

УДК 338

DOI 10.21661/r-114940

Н.В. Брыксина, М.Ю. Ключников, О.В. Аленичева

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация: в статье рассматривается опыт оплаты медицинских услуг в условиях стационара с использованием клинико-статистических групп, сложившийся в системе обязательного медицинского страхования Свердловской области. На основе анализа статистических данных показано, что применение данного способа оплаты отвечает задачам одноканального финансирования, позволяет влиять на структуру госпитализаций, применение новых медицинских технологий, увеличение оперативной активности и способствует более оптимальному распределению ограниченных финансовых ресурсов в системе ОМС.

Ключевые слова: оплата медицинской помощи, оплата медицинских услуг, клинико-статистические группы, обязательное медицинское страхование, одноканальное финансирование, медико-экономический стандарт, экономика здравоохранения.

N.V. Bryksina, M.Yu. Klyuchnikov, O.V. Alenicheva

ECONOMIC ASPECTS OF THE USE OF INNOVATIVE METHODS OF STATIONARY MEDICAL SERVICES PAYMENT IN OBLIGATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

Abstract: the article considers the payment of medical services experience in a hospital with clinical and statistical groups, formed in the system of obligatory medical insurance of the Sverdlovsk region. Based on the analysis of statistical data shows that the use of this method of payment meets the challenges of the single-channel financing,

allowing to influence the structure of hospitalization, the use of new medical technologies, the increase in operational activity and contributes to more optimal allocation of limited financial resources in the system of obligatory medical insurance.

Keywords: *medical care payment, medical services payment, clinical and statistical groups, obligatory health insurance, single-channel financing, medical and economic standards, healthcare economics.*

В настоящее время в Российской Федерации активно ведется формирование нормативной базы, вводящей для всех регионов единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи. Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи установлено, что наиболее эффективным способом оплаты медицинской помощи в стационарных условиях является оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний). Он в наибольшей степени отвечает задачам одноканального финансирования и ориентирован на результат деятельности медицинских организаций.

Клинико-статистические группы (КСГ) – это «группы клинически однородных случаев лечения, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)» [1]. Впервые КСГ были разработаны группой специалистов из Йельского университета (США) в конце 70-х годов XX века. На современном этапе широко применяются в европейских странах, но реализуется по-разному. Основные цели применения КСГ:

– для формирования бюджетов стационаров, исходя из структуры пролеченных случаев (Швеция, Финляндия);

– для определения тарифов оплаты стационарной помощи (США, Франция, Германия).

Зарубежный опыт показывает, что к числу основных экономических стимулов применения КСГ для оплаты медицинской помощи можно отнести:

- сокращение расходов в расчете на один пролеченный случай;
- увеличение доходов в расчете на один пролеченный случай;
- увеличение числа пролеченных случаев.

Разработка российской модели клинико-статистических групп заболеваний была начата в 2012 году при содействии экспертов Всемирного банка и к настоящему времени эволюционно прошла три этапа своей трансформации. На первом этапе были проанализированы затраты на оказание медицинской помощи в условиях стационара на примере трех регионов Российской Федерации, итогом чего стала первая российская классификация КСГ. В качестве основных результатов внедрения данной модели КСГ в ряде субъектов Российской Федерации в 2013 году были отмечены «снижение средней длительности пребывания пациента на койке и более полный учет статистической информации, в том числе кодирование хирургических операций в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг» [2].

В 2013 году появилась вторая модель КСГ, что позволило констатировать не только «... снижение средней длительности случая госпитализации и соответствующего ему увеличения показателя работы (занятости и оборота) койки», а также «... повышение доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств» [2].

Начиная с 2015 года в практику деятельности медицинских организаций была запущена третья модель КСГ. Одним из позитивных изменений, отмеченным по итогам 2015 года, стало снижение дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания, выполнении

одинаковых хирургических операций и (или) других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий в пределах уровня оказания помощи, что может рассматриваться в качестве свидетельства повышения справедливости системы финансирования.

В Свердловской области переход на оплату медицинских услуг в условиях стационара на основании КСГ был осуществлен с 1 января 2014 года. За более чем двухлетний период в регионе накоплен предварительный опыт применения данного способа финансирования. В связи с чем представлялось интересным проанализировать, насколько экономические стимулы внедрения данного способа оплаты, выработанные общемировой практикой, достижимы в практике отечественного здравоохранения.

Так, анализ показателей выполнения Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) Свердловской области за январь-август 2014 года в сравнении с аналогичным периодом 2013 года (когда применялась оплата законченных случаев лечения с использованием медико-экономических стандартов) свидетельствует, что средняя стоимость одного койко-дня пребывания в круглосуточном стационаре снизилась в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 2,8%, а без учета высоко-технологичной медицинской помощи (ВМП), которая оплачивается по другим принципам, – на 8,4% (табл. 1).

Таблица 1

Динамика средней стоимости единицы медицинской помощи при изменении способа оплаты за январь–август 2014 года в сравнении с аналогичным периодом 2013 года (по материалам Территориального фонда ОМС Свердловской области)

Вид медицинской помощи	За январь–август 2013 года	За январь–август 2014 года	Темп роста к 2013 г., %
Стационарная помощь,	25 920,5	25 182,1	97,2

в том числе:			
без ВМП	25 920,5	23 745,9	91,6
ВМП	–	153 667,5	–

При этом объем медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара при переходе на КСГ сократился на 3,2% (табл. 2). В денежном выражении финансирование медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в 2014 году составило 94,1% по отношению к аналогичному периоду 2013 года. Данное сокращение обусловлено тем, что наряду с переходом на новые методы оплаты медицинской помощи происходила оптимизация коечного фонда и стимулирование оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе и за счет применения для них «своих» КСГ.

Таблица 2

Показатели выполнения Территориальной программы ОМС
(далее ТП ОМС) за январь–август 2014 года в сравнении
с аналогичным периодом 2013 года

(по материалам Территориального фонда ОМС Свердловской области)

Виды медицинской помощи	Фактические показатели ТП ОМС за январь–август 2013 года		Фактические показатели ТП ОМС за январь–август 2014 года			
	Объем мед. помощи	Объем финансирования (тыс. руб.)	Объем мед. помощи	Темп роста к 2013 г., %	Объем финансирования (тыс. руб.)	Темп роста к 2013 г., %
Скорая медицинская помощь (вызовы)	700 285	1 989 163,3	704 597	100,6	2 031 322,0	102,1
Амбулаторная помощь (тыс. посещ.)	23 351, 7	8 893 414,9	22 190, 7	95,0	8 617 164,8	96,9
Стационарно-замещающая помощь (пациенто-дни)	1 443 507	1 350 141,9	1 520 374	105,3	2 289 950,6	169,6

Стационарная помощь (госпит.)	526 519	13 647 626,0	506 920	96,8	12 840 878,2	94,1
Всего на оплату мед. помощи	–	25 880 346,1	–	–	25 779 315,1	–

Если 2014 год стал переходным периодом в адаптации к новым способам оплаты, то данные 2015–2016 годов подтверждают наметившуюся тенденцию: объемы стационарной медицинской помощи сокращаются на 1,5–2% на фоне увеличения объемов стационарно-замещающей помощи на 2%, а стоимость одного койко-дня госпитализации снижается на 4–5% в круглосуточном стационаре и на 11% в дневном стационаре (табл. 3).

Таблица 3

Показатели Территориальной программы ОМС за 2015–2016 гг.
(по материалам Территориального фонда ОМС Свердловской области)

Виды медицинской помощи	Территориальная программа ОМС 2015 года		Территориальная программа ОМС 2016 года			
	Объем мед. помощи (единиц)	Стоимость Единицы помощи (руб.)	Объем мед. помощи (единиц)	Темп роста к 2015 г., %	Стоимость единицы помощи (руб.)	Темп роста к 2015 г., %
Стационарная помощь, в том числе:	786 298	26 062,9	772 386	98,2	25 119,6	96,4
Без ВМП	772 846	24 240,2	758 819	98,2	22 979,0	94,8
ВМП	13 452	130 780,1	13 567	100,8	144 846,5	110,8
Стационарно-замещающая помощь	264 068	15 436,3	269 218	102,0	13 626,9	88,3

Что касается влияния новых способов оплаты на структуру оказываемой медицинской помощи и стимулирование оперативной активности, то данные таблицы 4 убедительно доказывают, что применение КСГ через механизм поправочных коэффициентов позволяет стимулировать медицинские организации на

применение тех или иных медицинских технологий, которые наиболее востребованы в региональном здравоохранении.

Таблица 4

Результаты оптимизации КСГ по профилю «травматология-ортопедия»
в 2014–2015 гг. (по материалам Территориального фонда
ОМС Свердловской области)

Наименование операции	Всего количество случаев			Тариф, руб.		
	За январь-июль 2014 г.	За август-декабрь 2014 г.	За январь-сентябрь 2015 г.	За январь-июль 2014 г.	За август-декабрь 2014 г.	За январь-сентябрь 2015 г.
Эндопротезирование тазобедренного сустава	21	86	299	46 501	107 215	115 119
Артроскопическая пластика связок коленного сустава	14	30	89	44 242	72 381	75 007
Соединение кости титановой пластиной	1018	1067	2235	30 054	69 102	73 178
Интрамедуллярный стержневой остеосинтез	571	629	1202	30 054	69 102	78 131

На примере оптимизации КСГ по профилю «травматология-ортопедия» видно, что с ростом стоимости законченного случая лечения прогрессивно увеличивается общее количество пролеченных пациентов. Причем анализ месячной динамики показывает, что оперативная активность увеличивается равномерными темпами, не демонстрируя снижений (рис. 1).

Таким образом, предварительные итоги работы медицинских организаций Свердловской области в условиях перехода на применение КСГ позволяют отметить, что данный метод оплаты в целом отвечает задачам одноканального финансирования и способствует перераспределению ресурсов, направляемых в систему здравоохранения, исходя из поставленных управленческих задач.

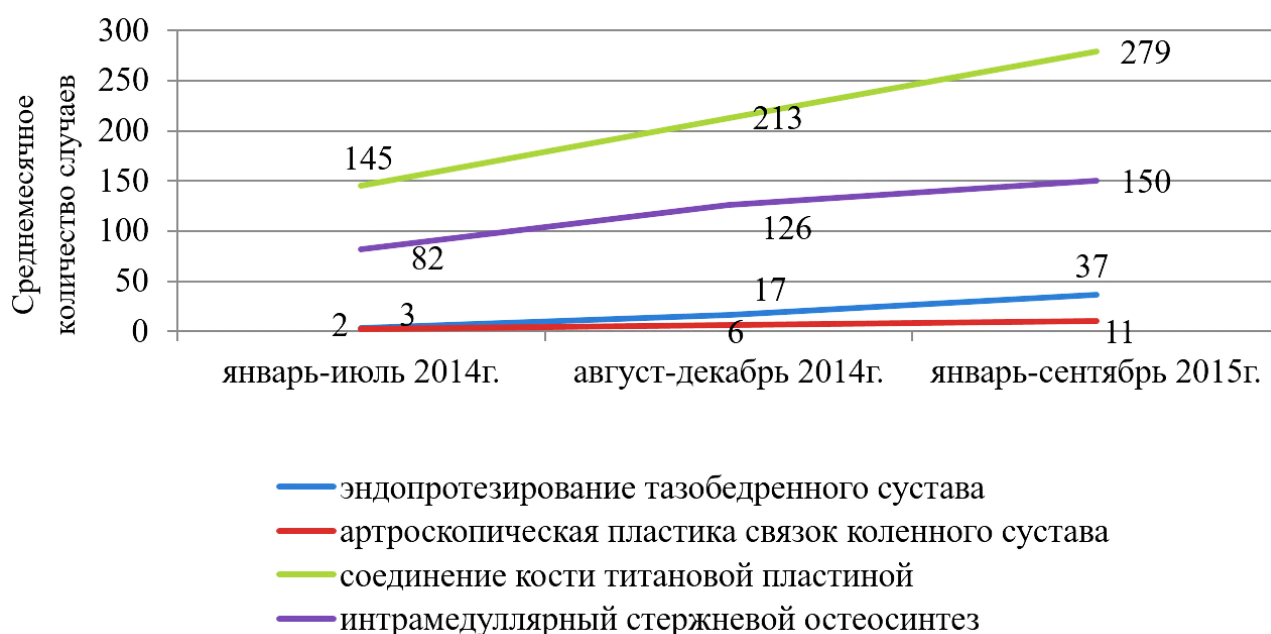


Рис. 1. Динамика среднемесячного количества оперативных вмешательств в результате оптимизации КСГ по профилю «травматология-ортопедия» в 2014–2015 гг. (по материалам Территориального фонда ОМС Свердловской области)

Вместе с тем, наряду с позитивными результатами нельзя не отметить существование и ряда проблем, имеющих место в региональной системе обязательного медицинского страхования, которые можно сгруппировать в два блока:

1. Проблемы организационного характера, обусловленные вынужденной адаптацией системы КСГ запросам системы управления.

2. Функциональные проблемы «механизма» КСГ.

К числу проблем первого типа можно отнести такие, как:

– ежегодная смена структуры и количества клинико-статистических групп, что неизбежно приводит к перекодировке уже оказанных услуг и ошибкам в медицинской документации и статистике;

– ежегодное запоздание выхода тарифного соглашения по ОМС на месяц (обычно появляется в конце января, а приложения в начале февраля), что существенно осложняет лечебную, финансовую и статистическую работу медицинских учреждений;

– противоречия распределения медицинских услуг по КСГ: попадание более «дорогих» услуг в «дешевую» КСГ и наоборот, что приводит к подмене диагноза либо подмене медицинской услуги. Наличие медицинских услуг, «подходящих» для конкретного клинического случая, в разных по стоимости КСГ вынуждает врача относить случай к более «дорогой» КСГ;

– одновременное нахождение внутри одной КСГ несоизмеримых по стоимости медицинских услуг;

– отсутствие некоторых актуальных медицинских услуг, что фактически означает запрет оказания данных услуг по КСГ или заведомую махинацию с диагнозами и услугами со стороны медицинской организации;

Ко второму блоку можно отнести следующие:

– так называемое «снятие сливок» – оказание предпочтения пациентам, затраты на лечение которых ниже, чем оплата по КСГ;

– отказ или ограничение госпитализации пациентов с потенциально более высокими затратами на лечение. Так, например, затраты на выполнение пластики крестообразных связок коленного сустава или пластики суставной губы плечевого сустава гораздо выше, чем оплата по 222 КСГ. В результате эти пациенты вынуждены либо ждать своей очереди на квотируемую услугу по ВМП, либо искать внебюджетные формы оплаты, либо соглашаться на операцию с установкой дешевых металлических имплантов;

– снижение качества оказания лечения за счет исключения дорогостоящих услуг или составляющих эти услуги (медикаменты, технологии и т. д.). Например, в травматологии и ортопедии это касается использования дешевых, а соответственно менее качественных имплантов (металлоконструкции, протезы и др.) и расходных материалов, в первую очередь операционных. Кроме того, стационары вынуждены использовать более дешевые, а зачастую устаревшие технологии лечения, например, прибегать к открытым операциям вместо современных артроскопических;

– повторные госпитализации – госпитализация в рамках этапного лечебного процесса, операции на парных органах, госпитализация с другим диагнозом.

Таким образом, в подведение итогов проведенного исследования, представляется целесообразным отметить, что «страховые принципы финансового обеспечения медицинской помощи позволяют наиболее успешно внедрять способы ее оплаты, ориентированные на результаты деятельности учреждений здравоохранения» [3], что дополнительно указывает на необходимость исследования способов оплаты медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.

Список литературы

1. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования // Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://journal.nephro.ru/content/files/docs/met_rec_payment_16.pdf#1

2. О методических рекомендациях по способах оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования: Письмо Минздрава России и ФФОМС от 24.12.2015 №11–9/10/2–7938, №8089/21-И) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: КонсультантПлюс, в локальной сети вуза.

3. Флек В.О. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению [Текст] / В.О. Флек, Д.А. Зинланд. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011. – 440 с.

Брыксина Наталья Владимировна – канд. экон. наук, доцент кафедры экономики социальной сферы ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет», Россия, Екатеринбург.

Bryksina Natalia Vladimirovna – candidate of economy sciences, assistant professor of the Department of Social Economy FSBEI of HE “Ural State University of Economics”, Russia, Ekaterinburg.

Ключников Михаил Юрьевич – заведующий травматолого-ортопедическим отделением №1 ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр», Россия, Нижний Тагил.

Klyuchnikov Mikhail Yurievich – head of Traumatological and Orthopedic Unit №1 “Ural State clinical center of treatment and rehabilitation”, LLC, Russia, Nizhniy Tagil.

Аленичева Ольга Владимировна – главный специалист планово-экономического отдела «Территориального фонда ОМС Свердловской области», Россия, Екатеринбург.

Alenicheva Olga Vladimirovna – chief specialist of Economic Planning Department “Sverdlovsk region Territorial Compulsory Medical Insurance Fund”, Russia, Ekaterinburg.
