


# Предпосылки внедрения в России оплаты больничной помощи на основе клинико-статистических групп



Ирина Михайловна Сон, ЦНИИОИЗ,  
Москва




**Стационарная помощь в России оказывается 5198 больницами**



**В среднем на 1 больницу приходится 27,3 тыс. населения**



**В России насчитывается более 1,27 млн. коек**




**Обеспеченность больничными койками составляет 9,4 на 1000 человек населения**



**Средняя мощность одной больницы - 240 коек**



**Средние сроки пребывания больного на койке составляют 13,4 дня**



**Ежегодно в России регистрируется около 32 млн. случаев госпитализации, что составляет 224,8 на 1000 человек населения**

# Общая структура коечного фонда больничных учреждений России по профилям

**35**  
Профилей  
всего



**7**  
Профилей

**49,8%**  
коечного  
фонда

# Общая структура **объемов** оказываемой в России больничной помощи по профилям (по числу госпитализированных больных)

**35**  
Профилей  
всего



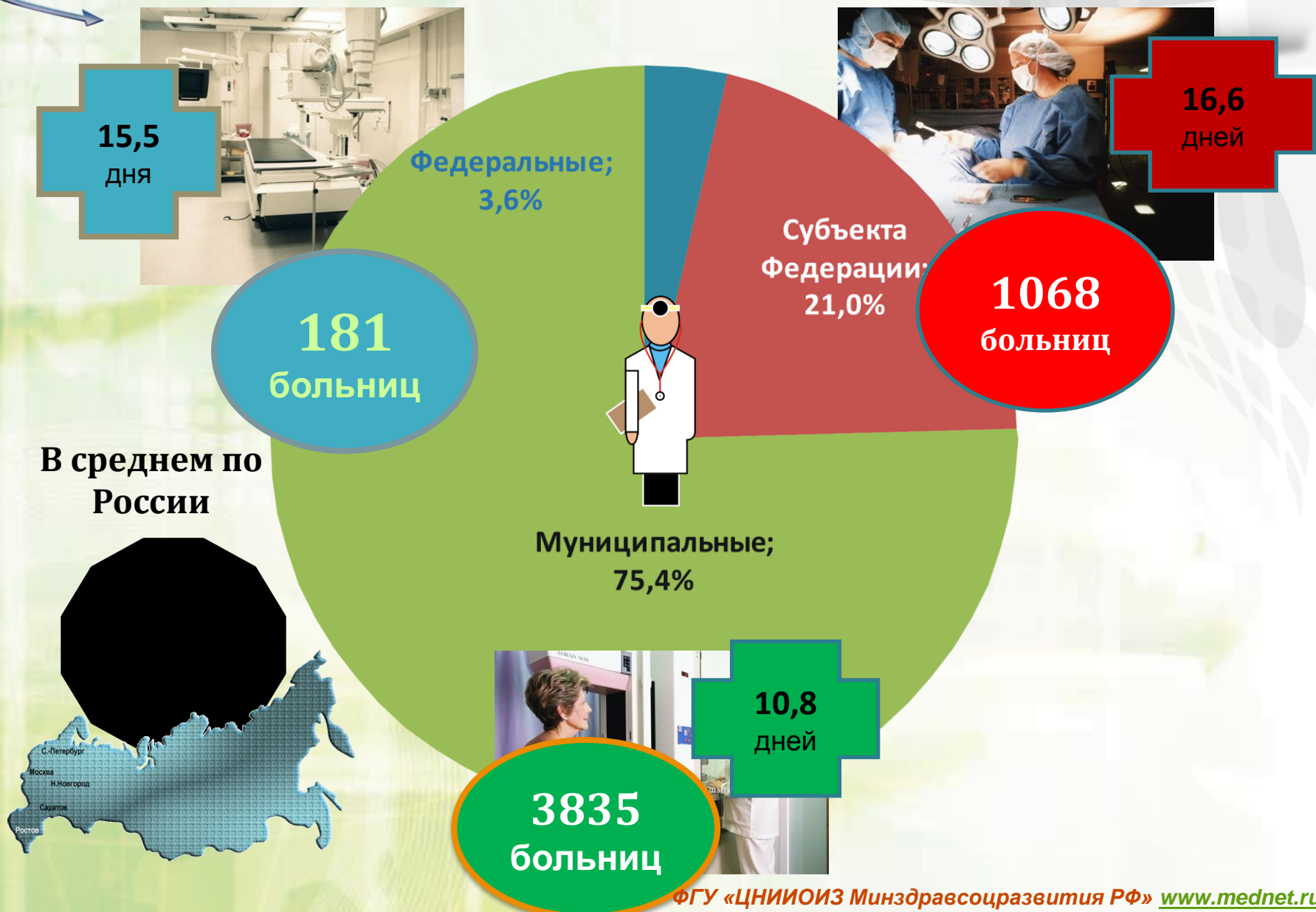
**6**  
Профилей



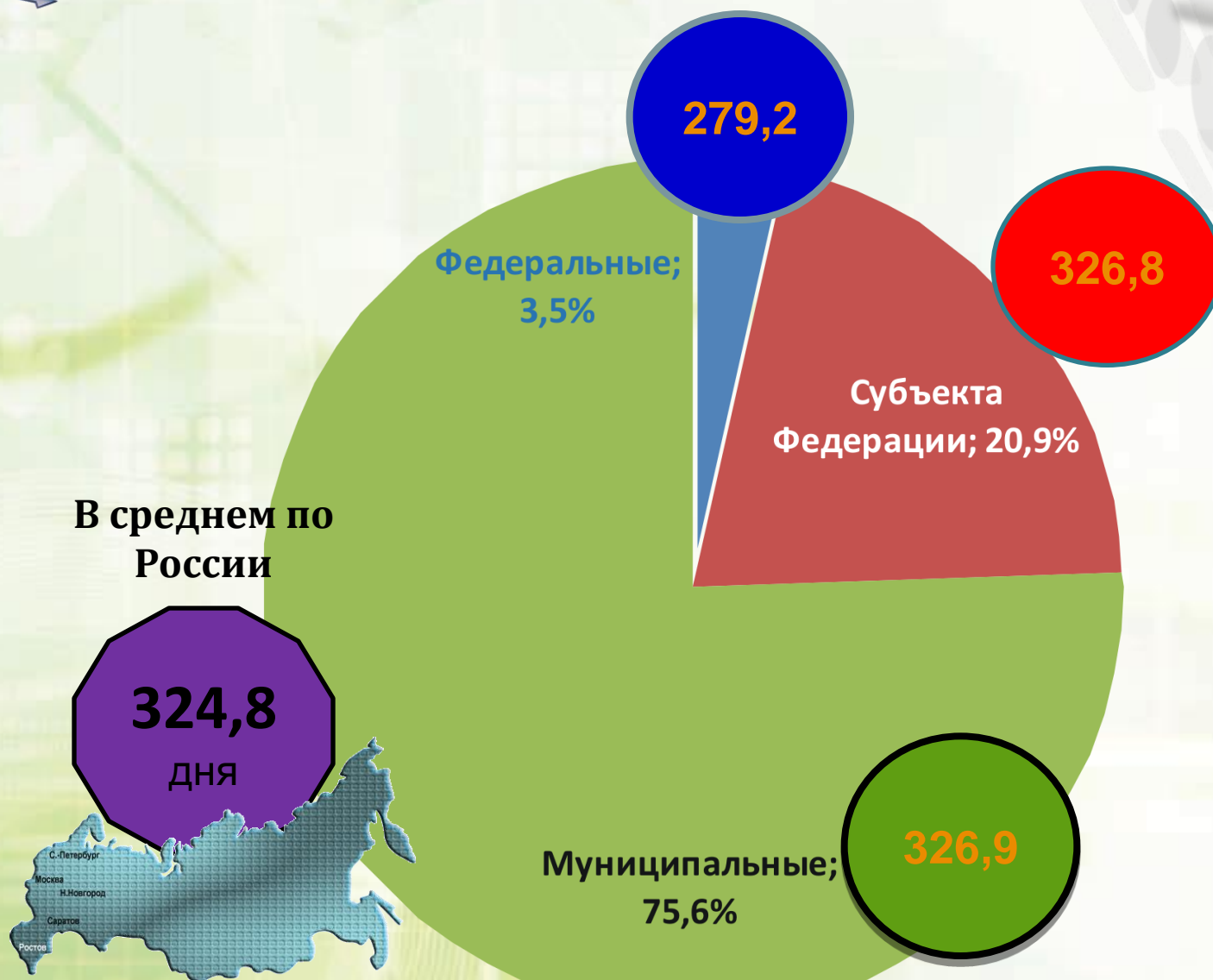
**51,1%**  
объемов  
помощи



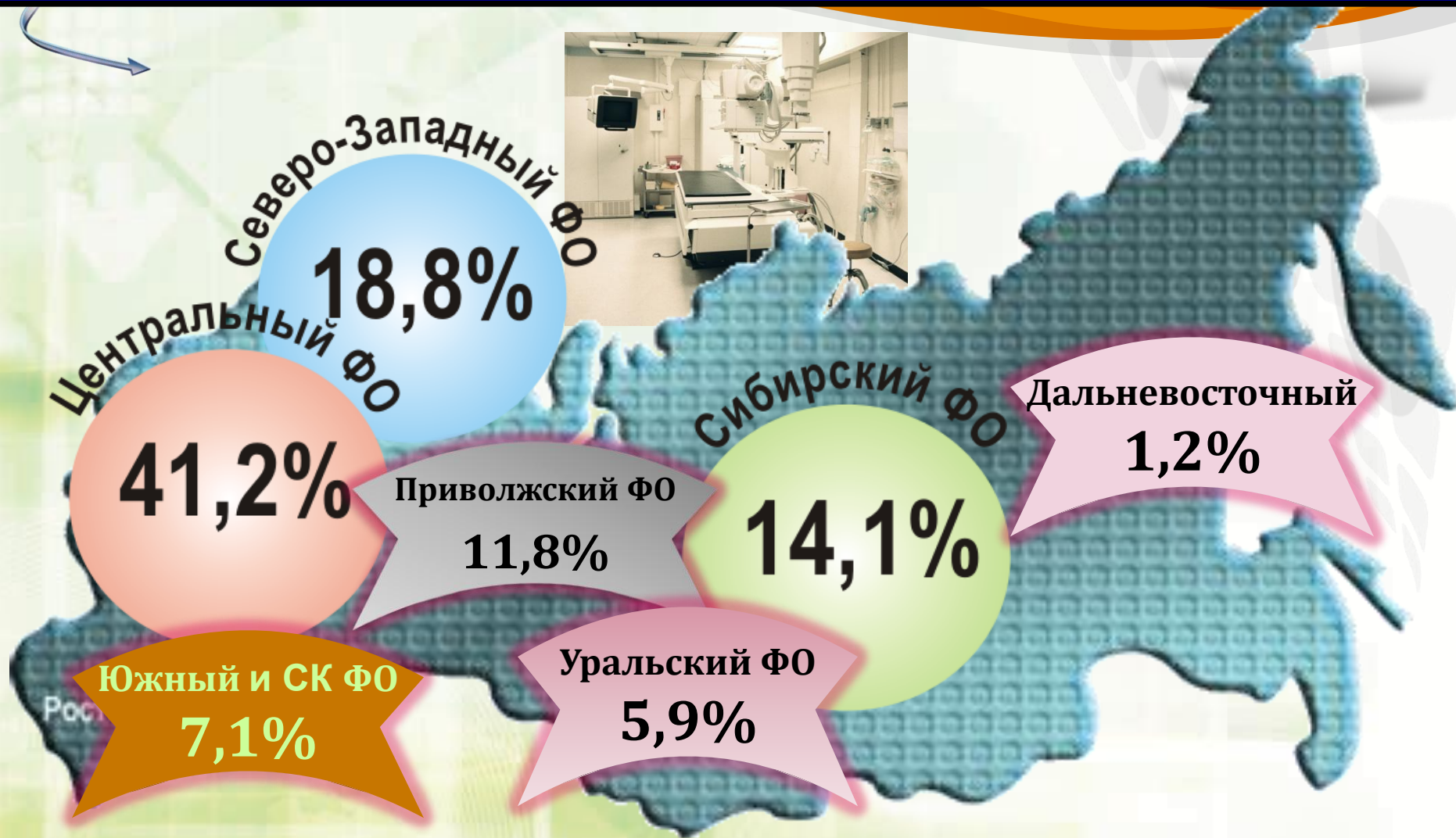
# Число и структура больничных учреждений Российской Федерации по уровням подчинения, длительность лечения (2009 год)



# Среднее число дней работы койки в году больничных учреждений Российской Федерации по уровням подчинения, 2009 год



# Распределение федеральных медицинских учреждений по федеральным округам



74% федеральных клиник сконцентрировано в трех федеральных округах на территории 21 субъекта Федерации, население которых составляет 46<sup>7</sup>% всего населения страны

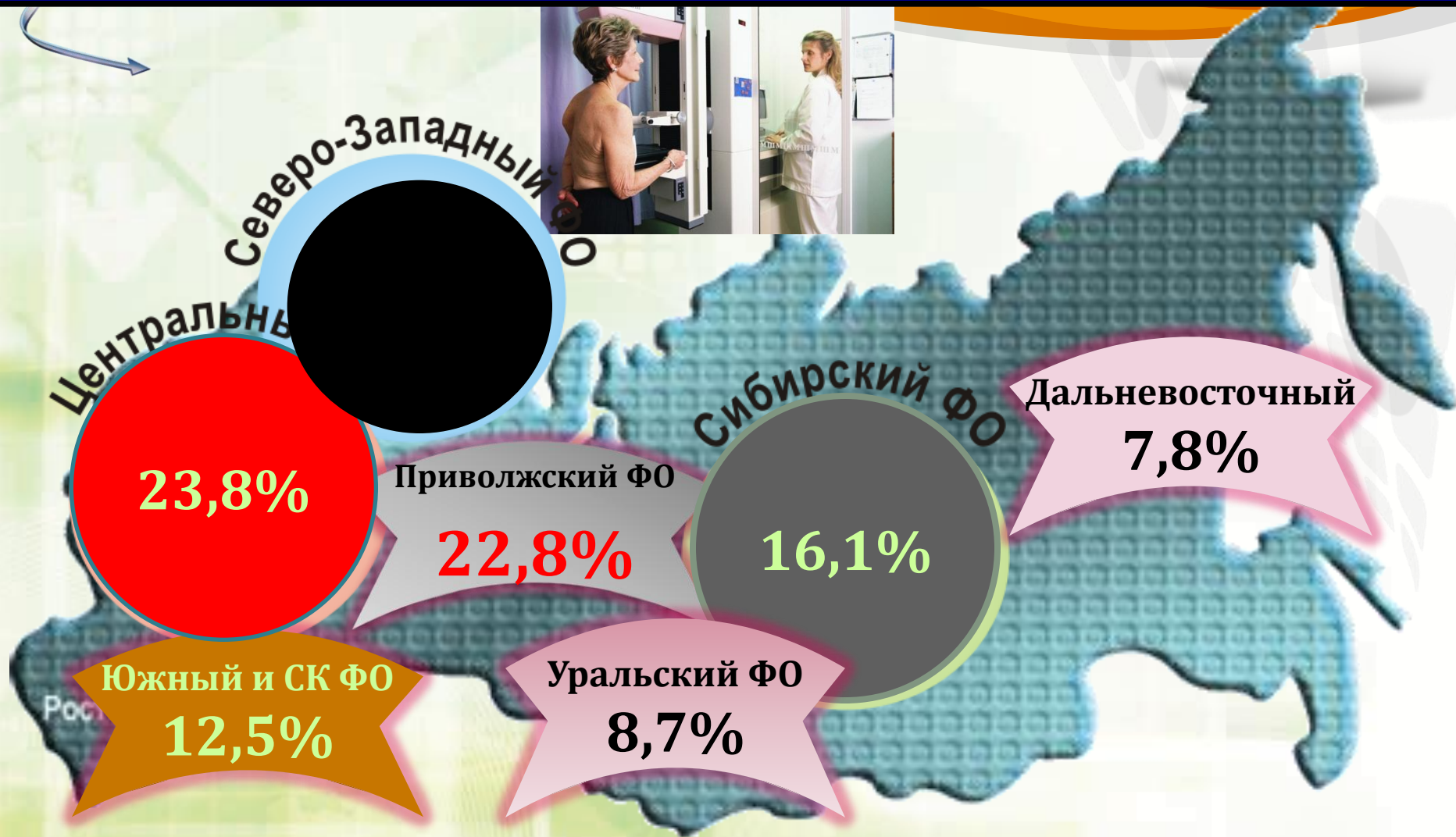


# Распределение медицинских учреждений субъектов Федерации по федеральным округам





# Распределение муниципальных медицинских учреждений по федеральным округам



# Обеспеченность населения больничными мощностями (общее число коек в больницах всех уровней на 1000 населения) по федеральным округам



В разрезе округов обеспеченность населения России больничными мощностями является равномерной (справедливой)

10



**В России:**

- **60%** всех государственных расходов на здравоохранение уходит на оплату стационарной медицинской помощи;
- **49,0%** расходов на оказание больничной помощи компенсируется из средств системы ОМС, а **51,0%** – за счет бюджета

При этом фактические расходы бюджетов и средств ОМС ежегодно примерно на треть превышают расходы, запланированные на оказание больничной помощи населению России в рамках Программы государственных гарантий






Таким образом, в настоящее время в Российской Федерации сложилось противоречие между традиционным бюджетным планированием расходов на оказание медицинской помощи (подразумевающее содержание учреждений по принципу: "Чем больше мощность, тем больше расходы") и способами оплаты помощи в системе ОМС, то есть: использование различных методов оплаты медицинской помощи и отсутствие финансового планирования





**Необходимо объединить  
клиническую и экономическую  
составляющие лечебно-  
диагностического процесса,  
увязав сложность лечебной  
работы с потребностью в  
ресурсах, то есть использовать  
метод финансирования по  
клинико-статистическим группам**



Постановление Правительства Российской Федерации  
№811 от 2 октября 2009 г.

«О программе государственных гарантий оказания  
гражданам Российской Федерации бесплатной  
медицинской помощи на 2010 год»

VI. Критерии доступности и качества медицинской помощи


При реализации территориальной программы применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций... в том числе по **клинико-статистическим группам**



**В соответствии с новым законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации»:**

**до 80% средств будет централизовано в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений будет осуществляться в основном из одного источника (по одному каналу и по полному тарифу)**

**Это потребует радикального пересмотра механизма финансирования медицинской помощи, прежде всего – больничной (как наиболее затратной)**



Прообразом DRG являются медико-экономические стандарты (МЭСы), разработанные в 1990-х годах во многих регионах России

## **Основные проблемы в результате внедрения МЭСов:**

повальная госпитализация пациентов амбулаторного профиля и дополнительные расходы на экспертизу обоснованности госпитализации





**Метод оплаты по МЭСам также не повлиял существенно на средний срок госпитализации**

**В расчет тарифов оплаты по МЭСам закладывалась сложившаяся неэффективность в использовании ресурсов больниц**



**Слабое развитие внутриучрежденческих экономических отношений**



**Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов было реализовано в 16 субъектах РФ (пилотный проект 2007-2008 гг.)**



- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. Астраханская область    | 10. Самарская область    |
| 2. Белгородская область    | 11. Свердловская область |
| 3. Владимирская область    | 12. Томская область      |
| 4. Вологодская область     | 13. Республика Татарстан |
| 5. Калининградская область | 14. Чувашская республика |
| 6. Калужская область       | 15. Хабаровский край     |
| 7. Краснодарский край      | 16. Ханты-Мансийский АО  |
| 8. Пермский край           |                          |
| 9. Ленинградская область   |                          |



**Стоимость законченных случаев лечения заболеваний, рассчитанная по федеральным стандартам и фактически сложившиеся расходы в «пилотных» субъектах РФ**

	<i>По стандарту (тыс.руб.)</i>	<i>Фактически (тыс. руб.)</i>
<i>Лечение пневмонии</i>	<i>46,0</i>	<i>9,0</i>
<i>Лечение термических и химических ожогов</i>	<i>200,0</i>	<i>12,0</i>
<i>Лечение острого инфаркта миокарда</i>	<i>61,0</i>	<i>12,0</i>



# **Стоимость фактического лечения пневмонии**

**в Пермском крае 9,9 тыс. руб.**

**в Республике Чувашия 15 тыс. руб.**

**в Республике Татарстан 28 тыс. руб.**



# Отрицательные стороны внедрения федеральных стандартов



Невозможность устанавливать региональные стандарты помощи ниже уровня федеральных



Перегруженность стандартов лабораторными и инструментальными исследованиями, что приводит к удорожанию стоимости медицинской помощи.



Сохраняется неясность в отношении лечения сопутствующей патологии



Отсутствуют критерии качества (эффективности) лечения



Увеличение расходов на медицинскую помощь при финансовой ограниченности ТПГГ

# Положительные стороны и риски внедрения оплаты стационарной помощи по КСГ



Положительные стороны	Риски
<p>Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения</p>	<p>Снижение объема детальных услуг, досрочная выписка недолеченных пациентов</p>
<p>Объем расходов в определенной степени предсказуем</p>	<p>Появляются стимулы для врачей манипулировать диагнозами для отнесения пациентов к более дорогостоящим группам оплаты</p>
<p>Готовность больниц к использованию этого метода</p>	<p>Возможны отказы тяжелым больным, лечение которых будет обходиться дороже, чем предусмотрено тарифами</p>

**Методы нейтрализации указанных недостатков: стандартизация и экспертиза**



**Спасибо за внимание!**