А.В. Нефёдов^{1*}, С.А. Суворова¹, В.А. Степанова², В.И. Горбунов³, С.Г. Ремжа⁴, Т.Н. Силаева¹

¹ГУЗ «Центральная городская клиническая больница», г. Ульяновск

²Министерство здравоохранения Ульяновской области

³ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения

⁴Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Ульяновской области, отдел защиты прав застрахованных и медицинской экспертизы

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

Резюме

КСГ являются аналогом классификаторов ДСГ. Они используются для взаиморасчётов между лечебными учреждениями и страховыми компаниями. Система ДСГ была разработана в 1983 году Робертом Феттером, профессором Йельского университета (США), который использовал её с целью сокращения расходов в системе здравоохранения (программы Medicare и Medicaid). В отечественном здравоохранении система ДСГ может использоваться для определения стоимости лечения в стационарах.

Ключевые слова: клиничко-статистические группы, диагностически связанные группы, здравоохранение, стоимость лечения.

Abstract

Medical-economical standards are the analog of the classifiers of the diagnostically related groups (DRG). They are used as refunds to the hospitals from the insurance companies. The first to develop the DRG was Robert Fetter, the professor at the Yale University in the USA, in 1983, and used them to reduce increasing expenditures on the public health system (programs Medicare and Medicaid). In Russian system of public health the DRG could be used as means of determination of the costs of treatment in hospitals.

Key words: medical-economical standards, diagnostically related groups, public health system, cost of treatment.

КСГ — клиничко-статистические группы, ДСГ — диагностически связанные группы.

Анализируя существующие в настоящее время формы оплаты работы стационарных отделений, надо отметить наиболее эффективную систему взаиморасчётов по КСГ, стимулирующую больницы к большому количеству пролеченных больных при сохранении уровня качества лечения [1]. Нужно подчеркнуть, что КСГ в основном соответствуют разработанным зарубежными авторами классификаторам ДСГ; основоположником данной системы считается Роберт Феттер (США).

Система ДСГ представляет собой классификацию больных, основанную на клинической близости состояний и экономической равноценности проведённого лечения, используется в качестве методического инструмента для оценки ресурсоёмкости оказанной медицинской помощи больным при стационарном лечении, применяется во многих странах мира. В ряде стран Европы к ставке по ДСГ дополнительно включаются ставка приёмного отделения (Финляндия), доплата за контроль качества, федеральная доплата (Германия). Сумма оплаты остаётся без изменений, даже если больной выписывается раньше предусмотренного срока по стандарту ДСГ.

В стоимость оплаты по ДСГ входит оплата работы врачебного, среднего и младшего медперсонала, медикаменты, весь объём параклинических исследований.

Эта система за более чем 20-летний период использования признана надёжным способом группировки больных по тяжести патологии и по ресурсному эквиваленту оказываемой при этом медицинской помощи. При проведении анализа деятельности стационарных учреждений учитываются: характер заболевания пациента, объём оказанной медицинской помощи, средняя длительность пребывания больного в стационаре; сложность ведения больных по дополнительным заболеваниям с применением индекса типологии (Case mix index) [2]. Структура патологии, отражённая с помощью системы ДСГ, позволяет достоверно объяснить различия в расходах для каждого госпитализированного больного; ДСГ является адекватным и необходимым показателем для отражения стационарной помощи населению.

Нами проведены предварительные расчёты возможной эффективности применения КСГ в оторинола-

* Контакты. E-mail: czmuzcgkb@gmail.com. Телефон (8422) 55-96-96

Таблица 1. Средняя стоимость лечения в оториноларингологическом отделении ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» по отдельным нозологическим единицам за 2013 г.

Шифр по МКБ-10	Нозология	Число больных	Койко-дни	Средний койко-день	Стоимость одного случая (руб.)
H65.0	Острый средний серозный отит	133	1262	9,47	16667,2
H66.0	Острый гнойный средний отит	53	533	10,06	17705,6
H66.1	Хронический туботимпональный гнойный средний отит (с оперативным лечением)	119	1122	9,42	16579,2
J01.0	Острый верхнечелюстной синусит	336	2785	8,26	14537,6
J32.0	Хронический верхнечелюстной синусит	179	1493	8,31	14625,6
J36.0	Перитонзиллярный абсцесс	95	596	6,29	5790,4
J37.0	Хронический ларингит	54	456	8,44	14854,4
S 02.0	Перелом костей носа	51	283	5,59	9838,4

рингологическом отделении ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» по нозологическим единицам за 2013 г. Стоимость одного койко-дня в оториноларингологическом отделении на 01.01.2014 г. составляет 1760 рублей. Всего за период с 01.01.2013 г. по 01.01.2014 г. в отделении пролечено 2192 больных с общим числом койко-дней 18851, среднее пребывание составило 8,6 дня.

При сокращении сроков лечения на 1 койко-день при лечении острого синусита (J01.0) с 8,26 до 7,26 койко-дня разница в стоимости лечения больных (табл. 1) составляет 591360 рублей, а при сокращении сроков лечения по основным нозологическим единицам на 1 койко-день экономический эффект составляет 3857900 рублей, что позволяет пролечить дополнительно в течение года 254 больных. Сокращение длительности средних сроков лечения до 80% позволит госпитализировать дополнительно 439 больных, что на 20% больше числа пролеченных больных и допускается в условиях оплаты по КСГ страховыми компаниями.

Необходимо выделение групп больных, получивших оперативное и консервативное лечение, имеющих пролеченное сопутствующее заболевание, аналогично разработанным во многих странах классификаторам ДСГ [2, 7-9]. Достижение экономической мотивации в работе медицинского персонала достигается за счёт оплаты стоимости по пролеченному заболеванию — стандарт стоимости по ДСГ, а не компенсацией расходов по стоимости проведённых больным в стационаре койко-дней. Безусловно, при оплате за пролеченное заболевание необходим контроль качества лечения. В условиях дефицита бюджетных средств, отработки системы взаиморасчётов лечебно-профилактических учреждений со страховыми компаниями при переходе на одноканальное финансирование и необходимости связать объёмы финансирования с качеством медицинской помощи считаем

наиболее эффективным введение такого способа взаиморасчётов [4–6].

Эффективному оказанию качественной медицинской помощи существенно мешает небольшое количество недостаточно разработанных простых и доступных методов оценки качества, сопротивление контролю качества медицинской помощи со стороны врачей, т.к. их труд не стимулируется оплатой за качество лечения, и страховых компаний, заинтересованных в первую очередь в экономии финансовых средств.

Ⓐ

Список литературы

1. Быкова Ж.Е., Фёдорова Э.Г. Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможности их использования в практике здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1996. № 1. С. 47–50.
2. Бояджан В.А., Гаенко О.И. Анализ деятельности больничных учреждений на территориальном уровне с использованием системы диагностики связанных групп // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1996. № 6. С. 43–47.
3. Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. Москва, 1997.
4. Кучеренко В.З., Корюкин В.Г., Морозов В.П. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. СПб, 1994.
5. Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамшурина Н.Г., Алексеева В.М., Галкин Е.Б. Экономика здравоохранения. Москва, 1996.
6. Кучеренко В.З., Семёнов В.Ю., Сырцов Л.Е., Алексеева М.А. Основы медицинского маркетинга. Учебное пособие. Москва, 1998.
7. Лисицин Ю.П. Экономика и управление здравоохранением. Учебное пособие. Можайск, 1993.
8. Нефёдов А.В., Кулагин А.Я., Семёнов Ю.А., Свирина С.А. Анализ эффективности медико-экономических стандартов в ЛОР-отделении. Ульяновск, 1997. С. 525–527.
9. Пикуш В.Ф., Сучков В.Н., Нефёдов А.В. К анализу деятельности лечебно-профилактических учреждений различной мощности. Ульяновск, 1998. С. 387–389.