДСГ и пр.) и модернизация на централния софтуер за изготвяне на тези доклади		x	10 000	15 000													
Определяне на разходите за разработване на относителните тегла			45 000	80 000													
Определяне дали е необходимо да се направи преглед на процеса на събирането на данни за съществуващите разходи и дали е необходимо да се усъвършенства		x															
Идентифициране на експертите по определяне на разходите в МЗ или в други институции		x															
Преработване/разработване/поддържане на стандарти за определяне на разходите		x	10 000	10 000													
Модернизация и поддържане на функционалности в централния софтуер за подкрепа на гореспоменатите функционалности и предоставяне на второ равнище на подкрепа за услугите за събиране и обработване на данни (включително софтуер за определяне на разходите в болниците)		x	35 000	70 000													
Събиране и анализиране на данни за разходите (един път в месеца); работа с болниците за внасяне на корекции		x															
Използване в продължение на 6 месеца на разходите и клиничните данни за генериране на първия набор тегла		x															
Сравняване на тези изчислени тегла с по-рано изчислени тегла		x															
Заимстване на относителните тегла от няколко страни, които се предполага, че са със сходни характеристики/болнични структури, така че тези тегла да могат да бъдат сравнени с изчислени тегла, специфични за конкретната страна		x															
Изчисляване и анализиране на показатели на кейс-микса (с помощта на различни множества тежести)		x															

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни			
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
Коригиране/усъвършенстване на тегла с помощта на обективни методи/данни/критерии, ако е необходимо		x															
Разработване на система на договориране – мигриране към договориране, основано на ДСГ			30 000	70 000													
Определяне какви услуги се включват/изключват при ДСГ (напр. реанимация, импланти, наркотици и пр.)																	
Обсъждане на проблеми, свързани с оказването на медицинска помощ при различни условия	x	x															
Усъвършенстване на КП, за да отразяват по-добре пътеките за медицински грижи и като инструменти за преглед на качеството и за задаване на някои параметри около договорирането	x	x															
Подбор на политики на заплащане, които са от интерес за изучаване и анализирани		x															
Започване на математически моделирания и моделиране на политика с клинични данни и данни за разходите		x															
Преглед на вариантите за базовата/референтната цена и какво ще включва или няма да включва тя (напр. разходи за лекари, капитал и пр.); специфични за конкретна болница vs. национални и пр.		x															
Получаване на данни (числител и знаменател) за изчисляване на базова цена		x															
Моделиране на различни варианти за смесване на базовите цени за постигане на целите		x	15 000	45 000													
Определяне дали ще се използват случаи извън системата; подготовка на формули и моделиране		x															
Определяне дали са необходимо корекции за справедливи и подходящи бюджети за болниците		x															
Разработване на договорени бюджети и сравняване на бюджети на основата на КП с бюджети на основата на ДСГ	x	x															
Моделиране на вариантите на прехода от сегашната система на финансиране към пилотната система на финансиране на основата на ДСГ	x	x															
Усъвършенстване на математическите моделирания и на модела на договориране	x	x															
Усъвършенстване на процеса на националното рамково договориране / правила за разрешаване на пилотните болници да бъдат договорени на основата на ДСГ	x	x															

Конкретни задачи/Дейности	Конкретна	TW G	Разчети на разходите (щ. дол.)		Месец 1	Месец 2	Месец 3	Месец 4	Месец 5	Месец 6	Месец 7	Месец 8	Месец 9	Година 1: Пилотни			
			Ниски	Високи										Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
Уеднаквяване на стимули в различни лечебни заведения (от гледна точка на оказване на помощ и плащане)		x															
Модернизация на централната част на софтуера с функционалността за изчисляване на бюджетите на болниците с вариантите за математическо моделиране на основата на различни избори за смесване на базовите цени, случаи извън системата, корекции и пр., включително изчисляване на корекции към плащания в рамките на коридорите на риска по време на теста на системата в пилотните болници		x	15 000	25 000													
Одитиране и наблюдение			10 000	30 000													
Увеличение на капацитета на органа за одитиране/мониторинг в НЗОК; ако е необходимо ново звено, тогава ще има нужда от повече средства	x	x															
Разработване на рамка за мониторинга, ако е необходимо, както и усъвършенстване на сегашните правила за одитиране и нормативна уредба, ако е необходимо	x	x															
Разработване на капацитет и осигуряване на обучение по начините на одит/мониторинг за ДСГ	x	x															
Одит на клинични данни и данни за разходите, събрани с помощта на някои филтри/критерии и пр.	x	x															
Идентифициране на видовете санкции/неплащане за некачествени vs. подправени данни	x	x															
Продължаване на мониторинга на клинични данни и данни за разходите		x															
Определяне на равнището на обратната връзка/докладите, което ще бъде осигурявано на болниците, колко често ще бъдат подложени на одит и как (на случаен принцип, целенасочено и пр.)	x	x															
Модернизация на централната система във времето с функционалността за подкрепа на гореспоменатите дейности одит и мониторинг, и тяхното автоматизиране (напр. създаване на редакции, филтри, логика на редактиране)		x	10 000	30 000													
Общ бюджетен разчет			372 500	699 000													

Забележка: Конкретна институция означава МЗ, Парламентът или Екипът по изпълнението на стратегията на заинтересовани лица