




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

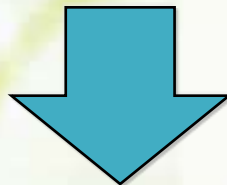


**Ирина Михайловна Сон,  
ЦНИИОИЗ, Москва**






**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



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



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



**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!***