



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Оплата по КСГ: преимущества и недостатки

**ПОМОЩНИК МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В.О. ФЛЕК

**ПОРУЧЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОСЛАНИЯ ПРЕЗИДЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОМУ СОБРАНИЮ
ОТ 27 ДЕКАБРЯ 2013 ГОДА**

... 5) разработать и утвердить комплекс мер, направленных на дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования, предусматривающих, в частности:

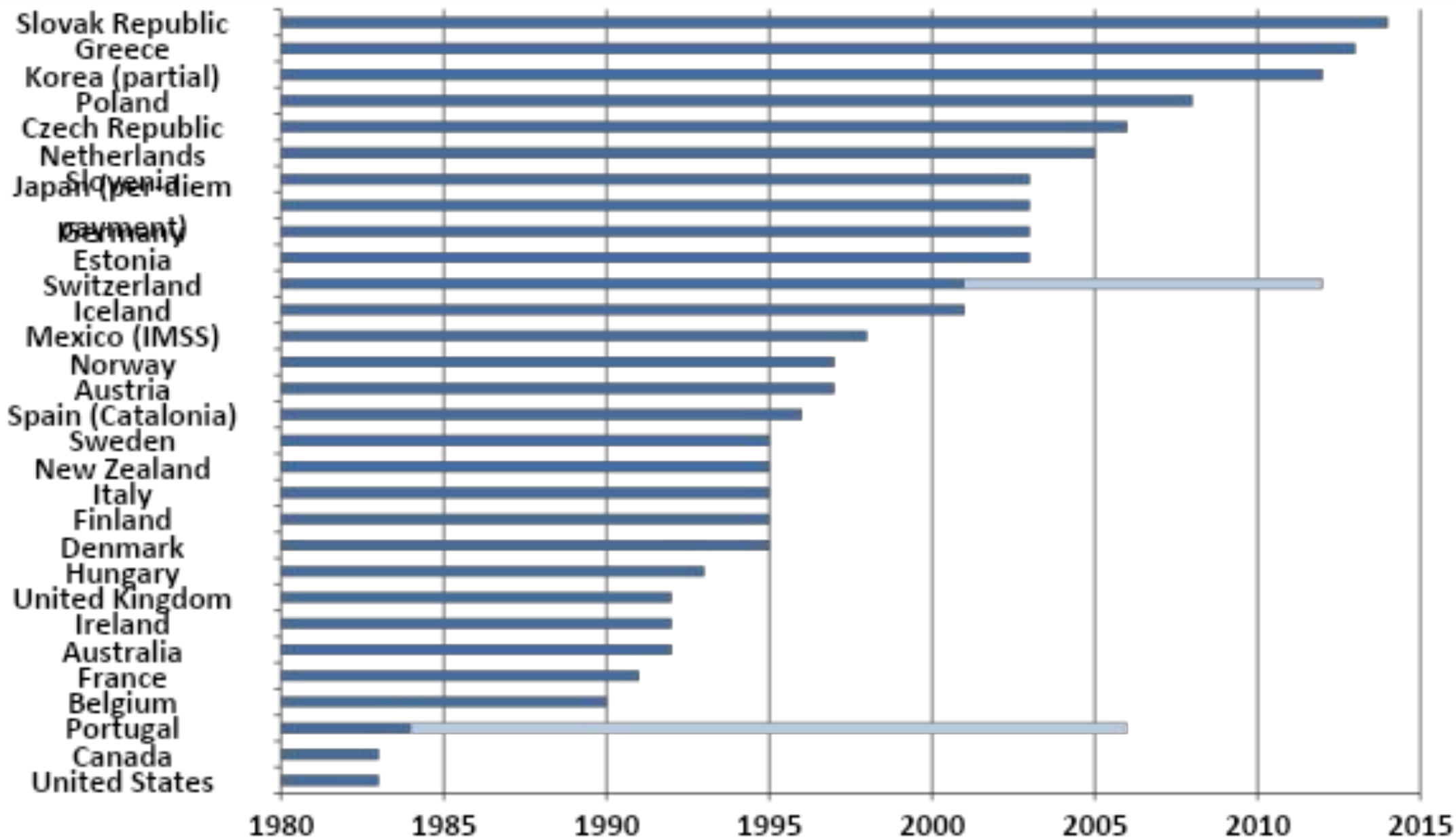
- ✓ повышение ответственности субъектов и участников обязательного медицинского страхования на основе страховых принципов;**
- ✓ разработку и внедрение клинических рекомендаций (протоколов лечения);**
- ✓ внедрение эффективных способов оплаты медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, в том числе на основе клинико-статистических групп.**

Срок – 1 августа 2014 г.

МЕТОДЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

Метод оплаты	Суть
<i>Сметное финансирование</i>	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.)
<i>Гонорарный метод оплаты</i>	Оплата за каждую предоставленную услугу в отдельности. Размер оплаты за услугу (комплекс услуг) является фиксированным и устанавливается предварительно (перспективная оплата)
<i>Глобальный бюджет</i>	Фиксированная сумма на предоставление определенного набора услуг за каждого пациента, прикрепленного к данному поставщику, на определённый период времени
<i>Оплата за койко-день</i>	Фиксированная сумма в расчёте на день пребывания пациента в стационаре (тариф может варьировать в зависимости от отделения, категории пациентов, клинических характеристик и иных факторов)
<i>Оплата за случай госпитализации («КСГ», «КПГ» и др.)</i>	Фиксированная сумма в расчете на случай госпитализации, размер которой зависит от диагноза, категории пациента, характера вмешательства, клинических характеристик, включая, уровня оказания медицинской помощи и иных факторов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КСТ В СТРАНАХ ОЭСР



ОСНОВНЫЕ СИСТЕМЫ КСГ (ЭКСПЕРТЫ ВСЕМИРНОГО БАНКА)

Название	Страна	Коды диагнозов	Коды операций и процедур
Система КСГ Финансового отдела департамента здравоохранения США (HCFA-DRG); уточненная система КСГ (R-DRG); система КСГ «Все пациенты» (AP-DRG); уточненная система КСГ «Все пациенты» (APR-DRG); Международная уточненная система КСГ (R-DRG)	США	МКБ-9-КМ МКБ-10	МКБ-9-КМ
Однородные группы заболеваний (Groupes homogenes des malades: GHM)	Франция	МКБ-10-FM	Французская классификация хирургических операций и процедур: CCAM
Уточненная австралийская система КСГ (Australian Refined Diagnosis - Related Groups: AR – DRG)	Австралия	МКБ-10-AM	МКБ-10-AM
Система КСГ Великобритании (Healthcare Resource Groups: HRG)	Великобритания	МКБ-10	Британская классификация хирургических операций и процедур: OPCS
КСГ-Норд (Nordic-DRG)	Скандинавские страны	МКБ-10-СМ	Классификация хирургических процедур скандинавского медико-статистического комитета: NCSP
КСГ-Г (G-DRG)	Германия	МКБ-10-ГМ	Операции и процедуры (Operationen und Prozedurenschlüssel: OPS)

ДЛЯ ЧЕГО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КСГ?

в качестве способа оплаты медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях в дневных стационарах, ориентированного на результаты деятельности медицинской организации

для повышения эффективности работы больницы, интенсификации использования коечного фонда и иных ресурсов

для классификации случаев госпитализации в клинически однородные группы со сходными характеристиками потребления ресурсов

в качестве инструмента для оценки работы больниц и сравнительного анализа, а также для объективного сравнения объемов и стоимости медицинской помощи

для планирования деятельности и составления бюджетов больниц

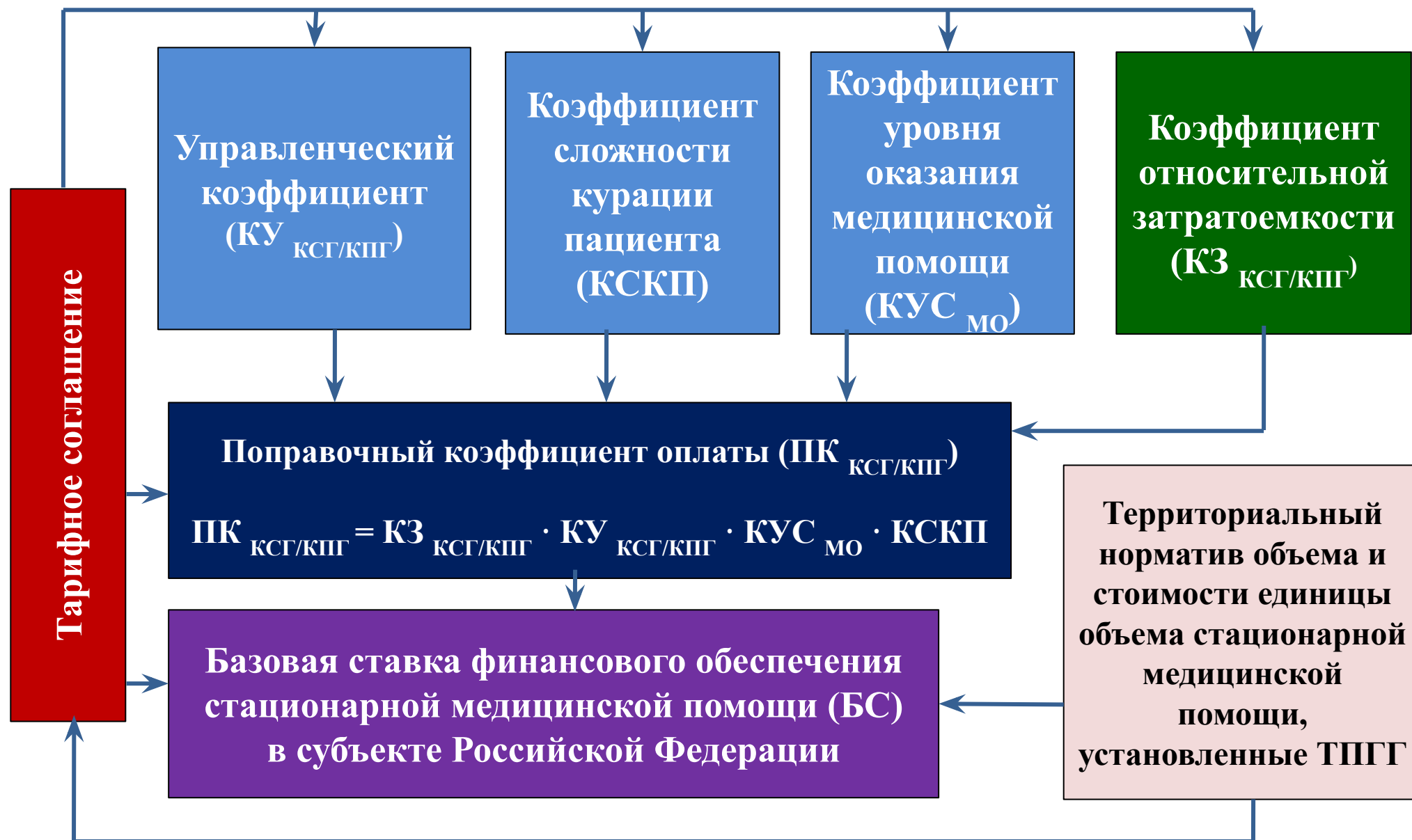
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ КОЙКИ

	2007	2012	2015	2018	2020
Средняя длительность лечения пациента (дни)	13,1	12,3	11,7	11,5	10,8
<i>в том числе: без социально-обусловленных заболеваний (туберкулез, психические расстройства)</i>	11,5	10,6	9,2	9,1	9,0
Число дней работы койки в году (дни)	318,2	323,0	331,0	333,0	335,0
Численность коек (без учета ФГУ) тыс.	1290,5	1117,9	986,6	964,5	892,0
Обеспеченность койками (без учета ФГУ) на 10 тыс. населения	90,8	78,1	68,7	67,0	61,9

Модель планирования и оплаты медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий, на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)



МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТОИМОСТИ КСГ/КПГ В РАМКАХ ТПГГ



ПРИНЦИПИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КСГ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. При оплате стационарной медицинской помощи - заболевания сгруппированные в клинико-статистические группы (КСГ) и заболевания, не входящие в них, укрупняются в клинико-профильные группы (КПГ). (КПГ необходимы для планирования нормативов объема медицинской помощи при формировании территориальных программ государственных гарантий). На КСГ и КПГ устанавливаются относительные коэффициенты затратоемкости.

Кроме того, при финансовом обеспечении стационарной медицинской помощи учитывается коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, управленческий коэффициент и в отдельных случаях - коэффициент сложности курации пациента.

При формировании клинико-статистических групп (КСГ) учитывается терапевтическое и хирургическое воздействие для дифференциации относительного коэффициента затратоемкости.

Данный подход не исключает возможность оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях на основе КПГ.

ПРИНЦИПИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КСГ, ЯВЛЯЮТСЯ

2. При оплате амбулаторной медицинской помощи законченным случаем лечения является обращение по поводу заболевания, на которое устанавливаются поправочные коэффициенты стоимости с учетом кратности посещений по поводу заболеваний в одном обращении по основным специальностям.

3. При оплате стоматологической медицинской помощи учитывается УЕТ, дифференцированная по работам, услугам, специальностям, взрослым и детям.

4. Клинико-статистические группы (КСГ), клинико-профильные группы заболеваний (КПГ), рекомендованные для стационарной медицинской помощи, могут быть использованы для оплаты медицинской помощи в дневных стационарах.

5. При использовании настоящих рекомендаций субъекты Российской Федерации вправе учитывать региональные особенности.

6. Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации следует проводить оценку эффективности деятельности стационаров больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений на основе методики, рекомендованной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ КСГ: (ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВСЕМИРНОГО БАНКА)

1. 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



Использование эффективного комплекса мер/ресурсов (труд/ капитал)



Непредоставление необходимых услуг («урезание»)



✓ отбор пациентов

Специализация на лечении определенных категорий больных



Перевод в другие больницы или попытки «избегать» высокочрезвычайно затратных пациентов (отказ от невыгодных больных или снятие сливок)



ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ КСГ: (ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВСЕМИРНОГО БАНКА)

2. 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) 

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ КСГ: (ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВСЕМИРНОГО БАНКА)

3. Рост числа случаев госпитализаций 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



ПРЕИМУЩЕСТВА / НЕДОСТАТКИ КСГ (ОПЫТ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Преимущества		Недостатки	
	Небольшое число тарифов (200-300) – простота восприятия		«Снятие сливок» (отбор легких пациентов внутри КСГ)
	Реальное (с учетом мирового опыта) соотношение затратоемкости случаев, а не просто исходя из длительности пребывания – справедливое распределение ограниченных ресурсов		Нет стимулов для сокращения числа госпитализаций
	Мотивация стационаров к эффективной работе		
	Разделение вмешательств операции / консервативное лечение		

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Случай с операцией?



ДА

По коду МКБ определение
терапевтической группы
и коэффициента относительной
затратоемкости (K_z)



НЕТ

По коду операции определение
хирургической группы и
коэффициента относительной
затратоемкости (K_z)



$$\text{Стоимость} = \text{БС} \cdot \text{РК} \cdot K_y \cdot K_{Kz}$$

Базовая ставка (БС):

18 470 руб. без РК
19 788 руб. с РК

Коэффициент уровня (K_y):

3-й уровень – 1,3

2-й уровень – 1

1-й уровень – 0,83

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ КСГ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Ни одна из медицинских
организаций не потеряла
более 10% от
среднемесячного
финансирования**

**Более 50%
всех счетов
формируется по топ - 18
КСГ**

**Уровень
госпитализации не
увеличился!**

**Сформирован
рейтинг медицинских
организаций
по средней тяжести случая**

САМЫЕ ПОПУЛЯРНЫЕ КСГ (В 2013 Г) ПО ОПЫТУ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

КСГ	Наименование группы	по числу случаев	по стоимости
40	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	6%	6%
27	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей	5%	3%
32	Стенокардия, хроническая ишемическая болезнь сердца	5%	5%
41	Острый бронхит, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	4%	3%
61	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	3%	3%
80	Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью	3%	3%
82	Родоразрешение	3%	2%
5023	Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 3	3%	5%
1	Кишечные инфекции	2%	1%
31	Гипертоническая болезнь	2%	2%
21	Острые нарушения мозгового кровообращения	2%	4%
22	Другие цереброваскулярные болезни	2%	2%
8	Сахарный диабет	2%	2%
78	Кровотечение в ранние сроки беременности	2%	2%
5012	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 2	2%	1%
5162	Искусственное прерывание беременности (аборт), Часть 2	2%	0,2%
42	Хронический бронхит, хобл, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	2%	1%
51	Болезни желчного пузыря, поджелудочной железы	2%	1%

Более 50% всех случаев выпадает на 18 КСГ, из них 3 хирургические

ТОП-10 ХИРУРГИЧЕСКИХ КСГ (В 2013 Г)

КСГ	Наименование группы	по числу случаев	по стоимости
5023	Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 3	12%	20%
5012	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 2	8%	5%
5162	Искусственное прерывание беременности (аборт), Часть 2	8%	1%
5173	Кесарево сечение, Часть 3	6%	6%
5181	Операции на женских половых органах, Часть 1	6%	4%
5132	Операции по поводу грыж, Часть 2	5%	4%
5184	Операции на женских половых органах, Часть 4	4%	6%
5244	Операции на органе зрения, Часть 4	4%	3%
5093	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях, Часть 3	4%	3%
5183	Операции на женских половых органах, Часть 3	3%	3%

77 из 82 хирургических групп было предъявлено в счетах за январь-апрель
Более 60% всех хирургических случаев выпадает на 10 КСГ

Наиболее
распространенные
операции

КСГ	Наименование группы	по числу случаев
A16.20.037	Искусственное прерывание беременности (аборт)	1903
A16.20.005	Кесарево сечение	1489
A16.20.005.001	Расширение шеечного канала	938
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	786
A16.26.093	Факоэмульсификация, факофрагментация, факоаспирация	753
A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи	740
A16.03.028	Открытое лечение перелома с внутренней фиксацией	735
A16.18.009	Аппендэктомия	732
A16.20.053	Разрез промежности (эпизиотомия)	690
A16.20.030	Восстановление вульвы и промежности	633

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ВНЕДРЕНИЯ КСГ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Тяжесть заболеваний по уровням оказания медицинской помощи (январь-апрель 2013)

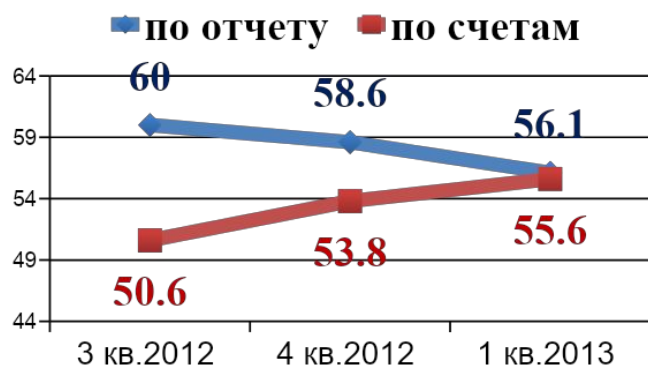


Вывод

- ✓ трехуровневая система оказания медицинской помощи соответствует тяжести пациентов
- ✓ адекватная модель маршрутизации пациентов

РЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

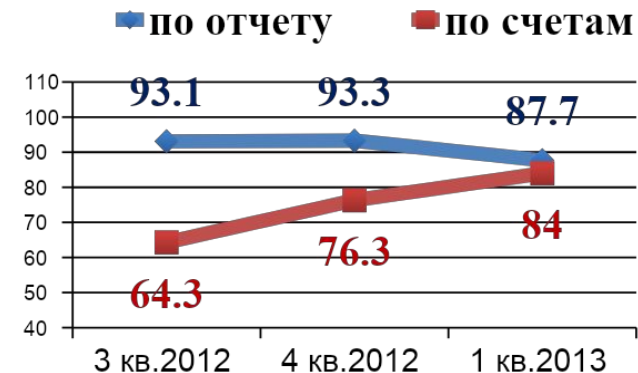
Северная ГБ



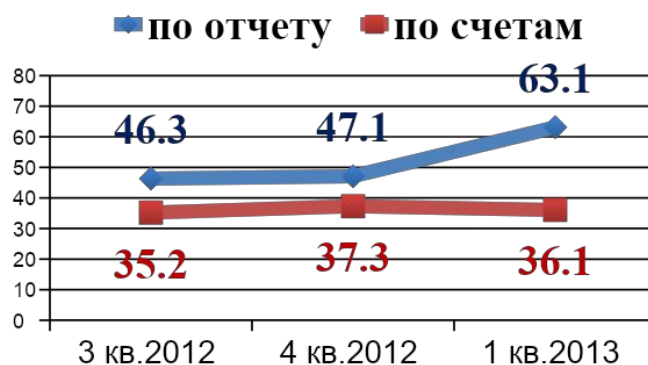
ГБ №6 «Лепсе»



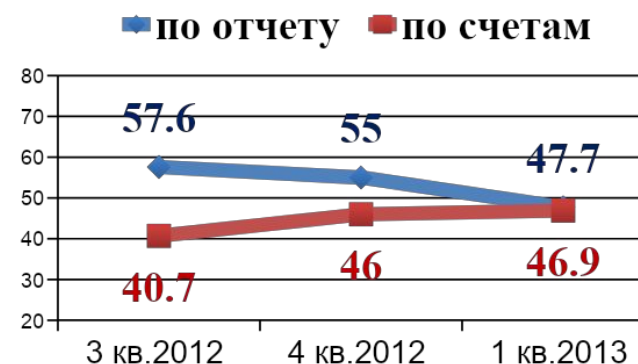
ОБ клиническая



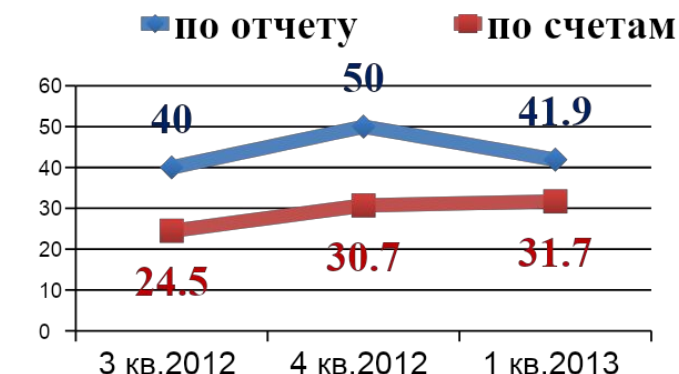
Верхнекамская ЦРБ



Кильмезская ЦРБ



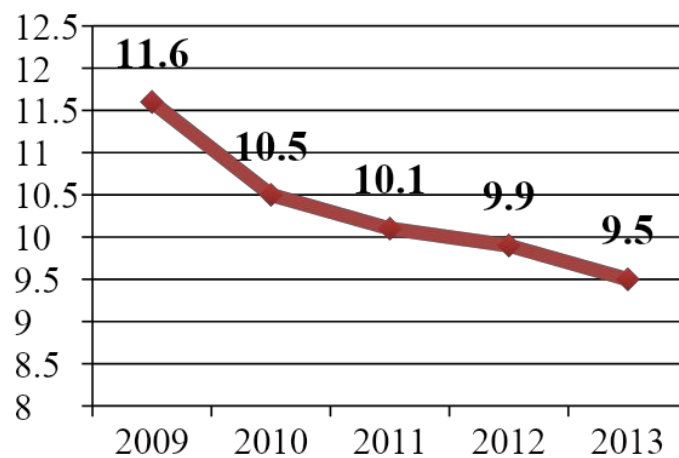
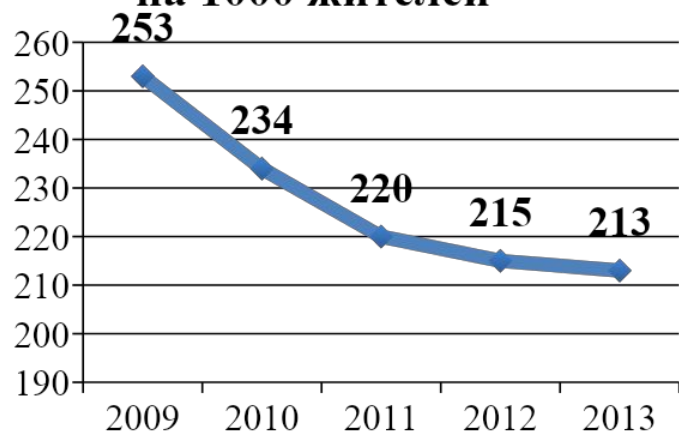
Котельничская ЦРБ



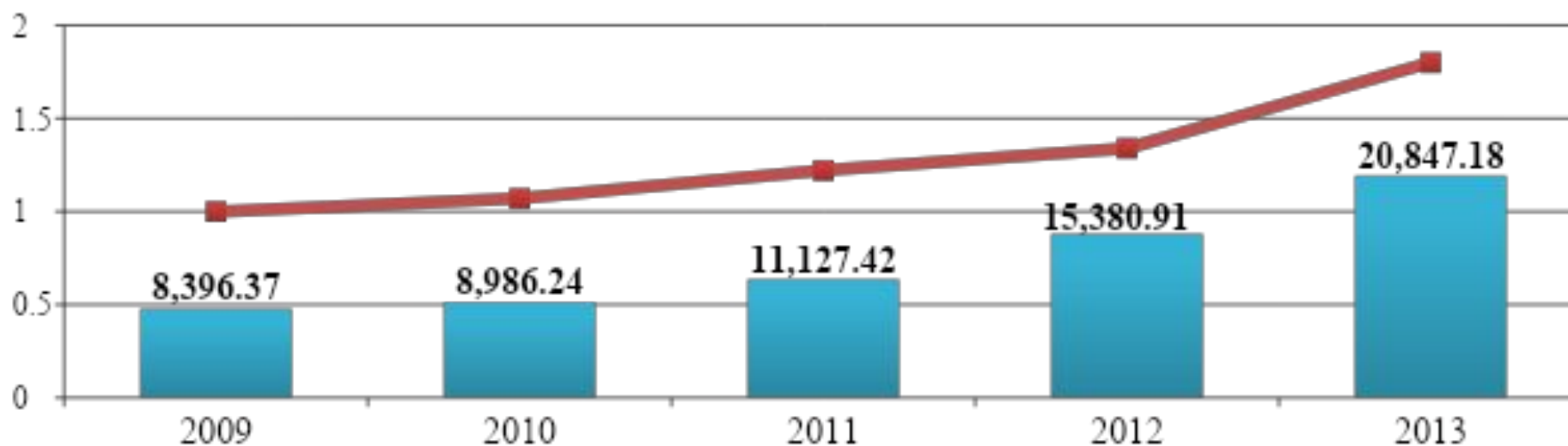
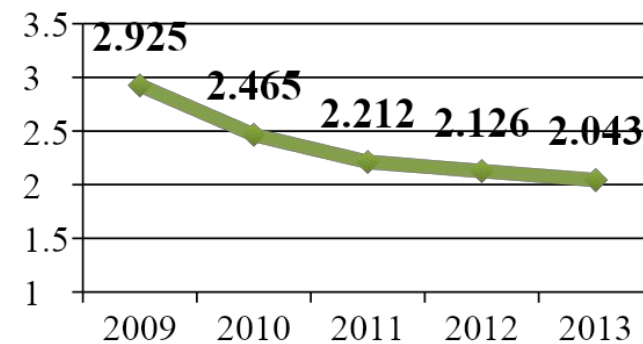
*С внедрением дифференцированной оплаты с операцией и без
растет реальная хирургическая активность
При этом уменьшаются стимулы приукрашивать статистику*

ИТОГИ

Уровень госпитализации
на 1000 жителей



Число дней
госпитализации на 1
жителя в год

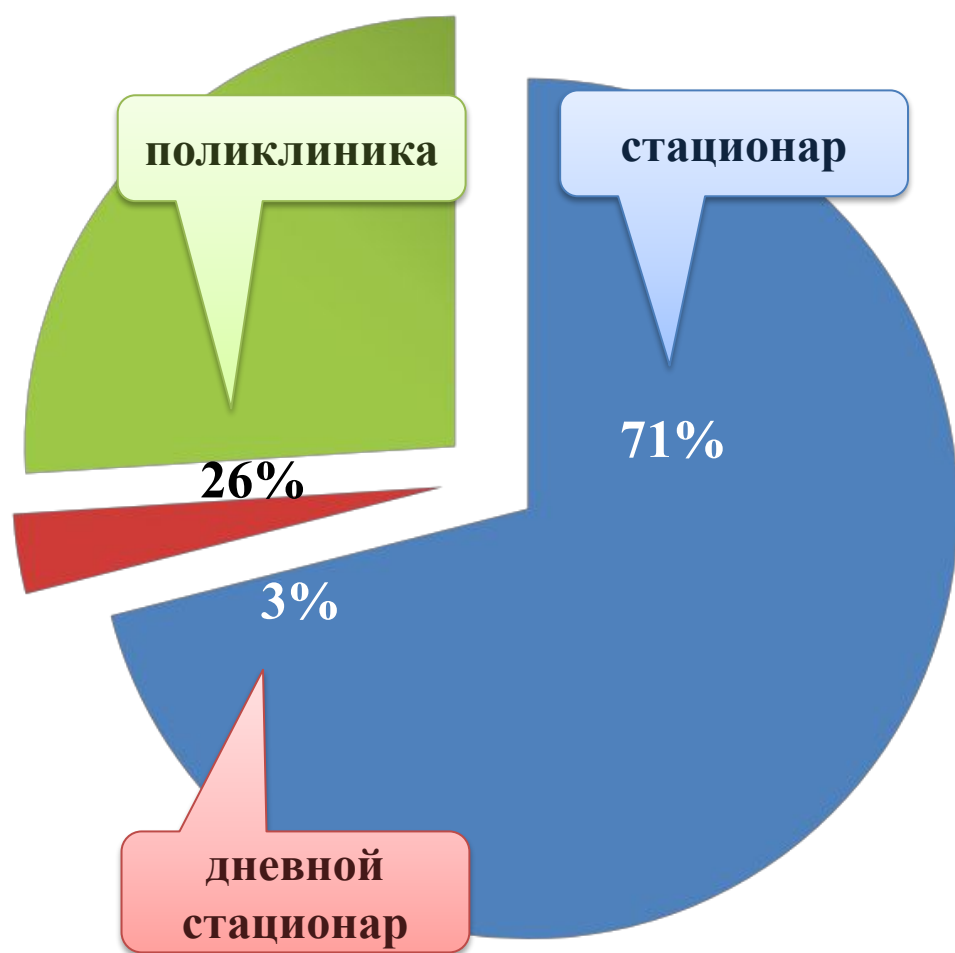


■ Средняя стоимость 1 случая, руб.

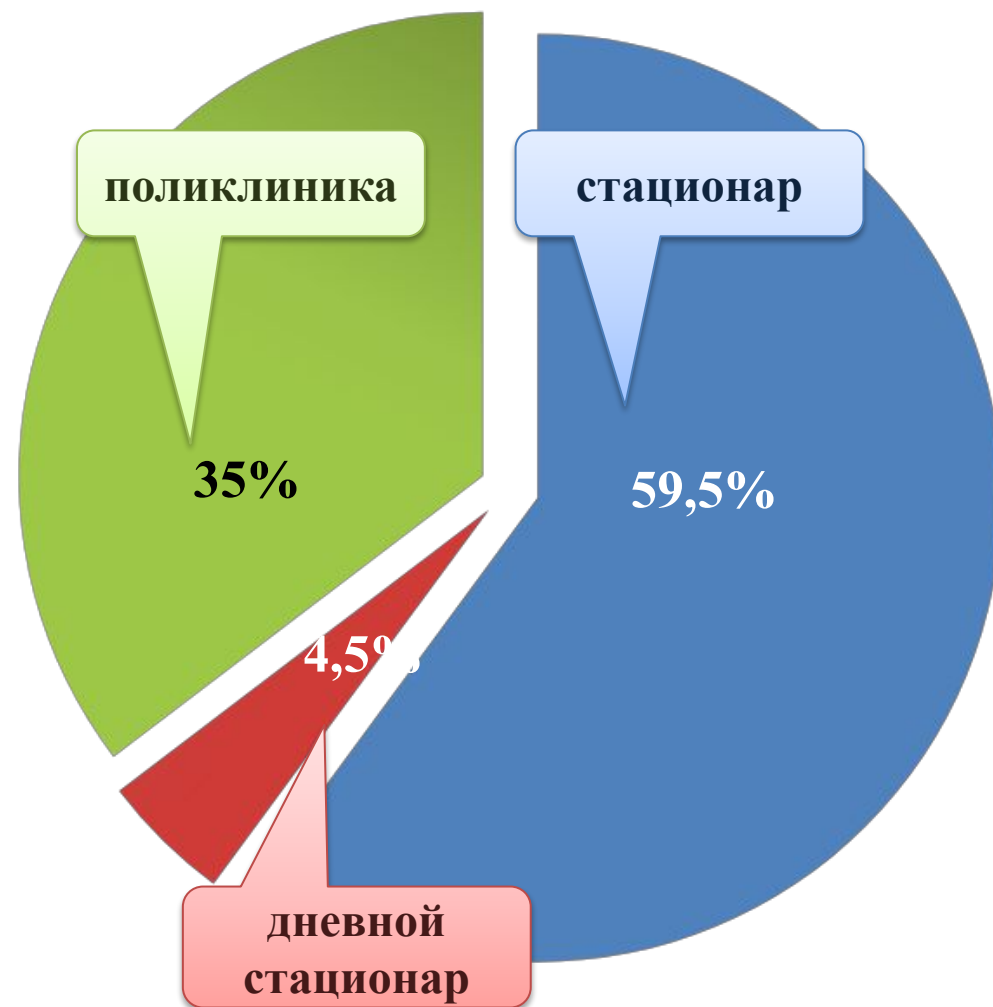
■ Рост расходов на здравоохранение к 2009 году

ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ РАСХОДОВ ПО УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Структура расходов в ОМС, 2009



Структура расходов в ОМС, 201





**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!