



Возможные проблемы разработки и использования системы клинко-затратных групп в условиях одноканального финансирования

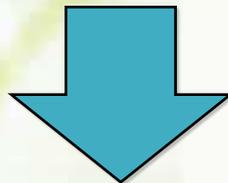


**Ирина Михайловна Сон,
ЦНИИОИЗ, Москва**





Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (принят ГД ФС РФ 19.11.2010)



Перевод учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования



В соответствии с новым законом «*Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации*»:

до 80% средств будет централизовано в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений будет осуществляться в основном из одного источника (по одному каналу и по полному тарифу)

Это потребует радикального пересмотра механизма финансирования медицинской помощи, прежде всего – больничной (как наиболее затратной)



Задачи, которые необходимо решить при переходе на одноканальное финансирование:

Увеличить объемы финансирования здравоохранения, ликвидировав дефицит Программы государственных гарантий

Отработать механизмы (способы) оплаты медицинской помощи, способствующие повышению ее качества и доступности

Отработать механизмы оплаты труда медицинского персонала, обеспечивающие его заинтересованность в повышении качества и доступности оказываемой медицинской помощи

Восстановить управляемость отраслью на основе единых организационных и финансовых принципов

Обеспечить финансирование всех расходов через ОМС



Оптимальная система оплаты медицинской помощи предполагает достижение ряда целей:



эффективного использования ресурсов;



обеспечение доступности и качества
оказываемой медицинской помощи;



профессиональной свободы врача;



свободы выбора для пациента.

Характеристика системы оплаты стационарной медицинской



Должна стимулировать врачей к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших ресурсных затратах



Расходы на оказание медицинской помощи должны быть достаточно предсказуемыми



Административные расходы на оказание медицинской помощи должны быть минимальны



Оплата различных этапов оказания медицинской помощи должна обеспечивать заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов медицинской помощи в сторону наиболее эффективного



В Российской Федерации существует *противоречие* между *бюджетным планированием* расходов на оказание медицинской помощи, подразумевающим содержание учреждений по принципу: "Чем больше мощность, тем больше расходы", и *способами оплаты помощи в системе ОМС*, то есть: используются различные методы оплаты медицинской помощи и отсутствует финансовое планирование



Виды оплаты услуг стационарных учреждений



Ретроспективная оплата - плательщик оплачивает весь объем оказанной помощи по согласованным тарифам по факту ее оказания в согласованный период времени.



Проспективная оплата – плательщик оплачивает заранее согласованный объем медицинской помощи по заранее согласованным тарифам в зависимости от результатов оказания медицинской помощи.

Медицинское учреждение и плательщик заранее согласовывают структуру и объемы оказываемой помощи, что не позволяет бесконтрольно увеличивать объемы дорогостоящих видов помощи.

Риски внедрения различных видов оплаты стационарной помощи



Проспективная	Ретроспективная
Стимулирует врачей недолечивать пациентов и выписывать их из больницы преждевременно, из-за чего возможны повторные госпитализации, что повысит общую стоимость лечения	Стимулирует врачей к расширению объема предоставляемых медицинских услуг, даже в тех случаях, когда эти дополнительные услуги не снижают стоимости или не приводят к лучшим результатам
Стимулирует к появлению необоснованных госпитализаций (гипердиагностике) и выписке пациентов из стационара через короткие сроки	

Элементы проспективной оплаты могут быть перенесены в ретроспективную систему, например, при использовании КСГ



Ни в одной стране мира не существовало и не существует идеального способа оплаты медицинской помощи в целом, в том числе стационарной, позволяющего учитывать многочисленные риски и особенности в организации медицинской помощи.



Практически невозможно, чтобы одновременно решались все проблемы эффективного использования ресурсов, качества и доступности медицинской помощи, контроля за использованием средств.



История внедрения оплаты стационарной помощи по КСГ в России

Прообразом DRG являются медико-экономические стандарты (МЭСы), разработанные в 1990-х годах во многих регионах России

В 1993 году в некоторых территориях России при реализации договорных отношений между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями была использована система клинко-статистических групп (КСГ)



Уроки применения МЭСов

Повальная госпитализация пациентов амбулаторного профиля и дополнительные расходы на экспертизу обоснованности госпитализации

Метод оплаты по МЭСам не повлиял существенно на средний срок госпитализации, она по-прежнему оставалась необоснованно долгой

В расчет тарифов оплаты по МЭСам закладывалась сложившаяся неэффективность в использовании ресурсов больниц



Слабое развитие внутриучрежденческих экономических отношений



Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов было реализовано в 16 субъектах РФ в 2007-2008 гг. Во время Пилотного проекта



1. Астраханская область
2. Белгородская область
3. Владимирская область
4. Вологодская область
5. Калининградская область
6. Калужская область
7. Краснодарский край
8. Пермский край
9. Ленинградская область
10. Самарская область
11. Свердловская область
12. Томская область
13. Республика Татарстан
14. Чувашская республика
15. Хабаровский край
16. Ханты-Мансийский АО



Опыт пилотных регионов по внедрению стандартов

По данным расчетов, проведенных в Республике Чувашия, стоимость стандартов в зависимости от нозологической формы превышала действующие в системе ОМС тарифы в среднем в 6 раз (?).

По данным **Департамента здравоохранения Калужской области**, стоимость стандартов, рассчитанная по методике, утвержденной Минздравсоцразвития, превышала действующий в области тариф в 3 раза в основном за счет диагностических исследований и медикаментов.





Стоимость законченных случаев лечения заболеваний, рассчитанная по федеральным стандартам и фактически сложившиеся расходы в «пилотных» субъектах РФ

	<i>По стандарту (тыс.руб.)</i>	<i>Фактически (тыс. руб.)</i>
<i>Лечение пневмонии</i>	<i>46,0</i>	<i>9,0</i>
<i>Лечение термических и химических ожогов</i>	<i>200,0</i>	<i>12,0</i>
<i>Лечение острого инфаркта миокарда</i>	<i>61,0</i>	<i>12,0</i>

Отрицательные стороны внедрения федеральных стандартов



Невозможность устанавливать региональные стандарты помощи ниже уровня федеральных;



Перегруженность стандартов лабораторными и инструментальными исследованиями, что приводит к удорожанию стоимости медицинской помощи;



Сохраняется неясность в отношении лечения сопутствующей патологии;



Отсутствуют критерии качества (эффективности) лечения;



Увеличение расходов на медицинскую помощь при финансовой ограниченности ТПГГ.



Новые методы оплаты изменили многое в системе мотивации стационаров. В какой-то мере они почувствовали себя продавцами своих услуг, а их доход в растущей мере формировался на основе реального объема работ

Но были и положительные уроки

Важно подчеркнуть, что эти методы оплаты являются переходными. Их использование неизбежно - в силу отсутствия нужной экономической информации



Таким образом, к настоящему времени в России назрела потребность и сложились условия для объединения клинической и экономической составляющих лечебно-диагностического процесса.

Необходимо увязать сложность лечебной работы с потребностью в ресурсах, то есть использовать систему финансирования по **клинико-затратным группам**





В условиях России система КЗГ – это метод экономического воздействия на:

-  спрос на медицинскую помощь;
-  предложение ресурсов финансирования;
-  распределение финансовых средств по звеньям сети и видам помощи;
-  доступность помощи для населения;
-  балансирование потребности ЛПУ в финансовых средствах с ограничениями по ресурсам, сложившимся в системе здравоохранения



Внедрение КЗГ позволит

Во-первых, разрушить привязку к издержкам, специфичным для конкретного стационара.

Во-вторых, ЛПУ будут предоставлены гораздо более мощные стимулы для управления расходами.

В-третьих, применение принципа оплаты за каждого пролеченного по укрупненным тарифам оплаты, сделает расходы и выплаты более предсказуемыми для плательщиков и для поставщиков медицинских услуг.



Для создания системы КЗГ в России потребуется



Разработать систему классификации случаев лечения;



Определить единицы оплаты;



Установить взвешенные значения и тарифы оплаты

При этом **национальный тариф** должен быть скорректирован (дифференцирован) применительно к различным индексам заработной платы, а также в зависимости от уровня (класса) ЛПУ

Системы оплаты по КЗГ должна:



ограничивать возможность оказывать влияние на тарифы с помощью незаметного изменения процедур



включать в себя минимально возможное число групп



быть нацелена на выявление случаев необоснованной госпитализации и создание условий (стимулов) для переноса некоторой части объемов в амбулаторные условия



давать поставщикам больничной помощи возможность прогнозировать размеры поступлений за предоставляемые услуги



быть нейтральна в отношении бюджета



тарифы должны отражать обоснованные различия в стоимости ресурсов



КЗГ в России необходимо внедрять в течение длительного переходного периода



Положительные стороны и риски внедрения оплаты стационарной помощи по КСГ



Положительные стороны	Риски
<p>Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения</p>	<p>Снижение объема детальных услуг, досрочная выписка недолеченных пациентов</p>
<p>Объем расходов в определенной степени предсказуем</p>	<p>Появляются стимулы для врачей манипулировать диагнозами для отнесения пациентов к более дорогостоящим группам оплаты</p>
<p>Готовность больниц к использованию этого метода</p>	<p>Возможны отказы тяжелым больным, лечение которых будет обходиться дороже, чем предусмотрено тарифами</p>

Методы нейтрализации указанных недостатков: стандартизация и экспертиза

Риски перехода здравоохранения на одноканальное финансирование через систему ОМС и внедрения оплаты стационарной помощи по КСГ



Одноканальное финансирование	Оплата по КСГ
Риск сокращения коечного фонда, частоты госпитализации, снижение доступности квалифицированной медицинской помощи в стационарах	Снижение объема детальных услуг, досрочная выписка недолеченных пациентов
Массовое ненаправление пациентов из поликлиники в стационар, ограничение доступности медицинской помощи, ЛПУ - фондодержатели необосновано задерживают у себя как можно больше пациентов (и финансов)	Появляются стимулы для врачей манипулировать диагнозами для отнесения пациентов к более дорогостоящим группам оплаты
Риск недофинансирования ЛПУ из-за несовершенной системы экспертной оценки качества медицинской помощи и возможного роста штрафов, невыполнения объемов медицинской помощи	Возможны отказы тяжелым больным, лечение которых будет обходиться дороже, чем предусмотрено тарифами



Метод оплаты по КЗГ — это универсальный метод. Он применим независимо от конкретных форм организации финансово-экономических отношений, а также правового и хозяйственного статуса покупателя и производителя медицинской помощи. Как бы в дальнейшем ни изменялся круг партнеров на рынке медицинской помощи, до тех пор, пока экономической основой их взаимоотношений остается расчет за конечный результат работы, метод КЗГ будет сохранять свою актуальность.



Спасибо за внимание!