№ 25 (674) 8 сентября 2014 г.

Справедливая система

Использовать в качестве метода оптимизации расходов на медицинскую помощь способ расчета оплаты по клинико-статистическим группам (КСГ) специалисты в области экономики здравоохранения призывают уже давно. Похоже, их призывы услышаны. О перспективах внедрения этого метода в интервью корреспонденту газеты «МВ» Татьяне Колбасовой рассказывает помощник министра здравоохранения РФ Виталий ФЛЕК, сделавший доклад на эту тему на прошедшей в июле в Ижевске Республиканской научно-практической конференции «Повышение эффективности системы здравоохранения», организованной Правительством Удмуртской Республики и компанией «Росгосстрах-медицина».

— Может ли выбор способа оплаты медицинской помощи влиять на повышение эффективности работы системы здравоохранения в целом?

— Безусловно, может. За время проведения в 2012 году с участием экспертов Всемирного банка пилотного проекта по использованию КСГ при расчетах за медпомощь в стационарах в Кировской, Липецкой и Томской областях сроки лечения в клиниках этих субъектов сократились в среднем на 11%.

— Учитывался ли при разработке российских КСГ зарубежный опыт?

— Да, но зарубежный опыт пришлось адаптировать под отечественную специфику, поскольку Россия сильно отличается от европейских стран, где большинство больниц типовые, а расстояния между ними маленькие. Например, пришлось разработать три коэффициента, дифференцирующих размер тарифа в зависимости от уровня медицинской организации в случаях, когда больница несет большие затраты, связанные с разворачиванием индивидуального поста для наблюдения за пациентами, требуется госпитализация близкого родственника для ухода за пациентом и в других случаях, сопряженных с ростом расходов медицинской организации на конкретного пациента.

— В чем заключается прогрессивность оплаты по КСГ?

— Традиционно привычным для нас способом расчета стоимости стационарной медицинской помощи является оплата по койко-дням. Этим методом удобно пользоваться, так как он прост и позволяет просчитать как прямые, так и косвенные расходы, связанные с лечением пациента. Но койко-день — валовый показатель, который не может отражать результатов деятельности больницы в полной мере. Расчет на основе КСГ позволяет за счет наличия целого ряда коэффициентов, повышающих или понижающих размер тарифа, оценивать стоимость медицинской помощи более объективно.

Основой для расчета является базовая ставка стоимости госпитализации, которую устанавливает Правительство РФ и субъекты РФ. Далее она умножается на коэффициенты относительной затратоемкости по соответствующей КСГ. Их разработано 201. Затем на основе применения дополнительных поправочных коэффициентов ставка пересчитывается еще раз. Дополнительные коэффициенты, всего их предусмотрено три, дифференцируют тариф в зависимости от уровня оказания помощи, сложности курации пациента, технологий, которые были использованы. Прежде всего, это коэффициент уровня оказания медицинской помощи, который дифференцирует ставку в зависимости от того, к какому уровню относится конкретная медицинская организация. Самым высоким он будет на третьем уровне — в специализированных медицинских организациях (центрах), для которых рекомендована ставка 1,5. Для учреждений первичного звена коэффициент равен 0,7—0,8, для специализированных межрайонных межмуниципальных центров — 0,9—1,2. Впрочем, некоторые субъекты дробят эту шкалу еще на несколько подуровней. Например, для центральной районной больницы с несколькими профильными отделениями и больницы с 2—3 подразделениями коэффициенты будут разными.

Второй важный показатель — коэффициент сложности курации пациента, дифференцирующий тариф в зависимости от тяжести течения заболевания, возраста, дополнительных затрат, связанных с госпитализацией члена семьи, которые зачастую сильно повышают затраты медицинской организации. Он необходим, чтобы не было неоплаченных медицинским организациям затрат ввиду лечения тяжелых пациентов, которым требуется больший объем медицинских услуг.

> **Медучреждениям не стоит рассчитывать на немедленный результат в виде роста доходов. Как минимум пять лет уйдет на адаптацию**

Наконец, третий коэффициент — управленческий. С его помощью мы сможем стимулировать хорошо работающие больницы, которые внедряют новые технологии, улучшают качество медицинской помощи, сокращают сроки лечения и развивают стационарзамещающие технологии.

С точки зрения распределения ресурсов КСГ — более справедливая система, позволяющая гораздо полнее учитывать затраты, связанные с оказанием медицинской помощи. Так, например, с внедрением КСГ недофинансировавшиеся в ряде региональных клиник отделения радиологии, реанимации, токсикологии, ожоговые отделения начали получать деньги в полном объеме. Опыт систем здравоохранения, уже использующих данный метод оплаты в качестве основного способа расчетов за стационарную помощь, показывает, что оплата по КСГ мотивирует больницы работать более эффективно благодаря отбору пациентов, профильных именно для этого медучреждения, отсутствию ненужных дублирующих исследований и назначений. Прямым следствием перехода к оплате медицинской помощи на основе КСГ является сокращение сроков лечения в стационаре, так как учреждению невыгодно «держать» пациента дольше, чем рекомендовано по стандарту. Наоборот, медучреждению выгодно наращивать объем оказанной медицинской помощи, увеличивая пропускную способность.

При этом, конечно, очень важно не допускать и необоснованно коротких сроков лечения, когда пациент может быть выписан недолеченным. Принципиально, чтобы мотивация сэкономить не перерастала в злоупотребления и не отражалась на качестве медицинской помощи, когда по стандарту пациенту исследование необходимо, а врач его не назначает. Требуется более пристальный контроль за тем, чтобы в счетах на оплату медицинской помощи кодировались те заболевания, которые у пациента действительно есть, а не те, лечение которых стоит дороже. Поэтому внедрение КСГ обязательно должно сопровождаться усилением экспертизы качества медицинской помощи на всех уровнях системы. И со стороны самих медучреждений, и со стороны службы надзора, общественных организаций, страховых медицинских организаций, и со стороны органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС.

— Для врачей и руководителей клиник введение КСГ является плюсом?

— Если больница лечит качественно, она сможет зарабатывать больше за счет дополнительных коэффициентов, стимулирующих учреждения, которые сокращают сроки лечения, занимаясь внедрением новых технологий. Тем не менее медучреждениям не стоит рассчитывать на немедленный результат в виде роста доходов. Думаю, как минимум пять лет уйдет

на адаптацию. На первых порах некоторые ЛПУ могут даже несколько терять в доходах, что и произошло в ряде субъектов, которые перешли на КСГ. В частности, это может быть связано с изменением маршрутизации пациентов, изменениями в структуре и уровне госпитализации по разным типам медицинских организаций. Но если все сделать правильно при подготовке к внедрению КСГ, то эти потери относительно невелики. В пилотных регионах они были зафиксированы на уровне 10% от доходов предыдущего года.

Надо понимать, что новая система потребует изменений и от самих ЛПУ. Возможно, в некоторых потребуется перепрофилирование коек. Если, например, окажется, что по одному из профилей они работают неэффективно, более целесообразно перепрофилировать эти койки в койки дневного стационара, паллиативной помощи или медицинской реабилитации.

— Каких показателей работы ЛПУ и системы здравоохранения в целом предполагается достичь благодаря введению КСГ?

— Сегодня койка стационара загружена в среднем 322 дня в году. В перспективе хотелось бы достичь показателя в 331 день, так как обоснованный простой койки в году составляет в среднем один месяц. Даже разница в 10 дней дорого стоит государству, так как содержание одной койки обходится примерно в один миллион рублей в год.

Второй важный критерий — средний срок лечения в стационаре. Сегодня он составляет 12,3 дня, а без учета туберкулеза, психических расстройств и других социально значимых заболеваний, требующих длительного лечения, — 10,5. Прогнозный показатель после внедрения КСГ — 11,7 дня с учетом социально значимых заболеваний.

— Есть ли у регионов выбор: переходить на КСГ или использовать другие методы оплаты?

— Тот факт, что сегодня субъекты используют разные способы оплаты, сильно затрудняет межтерриториальные расчеты в системе ОМС. И вполне очевидно, что со временем в связи с централизацией системы ОМС мы будем стремиться к унификации способа оплаты. Способы оплаты в настоящее время устанавливаются Правительством РФ и на переходный период у субъектов РФ сохраняется возможность выбора того или иного способа оплаты медицинской помощи. Это очень важно, учитывая, что система КСГ требует от регионов, медицинских организаций и персонала определенной готовности — экономической, финансовой, психологической, поэтому на ближайшие три года вопрос выбора способа оплаты остается на усмотрение субъектов РФ.

В настоящее время на КСГ перешли 37 субъектов РФ. Остальные используют более простую систему оплаты по клинико-профильным группам, согласно которой заболевания объединены в группы по профилям — гастроэнтерология, пульмонология и так далее. Это более простой (всего 30—40 групп заболеваний), но менее точный способ оплаты. ■