

Н.Ф. Шильникова, В.В. Бобрович

**Анализ использования клинико-статистических групп как способа оплаты медицинской помощи оказанной в условиях стационара на территории Забайкальского края за 2014 год***Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**Контактная информация: Н.Ф. Шильникова, e-mail: [zoozd75@mail.ru](mailto:zoozd75@mail.ru)***Резюме**

Дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования предусматривает внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи. С экономической точки зрения проблемной областью является больничный сектор здравоохранения, где неэффективные расходы особенно велики. Одним из эффективных способов оплаты больничной помощи в развитых странах является оплата по клинико-статистическим группам.

**Ключевые слова:** клинико-статистические группы; способы оплаты медицинской помощи; уровни оказания помощи; маршрутизация пациентов, затраты

N. F. Shil'nikova, V. V. Bobrovich

**Analysis of the use of diagnostic-related groups as a method of payment for medical care provided in a hospital on the territory of Zabaykalsky Krai for 2014***Chita state medical Academy, Chita**e-mail: [zoozd75@mail.ru](mailto:zoozd75@mail.ru)***Summary**

Further development of the system of compulsory medical insurance provides for the introduction of effective methods of payment for medical care. From an economic point of view the area of concern is the hospital health sector, where inefficient costs are especially high. One of the effective methods of payment for hospital care in developed countries is payment by diagnostic-related groups.

**Key words:** diagnostic-related groups; methods of payment for medical care; levels of care; routing of patients; costs

**Введение**

Дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования предусматривает внедрение эффективных

способов оплаты медицинской помощи. Механизмы ценообразования и оплаты медицинских услуг должны соответствовать потребностям поставщиков медицинских услуг, обес-

печивая полное покрытие понесенных ими расходов при оказании согласованных объемов медицинской помощи. С экономической точки зрения проблемной областью является больничный сектор здравоохранения, где неэффективные расходы особенно велики.

В настоящее время, в мировой практике применяются различные методы оплаты медицинской помощи в условиях стационара [3]:

1. Сметное финансирование – фиксированная сумма средств на определенный период времени, выделяемая поставщику на покрытие расходов на используемые ресурсы (например, персонал, лекарственные препараты и расходные материалы, коммунальные услуги и т.д.).
2. Гонорарный метод оплаты – оплата за каждую предоставленную услугу в отдельности. Размер оплаты за услугу (комплекс услуг) является фиксированным и устанавливается предварительно (перспективная оплата).
3. Глобальный бюджет – фиксированная сумма на предоставление определенного набора услуг за каждого пациента, прикрепленного к данному по-

ставщику, на определенный период времени.

4. Оплата за койко-день – фиксированная сумма в расчете на день пребывания пациента в стационаре (тариф может варьировать в зависимости от отделения, категории пациентов, клинических характеристик и иных факторов).
5. Оплата за случай госпитализации – фиксированная сумма в расчете на случай госпитализации, размер которой зависит от диагноза, категории пациента, характера вмешательства, клинических характеристик, включая уровни оказания медицинской помощи и иных факторов.

В системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации при реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы (КСГ) [1].

Любой способ оплаты медицинских услуг не лишен недостатков и рисков. Не является исключением и оплата медицинской помощи по КСГ. Проведенная специалистами Всемирного Банка экспертная оценка данного метода, позволила выявить преимущества и

Анализ использования клинико-статистических групп как способа оплаты медицинской...  
недостатки внедрения систем КСГ (Таблица 1).

Таблица 1. Преимущества и недостатки внедрения систем КСГ

| Преимущества                                                                     | Недостатки                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Снижение затрат в расчете на пациента                                            |                                                                                                                                                      |
| - сокращение продолжительности пребывания в стационаре                           |                                                                                                                                                      |
| Оптимизация внутрибольничных потоков пациентов                                   | Необоснованное раннее выписывание больных                                                                                                            |
| - сокращение интенсивности предоставляемой помощи                                |                                                                                                                                                      |
| Исключение оказания услуг без необходимости                                      | Не предоставление необходимых услуг («урезание»)                                                                                                     |
| Использование эффективного комплекса мер/ресурсов (труд/капитал)                 |                                                                                                                                                      |
| - отбор пациентов                                                                |                                                                                                                                                      |
| Специализация на лечении определенных категорий больных                          | Перевод в другие больницы или попытки «избегать» высокочатратных пациентов (отказ от невыгодных больных или снятие сливок)                           |
| Повышение доходов в расчете на одного пациента                                   |                                                                                                                                                      |
| - изменение методов кодирования                                                  |                                                                                                                                                      |
| Совершенствование кодирования диагнозов и процедур                               | Незаконное перекодирование пациентов (замена на более «дорогой» код)                                                                                 |
| - изменение структуры пациентов                                                  |                                                                                                                                                      |
| Повышение качества медицинской практики с предоставлением всех необходимых услуг | Предоставление услуг, которое ведет к отнесению пациентов к более высокооплачиваемым КСГ (манипуляция кодами/предоставление ненужных лечебных услуг) |
| Рост числа случаев госпитализации пациентов                                      |                                                                                                                                                      |
| - изменение правил госпитализации                                                |                                                                                                                                                      |
| Сокращение листов ожидания                                                       | Разделение эпизодов медицинской помощи на многократные случаи госпитализации                                                                         |
|                                                                                  | Госпитализация больных для оказания ненужных медицинских услуг (вынужденный спрос, искусственно создаваемый поставщиком)                             |
| - улучшение репутации больниц                                                    |                                                                                                                                                      |
| Повышение качества услуг                                                         |                                                                                                                                                      |
| Определение рейтинга больниц                                                     |                                                                                                                                                      |

В связи с этим, возрастает актуальность анализа использования КСГ как способа оплаты медицинской помощи в условиях регионального здравоохранения.

**Целью** исследования является проведение анализа использования КСГ как способа оплаты медицинской помощи оказанной в условиях стационара на территории Забайкальского края за 2014 год.

### Материалы и методы

Проведено сплошное исследование путем выкопировки данных из государственных форм статистической отчетности, предоставленных ТФОМС Забайкальского края.

### Обсуждение результатов

В 2014 году в Забайкальском крае в реестр медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере ОМС включено 107 организаций, в том числе поставщиков медицинской помощи в условиях стационара 67.

Все медицинские организации распределены по уровням оказания медицинской помощи. Ко второму уровню отнесены 53 медицинские организации, к третьему 14 медицинских организаций. Также в структуре региональной трехуровневой системы оказания медицинской помощи дополнительно выделены подуровни. В ходе настоящего исследования отнесение медицинских организа-

ций к конкретному подуровню не учитывалось.

Средние сроки лечения в условиях стационара в медицинских организациях всех уровней в Забайкальском крае в 2014 году составили 8,24 дня. Средняя стоимость случая лечения составила 24 996 рублей.

Все клинико-статистические группы ранжированы по частоте встречаемости с последующим расположением их в порядке убывания и выделением 20 наиболее встречающихся на уровне региона. В 2014 году в Забайкальском крае оплата медицинской помощи в условиях стационара производилась по 201 КСГ, таким образом, выборка в исследовании составила 10% от генеральной совокупности.

Результаты ранжирования показали, что на 20 наиболее часто встречающихся КСГ, приходится 52% всех законченных случаев лечения заболеваний, при этом основные клинико-статистические группы, по которым производилась оплата, относятся к терапевтическому профилю – 17 групп из 20 (Рис. 1).

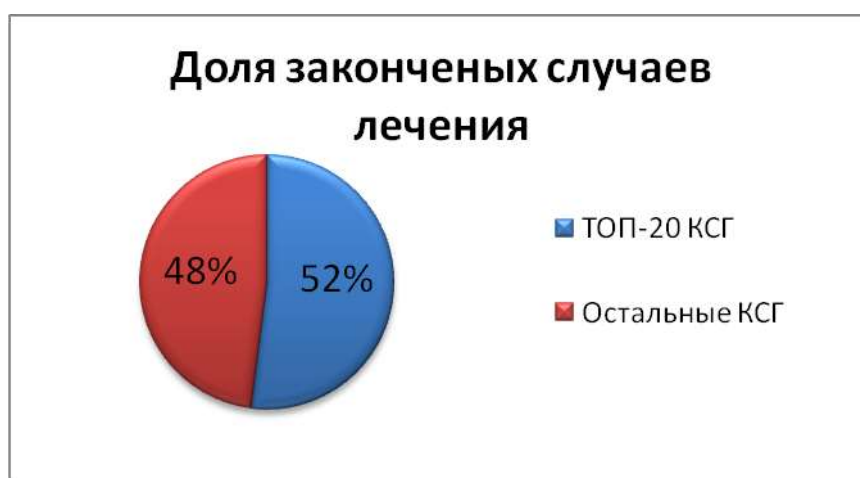


Рис. 1. Доля законченных случаев лечения

На следующем этапе, анализируемые КСГ ранжированы по средней стоимости с последующим расположением их в порядке убывания. Разброс в стоимости лечения между самой дорогой и самой «дешевой» группой в выборке составил 41 754 рубля, при этом по количеству законченных случаев лечения разница между этими двумя группами не так велика – 3410 и 4882 случая соответственно (Рис. 2, 3).



Рис. 2. Стоимость отдельных КСГ



Рис. 3. Количество случаев лечения по отдельным КСГ

Также был проведен анализ затрат среди групп попавших в выборку, который показал, что на 20 наиболее часто встречающихся КСГ, приходится 49% затрат на оплату медицинской помощи в условиях стационара. Эти результаты, еще раз подчеркивают актуальность исследования, и говорят о необходимости проведения анализа, учитывая трехуровневую систему оказания медицинской помощи (Рис. 4).

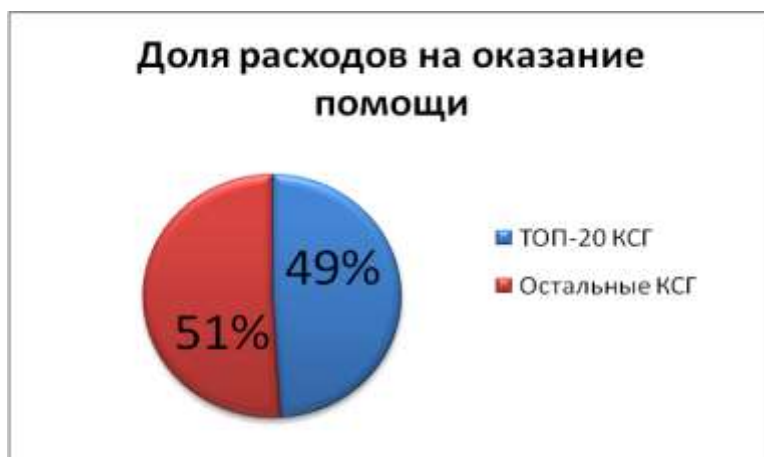


Рис. 4 Доля расходов на оказание помощи



В подавляющем большинстве случаев, на территории региона за анализируемый период, медицинская помощь в условиях стационара была оказана в медицинских организациях второго уровня. На графике наглядно представлены все анализируемые КСГ в разрезе уровней оказания медицинской помощи (Рис. 5). Следует отметить, что все медицинские организации на территории региона, оказывающие медицинскую помощь в усло-

виях стационара в пределах муниципальных образований отнесены ко второму уровню оказания медицинской помощи, а не к первому, как рекомендовано Минздравом России [2]. Результатом такого распределения медицинских организаций может быть удорожание средней стоимости КСГ за счет применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи ( $KУС_{мо}$ ), при оплате законченных случаев лечения заболеваний.

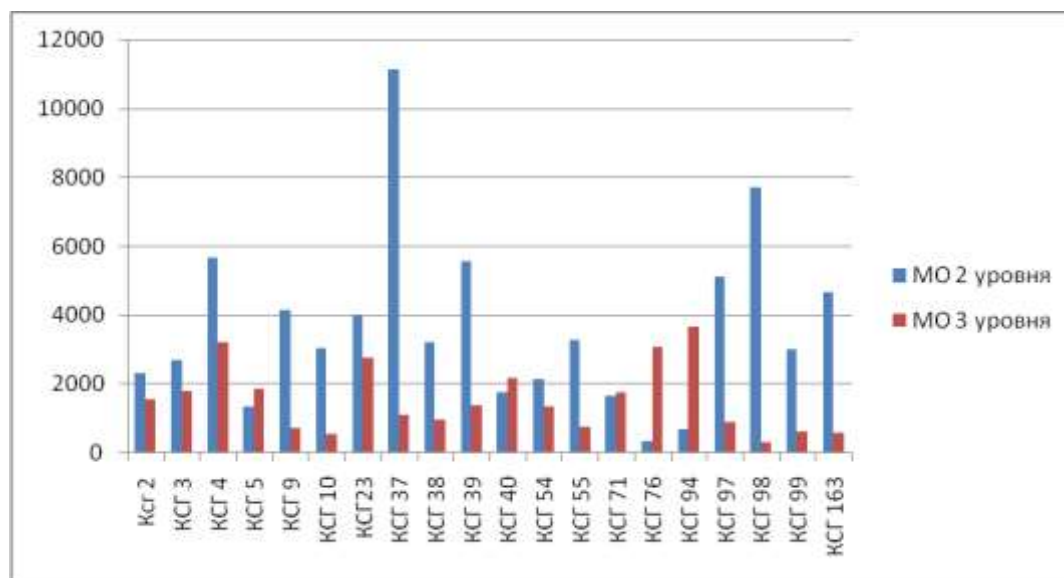


Рис. 5 Распределение КСГ по уровням оказания помощи

### Заключение

1. Результаты проведенного исследования выявили наиболее распространенные КСГ преимущественно терапевтического профиля, на которые приходится около половины законченных случаев лечения и всех затрат на оказание медицинской помощи в условиях стационара.
2. При углубленном анализе повышенных расходов на медицинскую помощь в условиях стационара необходим контроль над обоснованием госпитализации, маршрутизации пациентов при ответственности распределения медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи.

**Список литературы**

1. Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 N 932 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» // СПС КонсультантПлюс
2. Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 "Рекомендации 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") // СПС КонсультантПлюс
3. Кораблев В.Н. Нормативное правовое обеспечение оценки эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций / В.Н. Кораблев // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. - № 1.
4. Шильникова Н.Ф. Клинико-статистические группы как способ оплаты медицинской помощи в стационарных условиях / Н.Ф. Шильникова, В.В. Бобрович // Забайкальский медицинский журнал. – 2015. - № 2. – С. 22-26.