

4. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с.

5. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях. Методические рекомендации. – М., 2015. – 46 с.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ (КСГ) КАК НОВЫЙ МЕТОД ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

М. В. Авксентьева, С. К. Салахутдинова

**Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте РФ;**

Представительство Всемирного банка в России

С 2012 г. в Российской Федерации осуществляется внедрение клинико-статистических групп (КСГ) как метода оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи. КСГ – это классификация стационарных случаев в группы, однородные с точки зрения клинической практики и сходные по средней ресурсоемкости. Каждая КСГ включает в себя случаи со схожими клиническими характеристиками и схожей ресурсоемкостью, то есть средней стоимостью, структурой затрат и набором используемых клинических ресурсов.

Подобные КСГ классификации обозначаются и другими терминами, такими как клинико-затратные группы (КЗГ) или диагностически родственные группы (ДРГ, от англ. diagnostic-related groups, DRG). Общим англоязычным термином, объединяющим подобные классификации, является «case-mix» – «смесь случаев» в буквальном переводе, но наиболее известен термин DRG. Так называется первая модель классификации случаев госпитализации в сходные по ресурсоемкости группы, которая была разработана в Йельском университете в США, внедрена в системе Медикейд и используется до сих пор, систематически обновляясь. В настоящее время КСГ применяются для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях во многих странах мира, что обусловлено их высоким управленческим потенциалом, а именно возможностью на их основе

стимулировать медицинские организации к повышению эффективности расходования ресурсов [1].

В РФ принято следующее определение КСГ: «группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)». С начала внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) специалистами поднимался вопрос об оплате стационаров на основе аналогичных ДРГ систем.

Тем не менее такого решения принято не было и вплоть до недавнего времени в субъектах РФ применялись различные методы платы медицинской помощи. Решение о разработке единой модели для всей страны было принято только в 2012 г. Программой государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. был предложен способ оплаты медицинской помощи в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе КСГ. С 2015 г. на оплату по КСГ переводятся и дневные стационары [2, 3].

Ежегодно Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) с 2012 г. готовятся рекомендации по формированию

способов оплаты медицинской помощи в рамках ППГ на основе групп заболеваний, в том числе КСГ. Актуальная версия рекомендаций (на 2016 г.) была разослана информационным письмом Минздрава России № 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда ОМС № 8089/21-и от 24.12.2015 [4].

Основные цели внедрения КСГ в РФ можно сформулировать следующим образом:

1) унификация методов оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории РФ;

2) повышение справедливости системы финансирования стационаров, заключающейся в более высокой оплате за больший объем оказанных услуг и более сложные и тяжелые случаи;

3) 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.

Российская модель КСГ – классификация случаев госпитализации по затратоемкости – была разработана в рамках проекта, реализованного по соглашению между Федеральным фондом ОМС и Международным банком реконструкции и развития, в течение 2012–2015 гг. Проект реализовывался в два этапа в пилотных субъектах РФ.

На первом этапе было три пилотных региона: Кировская, Липецкая и Томская области. На втором этапе было выбрано по одному пилотному субъекту РФ в каждом федеральном округе, и пилотными стали Кемеровская, Московская и Свердловская области, Республика Татарстан, Санкт-Петербург, Краснодарский, Ставропольский и Хабаровский края. Параллельно с 2014 г. многие субъекты РФ стала переходить на оплату стационарной помощи по КСГ самостоятельно. Во всех пилотных регионах неоднократно проводились совещания федеральных округов, что давало возможность обсудить процесс внедрения и внести коррективы как в саму модель, так и в правила ее применения. В 2015 г. разработанная в проекте модель КСГ, в том числе

частично или в сочетании с оплатой по КППГ, была применена в 63 субъектах РФ, что свидетельствует о широкой распространенности системы КСГ в регионах и возможности ее внедрения как единой системы оплаты стационарной медицинской помощи во всех субъектах РФ.

КСГ в РФ создавались на основе тех же принципов, что и в других странах, но учитывались и отечественные особенности функционирования здравоохранения и системы ОМС. Основой для российской модели КСГ, как и в других странах, были сведения о фактических затратах на ведение больных в стационарах пилотных регионов. Модель неоднократно корректировалась по результатам пилотного внедрения и экспертных оценок, что привело к ее существенному усложнению за 4 года проекта. Если в первой версии модели было всего 187 КСГ для круглосуточного стационара, то на 2016 г. методическими рекомендациями предлагается уже 308 КСГ для круглосуточного стационара и 118 – для дневного.

Принципы классификации случаев госпитализации в российской модели КСГ выглядят следующим образом. Случай госпитализации относится к конкретной КСГ по двум основным классификационным критериям:

1) диагноз, закодированный по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10);

2) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская услуга, закодированная в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг* и существенно влияющая на расходы стационара.

В ряде случаев используются дополнительные классификационные критерии: возраст, пол, сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (также закодированные по МКБ 10), длительность лечения. Отнесение случая к КСГ производится в автоматическом режиме в информационной системе на основании данных, внесенных в реестры счетов.

* В первой версии КСГ использовалась Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Минздрава России от 27 декабря 2011 г. № 1664н в редакции приказа Минздрава России от 28 октября 2013 г. № 794н. В настоящее время в КСГ используется рабочая актуализированная версия номенклатуры с изменениями и дополнениями.

Часть КСГ является комбинированными, то есть отнесение случая к таким группам производится на основании комбинации диагноза и услуги (оперативного вмешательства, лучевой терапии, а также некоторых

дорогостоящих видов лекарственной терапии и диагностических обследований). В частности, все КСГ онкологического профиля являются комбинированными, пример приведен на рисунке.

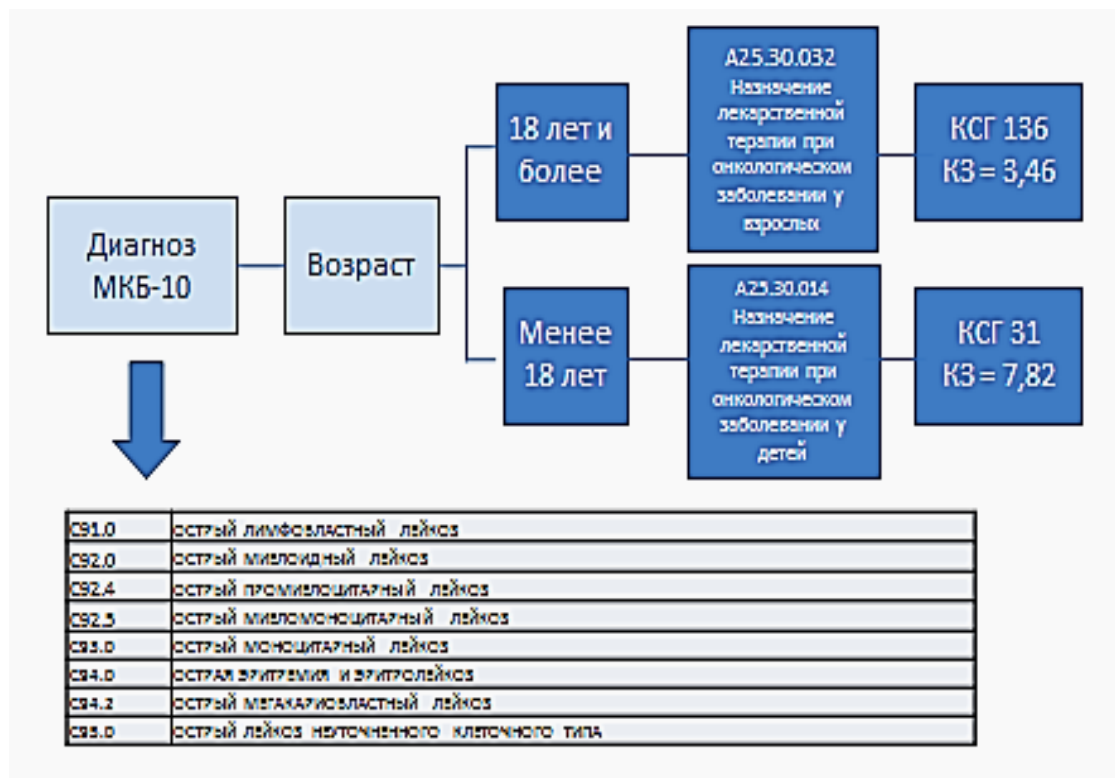


Рис. Комбинированные группы в российской модели КСГ: острые лейкозы у детей и взрослых

КСГ в методических рекомендациях разнесены по профилям, но следует иметь в виду, что такое отнесение носит условный характер и не означает, что оплата производится в зависимости от профиля койки/отделения. Напротив, система КСГ предполагает, что оплата случая не зависит от отделения, где лечился больной. Госпитализация больного в отделение соответствующего профиля должна быть обоснованной, и, как обычно, обоснованность госпитализации проверяется при экспертизе качества медицинской помощи.

Содержание КСГ и инструкция по группировке ежегодно рассылается ФОМС в территориальные фонды ОМС после утверждения методических рекомендаций на предстоящий год.

Для всех КСГ на основе анализа фактических расходов на стационарное лечение в пилотных регионах рассчитан коэффициент

относительной затратоемкости (КЗ) случая госпитализации, входящего в данную группу. КЗ показывает, во сколько раз случай, входящий в каждую КСГ, дешевле или дороже среднего случая госпитализации (так называемой базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи). Тариф в денежном выражении на случай, входящий в каждую КСГ, определяется путем умножения КЗ на базовую ставку, которая устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации.

Методика расчета КЗ и базовой ставки обеспечивает принцип нейтральности бюджета: объемы выплат медицинским организациям не могут превышать объем финансирования системы.

В табл. 1 приведены КЗ для 10 самых затратоемких и 5 самых «дешевых» КСГ в действующей модели. В настоящее время

самый высокий КЗ у КСГ 153 «Ремонт и замена речевого процессора»; самый низкий – у КСГ 16 и 200 «Ангионевротический отек, анафилактический шок» и «Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)» – 0,27. Это означает, что при средней стоимости случая госпитализации 20 тыс. руб. максимальный тариф для КСГ 153 составит: $20\,000 \times 25,0 = 500\,000$ руб., минимальный – для КСГ 16 и 200 – $20\,000 \times 0,27 = 5\,400$ руб.

Тариф покрывает все расходы, оплачиваемые системой ОМС, то есть все, кроме капитального строительства, ремонта и приобретения оборудования стоимостью более 100 тыс. руб. за единицу. Структура расходов при этом различна, так в самой дорогой КСГ 153 основная доля затрат приходится на сам речевой процессор, но в большинстве КСГ максимальная доля расходов приходится на заработную плату.

Отличительной особенностью модели КСГ на 2016 г. от предыдущих лет является

выделение ряда КСГ с высокими КЗ для оплаты случаев госпитализации, в которых применялись конкретные дорогостоящие технологии, в том числе дорогостоящие лекарственные препараты. Это и таргетные препараты для лечения злокачественных новообразований, и генно-инженерные препараты для лечения целого ряда заболеваний (артропатии и спондилопатии, болезнь Крона, язвенный колит, тяжелый псориаз, бронхиальная астма), и иммуноглобулины для лечения заболеваний нервной системы. Например, в табл. 1 указан КЗ для КСГ 140 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы», он равен 7,92. Исходя из средней стоимости госпитализации в 20 тыс. тариф на применение противоопухолевых таргетных препаратов составит 158,4 тыс. руб. Выделение таких КСГ должно способствовать повышению доступности современного лечения для пациентов.

Таблица 1

Некоторые клинико-статистические группы (КСГ) и соответствующие им коэффициенты относительной затратоемкости (КЗ). Источник [4]

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
153	Ремонт и замена речевого процессора	25,00
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	14,49
279	Ожоги (уровень 5)	11,12
298	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92
31	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,40
187	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12
186	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
100	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
63	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
296	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом	0,28
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)	0,27

Примечание. В названии некоторых КСГ присутствует слово «уровень». Уровень в названиях относится к затратоемкости группы, которая отражена значением КЗ: чем выше уровень, тем больше КЗ и, соответственно, оплата за случай, входящий в данную группу.

Следует отметить, что большая часть таких дорогостоящих методов лечения может применяться в условиях дневного стационара, при этом КЗ рассчитывались таким образом, чтобы тарифы в денежном выражении для дневного стационара были приближены к тарифам круглосуточного стационара (табл. 2), и так стимулировалось бы применение стационарозамещающих форм

оказания медицинской помощи, удобных для больных и выгодных системе здравоохранения.

В целях повышения доступности эффективного лечения специально для дневного стационара выделено несколько КСГ для оплаты лечения больных с хроническими гепатитами (табл. 3).

Таблица 2

Примеры КЗ для КСГ круглосуточного и дневного стационара

Наименование КСГ	Номер КСГ		КЗ	
	круглосуточного стационара	дневного стационара	круглосуточного стационара	дневного стационара
Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	140	54	7,92	14,41
Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	31	13	7,82	14,23
Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов*	295	109	5,35	9,74
Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина	84	36	4,32	7,86

*КСГ для круглосуточного стационара называется «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии».

Таблица 3

КСГ для оплаты лечения больных с хроническими гепатитами

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
21	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75
22	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,1
23	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	9
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4	12,85

Примечание. КЗ покрывает расходы на месяц лечения.

В целях адаптации федеральной модели КСГ к региональным особенностям субъекты РФ могут применять поправочные коэффициенты:

- 1) коэффициент уровня стационара (КУС);
- 2) коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП);
- 3) управленческий коэффициент (КУ).

Также в субъектах может использоваться такой механизм адаптации, как выделение подгрупп из существующих КСГ с использованием основных и дополнительных классификационных критериев. Правила применения поправочных коэффициентов и выделения подгрупп сформулированы в методических рекомендациях [4].

Важно понимать, что КСГ не регламентируют применение конкретных технологий диагностики и лечения больных. Даже когда отнесение к КСГ производится по критерию применения конкретной технологии (оперативному вмешательству, лекарственному лечению), объем медицинской помощи регулируется иными документами, такими как стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, протоколы лечения и др.

Другим важным принципом оплаты по КСГ является применение усредненного тарифа. С точки зрения управления системой это является важным преимуществом КСГ перед оплатой по нормативам, установленным на основе стандартов медицинской помощи (медико-экономических стандартов). Распределение доступных средств между всеми возможными причинами госпитализации на основе единых критериев, отражающих сложность лечебно-диагностического процесса, обеспечивает системный и справедливый подход к оплате медицинской помощи.

Все случаи, объединенные в одну КСГ, оплачиваются по усредненному тарифу, то есть в одну КСГ заведомо попадают случаи с разной стоимостью, однако колебания этой стоимости в большинстве случаев должны быть невелики и в оптимальном варианте укладываться в пределы 95 % доверительного интервала (средняя \pm 2 стандартных отклонения от средней). Не следует ожидать идеального распределения случаев внутри КСГ по стоимости. Всегда есть некоторое количество случаев с чрезмерно коротким или длительным пребыванием, для оплаты которых предусмотрены особые правила.

Тем не менее стоимость большинства случаев в группе должна попадать в доверительный интервал. Таким образом, оплата медицинской помощи по КСГ не предполагает покрытия фактических расходов в каждом конкретном случае госпитализации, а представляет собой механизм распределения имеющихся средств на основе сложившегося соотношения расходов на разные заболевания, в результате ответственность за распределение ресурсов делится между плательщиком и медицинской организацией.

Медицинская организация, работающая в системе ОМС, не может самостоятельно выбрать тот или иной метод оплаты: методы оплаты медицинской помощи в субъекте РФ устанавливаются территориальной программой бесплатного оказания медицинской помощи населению. Однако медицинские организации и профессиональные объединения медицинских специалистов играют значительную роль в развитии КСГ, анализируя результаты внедрения нового метода оплаты и подготавливая обоснованные предложения по изменению содержания групп. Обоснованным считается предложение, базирующееся на объективных данных (о структуре причин госпитализаций, фактических расходах медицинской организации) и предусматривающее возможность не увеличения, а перераспределения средств в сторону оказания медицинской помощи в более сложных случаях. Также важным шагом в направлении совершенствования КСГ в стране является внедрение в медицинских организациях систем учета затрат с персонифицированным учетом медикаментов и дорогостоящих расходных материалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. O'Dougherty Sh., Cashin C., Samyshkin E., et al. Case-Based Hospital Payment Systems. In: Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How to Manuals. Ed. By John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. 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».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 года № 1273 «О программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
4. Письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938 и ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».