

РАЗРАБОТКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ: МЕЖДУНАРОДНАЯ И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

Мартынчик С.А. Бастрон А.С. Унижаева А.Ю.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России»

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

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 помощи, с дальнейшим использованием контрольного механизма рационального расходования ресурсов: со снижением расходов на финансирование медицинских программ, разработки контрольного механизма рационального использования расходующихся 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 страх 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 оплаты 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.

Библиографическая ссылка

Мартынчик С.А., Бастрон А.С., Унижаева А.Ю. РАЗРАБОТКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ: МЕЖДУНАРОДНАЯ И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПРАКТИКА // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 5-3. – С. 429-431;
URL: <http://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=6803> (дата обращения: 13.05.2016).