

УДК 614.2

**РАЗРАБОТКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ:
МЕЖДУНАРОДНАЯ И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПРАКТИКА****Мартыничик С.А., Бастрон А.С., Унижаева А.Ю.***ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Москва, e-mail: 4bastron@gmail.com*

Статья посвящена анализу международной и отечественной практике формирования клинико-статистических групп заболеваний. Рассматриваются базовая и вариации национальных моделей клинико-статистических групп, используемых в качестве инструментов оплаты стационарной медицинской помощи, механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов в здравоохранении. Показано, что оплата по системе клинико-статистических групп формируется на основе таких факторов, как: основной диагноз, набор медицинских услуг, сложность случая. Продемонстрировано, что клинико-статистическая группа описывает случай заболевания и суммирует все требуемые для лечения ресурсы, начиная с поступления больного и кончая его выпиской. Показано, что клинико-статистические группы составляют основу для программного бюджетирования, планирования и бухгалтерского учета в условиях стационара. Представлены основные компоненты (этапы) разработки национальных клинико-статистических групп, включающие систему классификации больных, ценообразование и фактические выплаты. Показано, что целью разработки системы клинико-статистических групп заболеваний в России является повышение прозрачности, формирование противозатратных стимулов и предсказуемость расходов в здравоохранении.

Ключевые слова: стационарная медицинская помощь, законченный случай лечения больного, клинико-статистические группы, стоимостные характеристики клинико-статистических групп, финансовые нормативы, ценообразование, программное бюджетирование

**DEVELOPMENT OF CLINICAL-STATISTICAL GROUPS OF DISEASES:
INTERNATIONAL AND NATIONAL PRACTICE****Martynchik S.A., Bastron A.S., Unizhaeva A.J.***First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov, Moscow, e-mail: 4bastron@gmail.com*

This article analyzes the international and domestic practice of formation of clinical and statistical groups of diseases. And variations are considered basic national models of clinical and statistical groups used as instruments of payment inpatient care, planning mechanisms and allocation of financial resources in health care. It is shown that the payment system for clinical and statistical groups formed on the basis of factors such as: primary diagnosis, a set of medical services, the complexity of the case. Demonstrated that the clinical and statistical group describes cases and summarizes all the required resources for treatment, since the patient's admission and ending his discharge. It is shown that the clinical and statistical groups form the basis for program budgeting, planning and accounting in the hospital. The main components (steps) the development of national clinical and statistical groups, including a system of classification of patients, pricing and disbursements. It is shown that in order to develop a system of clinical and statistical groups of diseases in Russia is to increase transparency, cost-conscious shaping incentives and predictability of costs in health care.

Keywords: inpatient care, finished case treatment of the patient, clinical and statistical groups, cost characteristics of clinical and statistical groups, financial ratios, pricing, program budgeting

Актуальность исследования обусловлена новыми вызовами, связанными с реформированием отечественной системы здравоохранения и переходом на программное бюджетирование, с ориентацией на результат, в рамках системы медицинского страхования. Отечественное здравоохранение, долгое время существовало в условиях жесткой модели с тотальным нормированием всех видов ресурсов, с большим трудом переходит к использованию новых механизмов, заложенных в систему страхования [8]. Перемены затрагивают всю систему здравоохранения, больницы и частные учреждения здравоохранения, страховые медицинские организации. В этой связи особенно остро стоит вопрос о поиске новых эффективных организационно-экономических технологий, направленных на совершенствование финансирования и оплаты деятельности стационара.

С 2012 года в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС) в отечественном здравоохранении начали использовать национальную модель клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) для оплаты стационарной медицинской помощи, находящуюся в настоящее время на этапе апробации [7]. В тоже время, для внедрения экономических методов управления деятельностью субъектов экономических отношений в системе добровольного медицинского страхования (ДМС), регламентации видов и объемов медицинской помощи, планирования расходов ориентированных на результат нормативная база практически отсутствует.

Ведущими российскими специалистами признается необходимость совершенствование нормативной базы стандартизации затрат для каждого вида стационарной по-

мощи, с дальнейшим использованием контрольного механизма рационального расходования ресурсов: со снижением расходов на финансирование медицинских программ, разработки контрольного механизма рационального использования расходуемых ресурсов в интересах застрахованных пациентов и минимизации финансовых рисков субъектов медицинского страхования [4,5].

В связи с вышеизложенным, представляет интерес изучение международного опыта использования КСГ заболеваний в качестве инструмента оплаты и финансирования стационарной медицинской помощи.

Целью исследования явилось проведение анализа зарубежных и отечественных источников литературы, посвященных практике формирования КСГ заболеваний, используемых для оплаты стационарной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Система КСГ, в международной практике (ДРГ, диагностически родственные группы) была создана более 40 лет назад в США для обеспечения качества стационарной медицинской помощи. В США и Германии – это DRG (Diagnosis Related Group), в Канаде CMG (Case Mix Group), в Великобритании HRGs (Health Care Resource Groups). Позднее КСГ стала использоваться как система мониторинга для сравнения производительности подразделений больниц и для оплаты больничной помощи [9,10].

Модель КСГ, используемая в качестве инструмента оплаты больничной помощи, основана на классификации случаев лечения и учитывает диагноз, технологии диагностики и лечения, стоимость и другие факторы, влияющие на затраты. Основная цель введения КСГ является установление наилучших (правильных) противозатратных стимулов, предсказуемости расходов [11,12].

Общие требования к введению современных систем платежей за медицинскую помощь, ориентированных на результат (по законченному случаю): проспективная (предварительная) оплата, разделение рисков между плательщиком и производителем медицинских услуг, нормирование и бюджетное планирование, клинико-экономическое пакетирование и укрупнение единиц оплаты [6].

Для целей программного бюджетирования и тарифного регулирования деятельности больниц по плановому заданию целесообразно установление стоимости КСГ пациентов, связанных по признаку родственности диагноза, состояния, стоимости и технологии лечения [1,3].

КСГ могут выполнять функции финансовых нормативов, отражающих стандартизованные издержки и принуждающих больницу работать в режиме жестких требований к оптимизации расходов. Кроме того, плательщику медицинской помощи легче заказать оплату согласованных объемов помощи по предварительно установленным технологическим и расходным нормативам и по полным тарифам (полной себестоимости). При этом система оплаты больничной помощи по КСГ устанавливает ограничения только на цену, а объемы и набор медицинских услуг выбирает сама больница.

КСГ – это механизм делегирования от вышестоящего органа на уровень учреждения полномочий и ответственности по определению состава медицинской помощи конкретному больному при конкретном заболевании. Система КСГ как инструмент расчетов регламентирует экономические отношения между покупателями и производителями стационарной медицинской помощи.

Оплата на основе КСГ является основным видом оплаты стационарной помощи в Европе и странах ОЭСР, однако существуют различия между применяемыми в разных странах системами: формирование бюджета стационара на основе КСГ или только оплата за законченный случай лечения [2].

Для устранения потенциальных нежелательных последствий европейские страны внедряли системы КСГ исходя из поэтапного подхода, регулярного уточнения классификации больных и ставок оплаты.

С 2013 г. в рамках базовой программы ОМС в отечественном здравоохранении разрабатывается и апробируется национальная модель КСГ.

Поэтапный перевод сети стационаров на возмещение затрат на пролеченного больного по тарифам КСГ включает [7]:

- проведение пилотного эксперимента по отработке системы расчетов за больничную помощь по конечному результату с использованием методик группировки и тарификации случаев оказания помощи по клинико-профильным и клинико-статистическим группам;
- совершенствование методов учета, анализа и прогноза затрат по клинически однородным и затратно равноценным группам лечения случаев заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

КСГ организуются в систему по группам случаев заболевания, которая:

- объединяет все стационарные случаи заболеваний, основанные на диагнозах и необходимых медицинских технологиях;
- связывает оценку требуемых больных ресурсов и типа лечения;
- предписывает более высокую оплату за сложные случаи заболевания и потребления дополнительных ресурсов;
- использует дополнительные регуляторы по типам стационаров и дополнительной оплате части дорогостоящих услуг.

КСГ составляют основу для финансирования, бюджетного планирования и бухгалтерского учета на уровне стационара.

Каждая из КСГ содержит фиксированную стоимость случая лечения со ссылкой на «типичную» стоимость с учетом коэффициента тяжести конкретного случая и качества оказания стационарной медицинской помощи.

Кроме того, можно провести анализ оказанных медицинских услуг, определить расходы, доходы и среднюю продолжительность пребывания в больнице для конкретного случая заболевания.

При условии правильного применения модели КСГ способствуют повышению прозрачности и эффективности, качества оказываемой медицинской помощи.

КСГ является достаточно гибким инструментом, пересмотр параметров которого по группировке заболеваний и медицинских технологий осуществляется регулярно с частотой от одного года до пяти лет.

По данным международной и отечественной практики эмпирических исследований проанализированы основные компоненты (этапы) разработки национальных КСГ [7].

Первый этап – система классификации больных (Международная классификация болезней Десятого пересмотра, группировки и кодирования диагнозов, определение наборов медицинских технологий и услуг, количество и структура групп).

Второй этап – ценообразование; данные о затратах за законченный случай лечения, детализация единиц учета и их агрегирование на основе КСГ, оценка фактических средних затрат, полной себестоимости и коррекции стоимости лечения пациентов, сгруппированных в конкретные КСГ заболеваний с учетом специфики и состава случаев.

Третий этап – фактические выплаты (пределы объема помощи, адекватность оказания медицинской помощи, предельный объем бюджетов, переговоры и согласование между производителем и плательщиком).

Многие страны используют удельный вес затрат на основе КСГ в процессе заимствования прототипа модели КСГ.

В России в 2012 г. также проведен анализ относительных коэффициентов различных моделей КСГ и проведена их корректировка на материале трех пилотных регионов России. Таким путем удается эмпирически учесть стоимостные характеристики ресурсов при оказании медицинской помощи на уровне учреждения и регионов по программам бюджетирования, ориентированной на результат – эффективно пролеченного больного.

Требуется доработка программы в части перевода на фиксированные тарифы, расчета поправочных коэффициентов с учетом типа стационаров, контроля качества (адекватности) оказания медицинской помощи, определения предельного объема бюджета учреждений.

Заключение

При использовании КСГ годовой доход стационара заранее согласовывается не только по числу пациентов и сумме, но и по структуре заболеваний и медицинских технологий.

Данный процесс делает больницу активным участником процесса согласования плановых заданий и включает механизмы

внутрибольничного контроля соблюдения финансовых нормативов и ресурсосбережения.

Система КСГ включает организационно-экономический механизм, обладающий нормативной гибкостью, что позволяет сохранить клинико-экономический баланс на уровне больницы, обеспечивая адекватную медицинскую помощь без потери ее качества.

Использование КСГ в системе ОМС и ДМС для внедрения экономических методов управления деятельностью субъектов экономических отношений, регламентации видов и объемов медицинской помощи, планирования расходов ориентированных на результат, позволяет начать процесс создания организационно-экономического механизма рационального использования расходуемых ресурсов в интересах застрахованных пациентов и минимизации финансовых рисков субъектов медицинского страхования.

Важно понимание того, что применяемые КСГ – это меры по переводу экономических отношений в новое экономическое русло, имеющее сугубо эмпирический характер в условиях реформирования отечественного здравоохранения.

Список литературы

1. Духанина И.В., Александрова О.Ю., Духанина М.В. Административный учет в деятельности лечебно-профилактического учреждения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 4. – С. 42-44.
2. Мартыничик С.А., Глухова Е.А. Разработка технологических и расходных нормативов стационарной помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 1. – С. 11-14.
3. Мартыничик С.А. Совершенствование оплаты медицинской помощи в сфере ОМС на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. – 2013. – № 8. – С. 16-22.
4. Мартыничик С.А., Соколова О.В., Филатенкова С.В. Принципы и условия перехода учреждений здравоохранения на программно-целевое бюджетирование // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 36. – № 2. – С. 10.
5. Осипов Д.В., Гриценко И.Ю., Югай М.Т. Принцип клинико-статистических групп как основа экономики здравоохранения Германии // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 7. – С.50–55.
6. Перхов В.И. Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. – С. 49-56.
7. Пирогов М.В. Международная и отечественная практика клинико-статистических групп заболеваний // Здравоохранение. – 2014. – №4. – С.20-31.
8. Солодкий В.А., Сон И.М., Перхов В.И., Стебунова Р.В. Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в российской Федерации и за рубежом // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 8. – С. 6-12.
9. Buhr B., P., Klinke, S., Müller, R., Rosenbrock, R. Accompanying research for DRG introduction: Effect of structure reform. Deutsches Arzteblatt. Volume 105, Issue 14, 4 April 2008, P. A732–A735.
10. Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. Health Care Management Science. Volume 9, Issue 3, August 2006, P. 215–223.
11. Suthummanon, S., Omachonu, V.K. DRG-based cost minimization models: Applications in a hospital environment. Health Care Management Science. Volume Issue 3, August 2004, P. 197–205.
12. Vitikainen Kirsi, Streeta Andrew, Linnab Miika Estimation of hospital efficiency—Do different definitions and casemix measures for hospital output affect the results? Health Policy Volume 89, Issue 2, February 2009, P.149–159.