

М.В. Авксентьева^{1, 2}¹ Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Российская Федерация² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Перспективы использования клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи в педиатрии и неонатологии

Контактная информация:

Авксентьева Мария Владимировна, доктор медицинских наук, заместитель директора Центра оценки технологий в здравоохранении Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, профессор кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 119571, Москва, проспект Вернадского, д. 82, стр. 1, тел.: +7 (499) 956-95-29, e-mail: avksent@yahoo.com

Статья поступила: 24.07.2014 г., принята к печати: 26.08.2014 г.

С 2012 г. в Российской Федерации осуществляется внедрение клинико-статистических групп (КСГ). Цель этой работы — унифицировать методы оплаты медицинской (стационарной и стационарозамещающей) помощи. В настоящее время действует вторая версия модели КСГ, утвержденная приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.11.2013 г. № 229. В действующей модели КСГ (приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.11.2013 г. № 229) случаи лечения детей в основном оплачиваются по тем же правилам, что и у взрослых. Исключением являются отдельные КСГ для неонатологии, лечения сахарного диабета и острого лейкоза у детей. Разработанная на федеральном уровне модель КСГ предназначена для использования на всей территории Российской Федерации, однако не является окончательной и будет дорабатываться, в т. ч. путем увеличения числа педиатрических групп. Каждой КСГ соответствует свой коэффициент относительной затратоемкости, на основе которого рассчитывается тариф на случай госпитализации, входящий в данную группу. В субъектах Федерации могут применяться поправки к коэффициенту относительной затратоемкости КСГ в целях адаптации модели к региональным условиям, а также выделяться подгруппы из действующих КСГ по установленным правилам.

Ключевые слова: методы оплаты медицинской помощи, клинико-статистические группы, коэффициент относительной затратоемкости, неонатология, педиатрия.

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (4): 54–62)

Клинико-статистические группы (КСГ) — это одно из названий классификации стационарных случаев в клинически однородные и сходные по средней ресурсоемкости группы. Каждая КСГ включает в себя случаи со сходными клиническими характеристиками и схо-

жей ресурсоемкостью, т. е. средней стоимостью, структурой затрат и набором используемых клинических ресурсов [1]. Подобные классификации обозначают также другими терминами: например, диагностически связанные, или родственные, группы (от англ.

M.V. Avxentyeva^{1, 2}¹ Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation² I.M. Sechenov First Moscow Medical University, Russian Federation

Diagnostic-Related Groups in Pediatrics and Neonatology: Perspectives

Diagnostic-related groups (DRG) are being implemented in Russian Federation since 2012 for hospital and day hospital payment. Unification of provider-payment methods and increase of health care efficiency are considered as the main goal of DRG. Presently the 2d version of Russian DRG model is approved by the Federal Fund of mandatory medical insurance, order from 14.11.2013 № 229. Treatment of children is mostly paid for by the same rules as adults' treatment just now. There are several separate neonatal groups, as well as separate groups for diabetes and acute leukemia in children. The federal DRG model should be used in all regions of Russia, still it's not final now and has to be improved. For example, number of pediatric groups will be increased. Each DRG has its own weight coefficient for calculating the tariff. The regions in RF can use correction coefficients to adjust the model. Besides regions can extract subgroups from basic DRG on the basis of standard methodology.

Key words: medical care provider payment methods, diagnostic related groups, weight coefficient, neonatology, pediatrics.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (4): 54–62)

diagnostic-related groups, DRG); клинико-затратные группы¹.

Первая модель классификации случаев госпитализации в сходные по ресурсоемкости группы была разработана в Йельском университете (США) и внедрена в системе «Медикейд», где используется до сих пор, систематически обновляясь. В настоящее время КСГ применяют для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях во многих странах мира, что объясняется их большим управленческим потенциалом, в частности возможностью стимулировать медицинские организации к повышению эффективности расходования ресурсов.

Вопрос о возможности применения классификаций случаев лечения по ресурсоемкости для оплаты медицинской помощи периодически поднимался в Российской Федерации (РФ) со времени начала внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В ряде субъектов РФ были разработаны собственные модели таких классификаций. Однако решение о разработке единой модели для всей страны было принято только в 2012 г. В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг. при реализации территориальной программы ОМС в 2013 г. были указаны такие способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях, как законченный случай лечения заболевания или законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу, в т.ч. в КСГ [2].

Министерством здравоохранения РФ (МЗ РФ) совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) были разработаны рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в т.ч. КСГ [3].

Программой государственных гарантий на 2014 г. и плановый период 2015 и 2016 гг. при реализации территориальной программы ОМС предусмотрен уже только один способ оплаты медицинской помощи как в стационарных условиях, так и в условиях дневного пребывания, а именно за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в т.ч. КСГ [4]. В целях реализации единообразного подхода к формированию тарифов на законченные случаи госпитализации МЗ РФ совместно с ФОМС была подготовлена обновленная версия рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в т.ч. КСГ [5].

Разработка и внедрение единой модели КСГ в РФ реализуют с 2012 г. и осуществляют в несколько этапов.

- Первый этап (2012) — разработка модели КСГ и плана внедрения новой системы оплаты в трех пилотных регионах (Кировская, Липецкая и Томская обл.).
- Второй этап (2013) — внедрение новой системы оплаты в восьми пилотных регионах (по одному

в каждом федеральном округе), мониторинг и анализ результатов.

- Третий этап (2014–2015) — совершенствование модели КСГ и ее распространение на другие субъекты РФ.

Необходимость внедрения КСГ в РФ определена следующими предпосылками:

- разнообразием методов оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи в разных субъектах РФ, приводящим к большим разбросам в оплате медицинской помощи при одном и том же заболевании;
- недостаточной эффективностью деятельности системы здравоохранения, проявляющейся в том, что, несмотря на проводимые в стране реформы в здравоохранении, частота госпитализаций и средняя длительность пребывания больных в стационаре остаются высокими без существенного улучшения результатов лечения.

Обоснованное сокращение и реструктуризация коечного фонда (в частности, выделение коек интенсивного лечения и долечивания), широкое использование стационарозамещающих технологий уже давно были заявлены как необходимые мероприятия по повышению эффективности работы системы здравоохранения, однако их реализация осуществляется крайне медленно.

Цели внедрения КСГ в РФ:

- унификация методов оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории РФ;
- повышение справедливости системы финансирования стационаров, заключающейся в более высокой оплате за больший объем оказанных услуг и более сложные и тяжелые случаи;
- повышение эффективности оказания стационарной помощи за счет минимизации стимулов к неоправданному удлинению сроков лечения, сохранению неэффективно функционирующего коечного фонда и создания стимулов к улучшению маршрутизации пациентов, использованию современных технологий диагностики и лечения, совершенствованию спектра оказанных услуг и оптимизации профиля коек.

Принципы разработки КСГ в РФ были сформированы на основании результатов анализа опыта зарубежных стран с учетом имеющихся ограничений, обусловленных особенностями здравоохранения и ОМС в стране. Основными принципами формирования любой модели КСГ являются:

- использование объективных единообразно трактуемых классификационных критериев;
- применение единых классификаторов для классификационных критериев, прежде всего диагнозов и оперативных вмешательств, являющихся классификационными критериями во всех существующих моделях;
- обязательность однородности случаев внутри КСГ по затратно-емкости, что обеспечивает возможность финансирования всех входящих в каждую КСГ случаев по усредненному нормативу.

¹ Общим англоязычным термином, объединяющим подобные классификации, является case-mix — в буквальном переводе «смесь случаев».

Учитывая имеющиеся в РФ ограничения, такие как исходно большое разнообразие подходов к оплате медицинской помощи в субъектах Федерации, для приемлемости модели для всех субъектов РФ был выбран принцип «от простого к сложному». Иными словами, первая модель была достаточно простой, чтобы ее внедрение могло быть реализовано в субъектах с любым исходным уровнем развития системы ОМС. Под простотой понималось ограниченное число классификационных критериев и относительно небольшое число групп в первой версии модели.

Кроме того, простота модели позволяла поддерживать баланс между справедливостью оплаты и риском неоправданного завышения расходов путем необоснованного перемещения случаев в КСГ с более высокой оплатой.

РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

Первая российская модель КСГ была разработана на основе учета зарубежного опыта и реальных показателей деятельности стационаров различных уровней, районных, городских, областных, в пилотных регионах. Все возможные случаи госпитализации по диагнозам были разделены на основные диагностические категории в соответствии с классами МКБ-10. Аналогично были разнесены по органам и системам все возможные оперативные вмешательства, включенные в Номенклатуру медицинских услуг (далее — Номенклатура), утвержден-

ную Приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1664н. Далее были проанализированы средняя длительность стационарного лечения по каждому диагнозу/оперативному вмешательству и затраты на койко-день по профилям оказания медицинской помощи. Группы были разукрупнены таким образом, чтобы в каждую из них входили случаи, распределение которых по средней длительности лечения было достаточно однородным, т.е. максимально стремилось к нормальному. Дополнительно был проведен опрос экспертов из пяти субъектов РФ об обоснованности разнесения оперативных вмешательств по уровням сложности, усредненные результаты которого были положены в основу деления операций, выполняемых на одной системе органов, по уровням затрат.

В итоге разработанная модель включала 187 КСГ, сформированных на основе двух базовых критериев группировки: основного диагноза (т.н. терапевтические КСГ, $n = 98$) и основной хирургической операции, выполненной в период госпитализации (хирургические КСГ, $n = 89$). С целью обеспечения возможности определять отнесение случая к КСГ на основе хирургического вмешательства с середины 2012 г. было инициировано внедрение обязательного кодирования хирургических операций по Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1664н. Хирургические операции классифицируют по органно-системному принципу и дополнительно — по уровням затрат.

Таблица 1. Примеры терапевтических и хирургических клиничко-статистических групп в первой модели КСГ

№	Название КСГ	КОЗ
Терапевтические		
18	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1,06
19	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,97
25	Анемии	1,07
29	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	0,92
64	Малая масса тела при рождении, недоношенность	2,82
65	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	8,15
71	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,83
Хирургические		
79	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)	0,68
80	Операции на органе зрения (уровень затрат 2)	0,70
81	Операции на органе зрения (уровень затрат 3)	0,72
82	Операции на органе зрения (уровень затрат 4)	0,77
83	Операции на органе зрения (уровень затрат 5)	1,06
142	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 3)	1,20
143	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 4)	1,41
144	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 5)	1,47
143	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 4)	1,41
144	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 5)	1,47
167	Аппендэктомия	0,80

Примечание. КСГ — клиничко-статистические группы, КОЗ — коэффициент относительной затратноности.

Таблица 2. Расшифровка содержания терапевтической клинко-статистической группы 64 «Малая масса тела при рождении, недоношенность»

Код по МКБ-10	Наименование заболевания
P05.0	«Маловесный» для гестационного возраста плод
P05.1	Малый размер плода для гестационного возраста
P05.2	Недостаточность питания плода без упоминания о «маловесном» или маленьком для гестационного возраста
P05.9	Замедленный рост плода неуточненный
P07.1	Другие случаи малой массы тела при рождении
P07.3	Другие случаи недоношенности

Для каждой терапевтической КСГ сформирован перечень заболеваний по кодам МКБ-10, лечение которых относится к данной группе; для каждой хирургической КСГ — перечень хирургических операций по кодам Номенклатуры. Примеры терапевтических и хирургических КСГ приведены в табл. 1, примеры расшифровки содержания терапевтической и хирургической КСГ — в табл. 2 и 3.

Для всех КСГ на основе анализа данных реальных расходов на стационарное лечение в пилотных регионах рассчитан коэффициент относительной затратоемкости (КОЗ) случая госпитализации, входящего в данную группу (см. табл. 1). Тариф в денежном выражении на случай, входящий в каждую КСГ, определяется путем умножения КОЗ на базовую ставку финансирования стационарной медицинской помощи (среднюю стоимость одного случая госпитализации), которая устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ.

Соответственно, первая модель КСГ предполагала следующий алгоритм группировки. Для каждого случая госпитализации определяют основной диагноз пациента и наличие или отсутствие оперативного вмешательства. Если операций не выполнялось, отнесение к КСГ производят по основному диагнозу; если выполнялась операция, отнесение к КСГ осуществляют по виду операции. Оперативные вмешательства должны быть закодированы в соответствии с Номенклатурой; если в период одной госпитализации проводилось несколько операций, отнесение к КСГ производится по наиболее затратоемкой из них. В отдельных случаях можно отнести случай к терапевтической КСГ, даже если выполнялась операция: это дает возможность получить адекватную оплату за оказание медицинской помощи, если ее объем определяется скорее диагнозом, чем небольшим оперативным вмешательством (рис. 1). Например, при травме может выполняться хирургическая обработка раны, которая не является основной составляющей в расчете затрат.

В качестве механизма коррекции потенциальных рисков пилотным регионам было предложено использовать дополнительные поправочные коэффициенты для оплаты стационарной помощи: коэффициент уровня стационара (КУС), коэффициент сложности курации пациента (КСКП), управленческий коэффициент (УК) — в зависимости от имеющихся целей и задач развития здравоохранения.

Внедрение первой модели КСГ было осуществлено в трех пилотных регионах, ранее использовавших разные методы оплаты стационарного лечения: за койко-

Таблица 3. Расшифровка содержания хирургической клинко-статистической группы 75 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 2)»

Код услуги	Наименование услуги
A16.08.001	Тонзиллэктомия
A16.08.002	Аденоидэктомия
A16.08.003	Постановка временной трахеостомы
A16.08.004	Постановка постоянной трахеостомы
A16.08.005	Ларинготомия
A16.08.007	Удаление инородного тела глотки или гортани
A16.08.009	Удаление полипов носовых ходов
A16.08.012	Вскрытие паратонзиллярного абсцесса
A16.08.013	Подслизистая коррекция носовой перегородки
A16.08.014	Репозиция костей носа
A16.08.015	Гальванокаустика нижних носовых раковин
A16.08.020	Закрытие трахеостомы
A16.08.021	Трахеотомия
A16.08.022	Коникотомия
A16.25.011	Мириглотомия
A16.25.016	Ревизия барабанной полости
A16.25.017	Рассечение рубцов в барабанной полости
A16.25.020	Шунтирование и дренирование барабанной полости
A16.25.021	Устранение дефекта ушной раковины
A16.25.027	Тимпанотомия
A16.25.027.001	Тимпанотомия с рассечением рубцов барабанной полости
A16.25.027.002	Тимпанотомия с удалением тимпаносклеротических бляшек

день в Липецкой обл., за случай в профильном отделении в Томской обл., за медико-экономический стандарт (МЭС) и законченный случай по нозологической форме в Кировской обл.

В ходе мониторинга внедрения во всех пилотных регионах отмечена тенденция к небольшому снижению средней длительности пребывания больных в стационаре, наиболее выраженная в Липецкой обл., ранее использующей метод оплаты за койко-день. Также во всех трех регионах процесс перехода на систему КСГ сопровождал-

Рис. 1. Алгоритм группировки

Примечание. КСГ — клинико-статистическая группа.

ся некоторым ростом среднего КОЗ в стационарах областного уровня, что свидетельствует о тенденции к улучшению маршрутизации пациентов. Увеличилась корреляция между средним КОЗ (отражающим сложность и тяжесть случаев) и средней стоимостью случая. Наметилась тенденция к выравниванию тарифов за лечение одинаковых случаев. Во всех регионах существенно улучшилась ситуация с качеством кодирования медицинской информации, повысился аналитический потенциал специалистов ТФОМС и главных врачей медицинских организаций. Ни в одном из регионов не наблюдалось финансовой разбалансированности системы. Ожидаемых негативных эффектов, таких как рост числа госпитализаций и резкое сокращение средней продолжительности пребывания в стационаре, не проявилось.

По результатам пилотного проекта была разработана и предложена к внедрению в 2014 г. вторая версия модели КСГ. Число групп увеличилось до 201. Помимо хирургических и терапевтических появились комбинированные группы, где отнесение случая госпитализации к КСГ производится одновременно по нескольким критериям: диагнозу и конкретной медицинской услуге; двум-трем диагнозам одновременно; диагнозу и возрасту или полу пациента (рис. 2). Были актуализированы КОЗ для отдельных групп, а также проведена работа по интеграции в КСГ методов лечения, относящихся к высокотехнологичной

Рис. 2. Комбинированная группа: острые лейкозы у детей и взрослых

медицинской помощи (ВМП), оплата которых в 2014 г. должна осуществляться за счет средств ОМС [5].

Важно понимать, что КСГ не регламентируют применение конкретных технологий диагностики и лечения больных, а представляют собой механизм распределения имеющихся средств на основе сложившегося соотношения расходов на разные заболевания. Даже в тех ситуациях, когда отнесение к КСГ производится по критерию применения технологии (оперативному вмешательству, лекарственному лечению), остальной объем помощи остается на усмотрение медицинской организации и регулируется такими документами, как стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, протоколы лечения и пр.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ В ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

Детские группы в первой версии модели КСГ не были выделены отдельно, соответственно, случай госпитализации ребенка должен был оплачиваться по тому же тарифу, что и у взрослого, если в субъекте не применялись поправочные коэффициенты. Исключение составляли неонатологические группы, в которых можно было использовать коды МКБ-10 (класс XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», коды P00–P96) в качестве классификационных критериев. Неонатологическая помощь в первой модели КСГ была представлена следующими группами.

- КСГ 64. Малая масса тела при рождении, недоношенность. КОЗ = 2,82.
- КСГ 65. Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость. КОЗ = 8,15.
- КСГ 66. Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных. КОЗ = 1,91.
- КСГ 67. Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде. КОЗ = 1,65.

Во второй версии модели было выделено две детские группы и увеличено число неонатологических групп, и перечень стал выглядеть следующим образом.

- КСГ 31. Химиотерапия при остром лейкозе, дети. КОЗ = 4,78.
- КСГ 32. Детская хирургия в период новорожденности. КОЗ = 2,7.

- КСГ 33. Сахарный диабет, дети. КОЗ = 1,35.
- КСГ 67. Малая масса тела при рождении, недоношенность. КОЗ = 2,82.
- КСГ 68. Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость. КОЗ = 8,15.
- КСГ 69. Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций. КОЗ = 7,4.
- КСГ 70. Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных. КОЗ = 1,91.
- КСГ 71. Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде. КОЗ = 1,65.

КСГ 31, 32, 33 и 69 являются комбинированными когда отнесение случая к группе производится при сочетании нескольких критериев. Так, для отнесения к КСГ 31 (см. рис. 2) необходимо три критерия: диагноз «Острый лейкоз» (из перечня относящихся к этой группе кодов МКБ-10), возраст менее 18 лет и код Номенклатуры, обозначающий лекарственную терапию при онкологическом заболевании у детей.

Для отнесения к КСГ 32 должно присутствовать два критерия: возраст, соответствующий периоду новорожденности (до 28 дней после рождения включительно), и выполнение одного из хирургических вмешательств, предусмотренных моделью. К примеру:

- А16.01.017. Удаление доброкачественных новообразований кожи;
- А16.08.033. Пластика трахеи;
- А03.28.001.002. Цистоскопия с рассечением устья мочеоточника.

Отнесение к КСГ 33 производится по комбинации возраста менее 18 лет и диагноза «Сахарный диабет» (коды МКБ-10 E10–E14).

Для отнесения к КСГ 69 также должно присутствовать два критерия: возраст, соответствующий периоду новорожденности, и проведение искусственной вентиляции легких, для кодирования которой в Номенклатуре предусмотрено два кода:

- А16.09.011.003. Высокочастотная искусственная вентиляция легких;
- А16.09.011.004. Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких.

КСГ 67, 68, 70 и 71 являются терапевтическими, т.е. отнесение к ним производится по основному диагнозу. Все остальные случаи госпитализации детей пока кодируются и относят к КСГ в соответствии с общими правилами.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

Как следует из приведенных выше данных, в настоящее время модель КСГ не дает возможности учитывать различия в объемах медицинской помощи, оказываемой при одном и том же диагнозе детям и взрослым (кроме сахарного диабета и острого лейкоза), а также одновременное выполнение нескольких затратоемких вмешательств (операций, методов противоопухолевого

лечения) в период одной госпитализации. Такая возможность будет предусмотрена в следующей версии модели КСГ, предложенной к внедрению в 2015 г.

Кроме того, планируются следующие направления развития модели КСГ²:

- выделение новых групп из уже существующих (дальнейшее разукрупнение групп с увеличением их общего числа);
- создание новых, ранее не существовавших групп;
- ревизия включения в КСГ методов высокотехнологической медицинской помощи, которые должны оплачиваться из средств ОМС;
- дополнение существующих групп новыми вмешательствами (услугами из Номенклатуры);
- перегруппировка диагнозов и оперативных вмешательств внутри существующих КСГ.

Параллельно проводится работа по актуализации Номенклатуры медицинских услуг, некоторые недостатки которой препятствуют доработке КСГ, и доработке методического обеспечения внедрения новых методов оплаты.

Выделение новых групп будет производиться на основании анализа результатов внедрения КСГ в пилотных регионах и поступающих в инициативном порядке предложений. При этом необходимо сохранить те же принципы, что были сформулированы ранее, т.е. включение случаев в группу должно производиться на основе объективного классификационного критерия. Объективным классификационным критерием является критерий с минимальным риском неоднозначного толкования и неоправданного применения: диагноз (с кодом МКБ-10) или сочетание диагнозов, возраст, применение конкретных технологий с низкой вероятностью применения без показаний с целью искусственного завышения КОЗ.

Например, признано целесообразным выделить в отдельную группу случай сепсиса из КСГ 36 «Другие инфекционные и паразитарные болезни», при этом классификационным критерием будет являться диагноз. Другим аналогичным примером может служить выделение в отдельную группу муковисцидоза (E84. Кистозный фиброз) из КСГ 198 «Нарушения обмена веществ». Планируется разработка ранее не существовавших КСГ для оплаты проведения гемодиализа и перитонеального диализа, а также реабилитации; ранее эти направления не были охвачены КСГ.

Высокотехнологичные методы лечения, подлежащие оплате из средств ОМС с 2014 г., в основном уже были включены в КСГ: оперативные вмешательства 4–5-го уровня в значительной доле состояли именно из таких методов. Однако выявились проблемы, препятствующие включению ряда методов ВМП в КСГ. В их числе — недостаточно четкие формулировки названий отдельных методов лечения, не позволяющие ясно и однозначно дифференцировать ВМП от другой специализированной помощи в одной и той же клинической ситуации, и невоз-

² Направления совершенствования модели КСГ обсуждались на серии совещаний, организованных ФОМС для ТФОМС субъектов Федерации в июле 2014 г.

возможность расшифровать отдельные методы услугами из Номенклатуры. Часть проблем можно решить в ходе актуализации Номенклатуры, часть требует вовлечения специалистов различных профилей в процесс изменения перечня и названий методов лечения в рамках ВМП. Эта работа должна быть проведена в дальнейшем. В 2015 г. наиболее вероятно включение в КСГ методов высокотехнологического лечения в формулировках, полностью соответствующих приказу МЗ РФ, утверждающего перечень видов ВМП [6].

Наконец, по результатам актуализации Номенклатуры существующие группы будут дополнены новыми услугами (в основном оперативными вмешательствами), которые можно будет использовать в качестве классификационного критерия.

В настоящее время в субъектах РФ используют различные подходы к решению ряда часто возникающих практических вопросов внедрения КСГ, таких как оплата:

- неоправданно короткого или длительного, в сравнении с нормативами, пребывания в стационаре;
- случаев перевода больного из одного отделения в другое и из одной медицинской организации в другую (в т. ч., например, при оказании помощи новорожденному на разных этапах выхаживания);
- на основе КСГ лечения в дневном стационаре.

Некоторые подходы к решению этих вопросов перечислены в табл. 4. В обновленной версии рекомендаций по методам оплаты стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на основе КСГ и/или в инструкции по группировке случаев планируется предложить единые подходы к решению подобных проблем.

ВОЗМОЖНОСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО АДАПТАЦИИ МОДЕЛИ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

Во избежание разбалансировки системы в субъектах РФ необходима адаптация федеральной модели КСГ с использованием поправочных коэффициентов. Методика определения поправочных коэффициентов и их максимальные значения определены в Приказе ФФОМС от 14.11.2013 № 229 [5] и будут актуализированы в новой редакции рекомендаций.

Кроме того, опыт внедрения КСГ в субъектах РФ продемонстрировал целесообразность использования еще одного механизма адаптации модели, а именно выделения подгрупп из существующих КСГ с использованием дополнительных классификационных критериев. Следует иметь в виду, что формирование подгруппы может производиться только с использованием кодов диагнозов или операций, входящих в исходную (базовую) КСГ; формирование подгрупп из кодов диагнозов (операций), входящих в разные базовые КСГ, не допускается. Классификационные критерии, используемые для формирования подгрупп, должны отвечать следующим требованиям:

- их применение легко проконтролировать в рутинном порядке;
- они должны быть включены в стандартный реестр пролеченных больных, формируемый медицинскими организациями для передачи в ТФОМС.

В субъектах РФ уже были предложены к применению такие дополнительные классификационные критерии, как:

- длительность пребывания в отделении реанимации;
- использование дорогостоящих реанимационных технологий (например, искусственной вентиляции легких);

Таблица 4. Варианты решения практических проблем внедрения клиничко-статистических групп в субъектах Российской Федерации

Проблема	Решение
Оплата очень длительного в сравнении с нормативами пребывания в стационаре	Оплата по числу фактических койко-дней; стоимость койко-дня определяется путем деления тарифа для данной КСГ на сложившуюся среднюю длительность лечения в данной КСГ с понижающим коэффициентом
Оплата очень короткого в сравнении с нормативами пребывания в стационаре	Определение в тарифном соглашении минимальной длительности стационарного лечения (в днях или долях от фактически сложившейся), оплата которой производится полностью (по полному тарифу). Определяются ситуации, когда случаи с меньшей длительностью пребывания могут быть оплачены по полному тарифу. Например, если случай относится к хирургической КСГ, и оперативное вмешательство выполнено; если больному оказывалась помощь в реанимации с применением дорогостоящих реанимационных технологий и т.п. В остальных случаях устанавливается уменьшенный тариф
Оплата случаев перевода больного из одного отделения в другое и из одной медицинской организации в другую	При переводе больного из одного отделения в другое в одной медицинской организации госпитализация оплачивается как один случай. Исключением является развитие осложнения или нового заболевания из другого класса МКБ-10, если оно служит причиной перевода. Перевод из одной организации в другую оплачивается как два отдельных случая. Если причиной перевода послужили дефекты оказания медицинской помощи, оплата может быть уменьшена или снята в соответствии с установленными правилами по результатам экспертизы качества медицинской помощи
Оплата лечения в дневном стационаре на основе КСГ	Для лечения в дневном стационаре может быть установлен уменьшенный тариф по сравнению с тарифом на те же диагнозы / операции в круглосуточном стационаре (на основе экономического обоснования — исключения расходов, не предусмотренных для дневного стационара). В то же время для хирургических КСГ может быть целесообразным не снижать тариф в сравнении с круглосуточным стационаром, если оперативное вмешательство выполнено и нет дефектов в оказании медицинской помощи. Если из базовой терапевтической КСГ выделена подгруппа по критерию применения дорогостоящей технологии (например, введение генно-инженерных биологических препаратов), КОЗ для такой подгруппы может быть выше, чем для базовой КСГ



Позвольте ребенку расти здоровым, чтобы осуществить мечты

Синагис® – защита от РСВ инфекции детей из групп высокого риска



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Синагис®

Синагис® (паливизумаб). Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения. В 1 флаконе содержится паливизумаб (активное вещество) 50 мг или 100 мг. Паливизумаб представляет собой гуманизированные моноклональные антитела IgG1K, взаимодействующие с эпитопом А антигена белка слияния (белок F) респираторного синцитиального вируса (РСВ). **Показания к применению.** Профилактика тяжелой инфекции нижних дыхательных путей, вызванной респираторным синцитиальным вирусом, у детей с высоким риском заражения РСВ, к которым относятся: дети в возрасте до 6 месяцев, рожденные на 35-й неделе беременности или ранее; дети в возрасте до 2-х лет, которым требовалось лечение по поводу бронхолегочной дисплазии в течение последних 6 месяцев; дети в возрасте до 2-х лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к паливизумабу, или к одному из вспомогательных веществ, или к другим человеческим моноклональным антителам. **Способ применения и дозы.** Препарат Синагис® вводят внутримышечно, предпочтительно в наружную боковую область бедра. Разовая доза препарата составляет 15 мг/кг массы тела. Схема применения состоит из 5 инъекций препарата, проводимых с интервалом 1 мес в течение сезонного

подъема заболеваемости, вызываемой респираторным синцитиальным вирусом. Для разведения использовать только стерильную воду для инъекций. Раствор паливизумаба не содержит консервантов, поэтому он должен быть введен не позднее 3 ч после приготовления. Оставшийся во флаконе раствор уничтожается. **Побочное действие.** При проведении исследований по применению препарата в профилактических целях побочные реакции у детей в контрольной группе и в группе детей, получавших препарат, были сходными. Побочные реакции были преходящими, степень их тяжести варьировала от легкой до умеренной. **Недоношенные дети, дети с бронхолегочной дисплазией и дети с врожденными заболеваниями сердца.** Часто ($\geq 1/100$, но $< 1/10$) отмечались: реакции в месте введения. Очень часто ($\geq 1/10$) отмечались: сыпь, повышение температуры тела. Постмаркетинговые наблюдения: апноэ, тромбоцитопения, анафилаксия, анафилактический шок, судороги, крапивница. **Особые указания.** Введение препарата Синагис® может сопровождаться аллергическими реакциями немедленного типа, включая анафилактические, в связи с этим пациенты должны находиться под медицинским наблюдением не менее 30 мин. Как и в случае любой внутримышечной инъекции, препарат Синагис® следует назначать с осторожностью

пациентам с тромбоцитопенией или нарушениями системы свертывания крови. Применение паливизумаба может оказывать влияние на результаты иммунохимических диагностических тестов на РСВ, например некоторых тестов, основанных на обнаружении антител. Кроме того, паливизумаб ингибирует репликацию вирусов в культуре клеток, что может оказывать влияние на результаты тестов, основанных на выращивании вирусов в культуре клеток. Подобное взаимодействие может приводить к ложноотрицательным результатам диагностических тестов на РСВ. При применении паливизумаба результаты диагностических тестов должны использоваться в сочетании с клиническими данными для достоверной постановки диагноза. **Условия транспортирования и хранения.** При температуре от 2° до 8 °С. Не замораживать. Хранить в недоступном для детей месте.

Номер регистрационного удостоверения: ЛСР-001053/10. **Наименование юридического лица, на имя которого выдано регистрационное удостоверение:** ООО «ЭббВи», Россия.

См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для медицинских работников (не для пациентов).

abbvie

За дополнительной информацией Вы можете обратиться в
ООО «ЭббВи», 141400, Московская обл., г. Химки,
ул. Ленинградская, влад. 39, стр. 5, «Химки Бизнес-Парк»
Тел.: +7 495 258 42 77, факс: +7 495 258 42 87

- использование дорогостоящих лекарственных препаратов или расходных материалов;
- наличие тяжелого осложнения или сопутствующего заболевания.

Выделение подгрупп должно производиться на основе объективных данных о затратах на оказание медицинской помощи и доле случаев, которые предполагается выделить в подгруппу. Есть смысл формировать подгруппы, когда затраты на отдельные случаи по какой-либо причине (которая и будет служить основой для формирования классификационного критерия) систематически существенно отличаются от средних затрат на остальные случаи, входящие в КСГ. Если это единичные дорогостоящие случаи (например, с чрезмерно длительным пребыванием больного в стационаре), более правильно оплачивать их по специально оговоренным правилам, обычно по фактическому койко-дню (см. табл. 4).

Следует учитывать, что при использовании в качестве классификационных критериев отдельных технологий, таких как лечение дорогостоящими лекарствами, показания к применению технологии должны быть четко регламентированы нормативными документами: клиническими руководствами или стандартами медицинской помощи.

Методика выделения подгрупп и расчета КОЗ для подгруппы будет подробно описана в обновленной версии рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи на основе КСГ.

Путем выделения подгрупп в субъектах РФ можно обеспечить финансирование таких дорогостоящих технологий, как генно-инженерные биологические препараты. Лечение детей, если оно требует больших затрат, чем лечение взрослых с той же патологией, также может быть выделено в подгруппу до актуализации федеральной модели.

При внедрении КСГ необходимо иметь в виду, что сами по себе они не могут привести к повышению расходов на здравоохранение, т.к. служат инструментом для

распределения выделенных средств. Повышение КОЗ для одних групп/подгрупп должно сопровождаться или снижением КОЗ для других групп/подгрупп, или выделением дополнительных средств; в противном случае система не будет финансово устойчивой.

Оптимально, если работа по выделению подгрупп и другим способам адаптации модели КСГ в субъектах РФ будет проводиться совместно представителями ТФОМС, органами управления здравоохранением, руководителями медицинских организаций или уполномоченными лицами, а также ведущими специалистами различных областей медицины. Как правило, инициатива совершенствования модели принадлежит медицинским организациям, заинтересованным в повышении КОЗ для КСГ, занимающих важное место в структуре госпитализаций. При этом важно, чтобы врачи понимали принципы создания КСГ и обладали экономическим мышлением. Даже ограниченный опыт, накопленный к настоящему времени, показывает, что при скоординированной совместной работе упомянутых выше участников можно добиться оптимального решения региональных проблем и предложить рациональные пути доработки модели на федеральном уровне. Результаты адаптации федеральной модели КСГ в субъектах Федерации будут проанализированы и положены в основу создания новой версии классификации случаев. Параллельно идет сбор предложений по совершенствованию модели и обобщаются предложения, поступающие в инициативном порядке.

Таким образом, действующая модель КСГ не является окончательной. Доработка ее должна производиться по мере сбора и анализа объективной информации об объемах и оплате медицинской помощи в разных субъектах РФ, а также поступления обоснованных предложений специалистов (врачей и организаторов здравоохранения) по совершенствованию классификации случаев, определению КОЗ и правил оплаты оказания медицинской помощи на основе КСГ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. O'Dougherty Sh., Cashin C., Samyshkin E., Ibraimova A., Katsaga A., Kutanov E., Lyachshuk K., Zues O. Case-based hospital payment systems. In: *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How to Manuals*. J.C. Langenbrunner, C. Cashin, S. O'Dougherty (eds.). The International Bank for Reconstruction and Development. *The World Bank*. 2009. Ch. 2. P. 125–214.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 года № 1074 «О программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». М. 2012.
3. Рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) на основе групп заболеваний, в том числе КСГ (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 14-6/10/2-5305). М. 2012.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932 «О программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». М. 2013.
5. Приказ ФФОМС от 14.11.2013 № 229 «Об утверждении «Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования». Доступ из информационно-справочной системы «Консультант Плюс». 15.07.2014.
6. Приказ Минздрава России от 10.12.2013 № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи». Доступ из информационно-справочной системы «Консультант Плюс». 15.07.2014.