

ОЦЕНКА ТЕКУЩЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

А.С. Повзун¹, В.И. Мазуров², К.А. Повзун¹, В.А. Костенко¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

В статье производится анализ особенностей существующей системы оплаты лечения пациентов с остеоартритом. Определяются основные особенности выставления счетов при переходе оплаты госпитализации больных на систему с использованием клинко-статистических групп. Анализируются основные преимущества и недостатки указанных систем, определяются пути оптимизации экономического результата лечения пациента с остеоартритом в связи с планируемым переходом к оплате с использованием клинко-статистических групп. Представленный метод оценки экономической эффективности оплаты лечения может быть рекомендован для использования при любых других нозологических формах заболеваний.

Ключевые слова: остеоартрит, медико-экономический стандарт, клинко-статическая группа, анализ экономической эффективности.

Введение

Фармакоэкономические исследования в ревматологии преимущественно посвящены анализу структуры затрат, возникающих вследствие лечения пациентов [2, 3, 4]. В тоже время, оценка экономической эффективности лечения пациента обязательно должна соотносить возникающие расходы с получаемым финансированием [5]. Несмотря на имеющийся продолжительный опыт лечения ревматологических пациентов в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи имени И.И. Джанелидзе [1], ранее не предпринимались попытки оценки системы оплаты лечения такой патологии. В структуре поступающих на госпитализацию пациентов наибольший удельный вес (более 30%) занимают больные остеоартритом (ОА) – наиболее часто встречающимся ревматологическим заболеванием [6], в связи с чем авторами и была выбрана для анализа именно эта нозология.

В настоящее время в Санкт-Петербурге применяется комбинированная система оплаты лечения, сочетающая в себе тарификацию на основе медико-экономических стандартов в сочетании с дифференцировкой по продолжительности госпитализации. Данная система имеет определенные недостатки, которые можно было бы анализировать с точки зрения попыток ее потенциального улучшения. Однако, в связи с планированием перехода оплаты госпитализации пациентов на систему с использованием клинко-статистических групп (КСГ), предложения по коррекции существующей системы

в настоящее время не являются актуальными. Представляется правильным предпринять попытки анализа планируемых изменений, для того, чтобы отчетливо представлять вектор грядущих изменений оплаты лечения больных ОА.

В то же время для того, чтобы оценить преимущества или недостатки планируемой к внедрению системы оплаты с использованием КСГ, необходимо представлять особенности формирования тарифов действующей системы и определить ее имеющиеся недостатки.

Целью данной работы явилась оценка экономического результата лечения пациента с ОА в текущей системе оплаты и прогнозирование потенциальных изменений в связи с планируемым переходом на оплату случаев лечения с использованием клинко-статистических групп.

Особенности тарификации оплаты лечения больных остеоартритом в текущей системе

Идеология, заложенная при разработке существующей системы оплаты случаев госпитализации пациентов, предполагает, что наиболее эффективная оплата случая госпитализации пациента наступает при длительности госпитализации от 80% до 120% от рекомендованной. Поэтому при проведении сравнений соответствия сроков госпитализации в рассматриваемых подгруппах по нозологическим диагнозам рекомендациям по продолжительности лечения, использовалось сравнение с имеющимся в тарифах «оптимальным» промежутком по продолжительности лечения.

При использовании тарифа с кодом 381020 «оптимальная» продолжительность госпитализации составляет от 12 до 18 суток, при при-

менении тарифа с кодом 381100 – от 14 до 21 суток, при этом «экономически эффективная» стоимость тарифов составляет 21879 рублей и 20449 рублей 30 копеек соответственно (здесь и далее указаны утвержденные на 2017 год тарифы по г. Санкт-Петербургу). Средняя стоимость койко-дня для данных тарифов составляет 1458 рублей 60 копеек и 1202 рубля 90 копеек. Динамика роста оплаты по данным тарифам в зависимости от продолжительности госпитализации представлена на рис. 1.

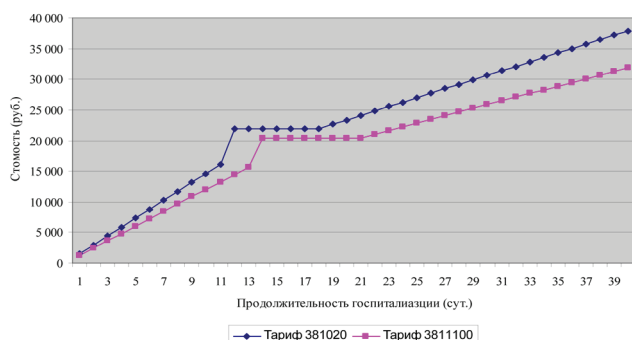


Рис. 1. Динамика стоимости случая лечения при ОА в зависимости от продолжительности лечения с использованием существующей системы оплаты

При анализе данного рисунка обращают на себя внимание несколько фактов.

При оценке динамики роста стоимости госпитализации по обоим тарифам в середине графика имеется «плато», соответствующее «оптимальной» продолжительности лечения. Например, при использовании тарифа 381020, это «плато» длится с 12 по 18 сутки (в течение 6 дней). При этом медицинское учреждение, несмотря на увеличение продолжительности лечения пациента еще на 50% (от 1 до максимально 6 «лишних» суток от минимально «оптимальной» продолжительности в 12 суток), все это время продолжает получать абсолютно одинаковую оплату. Логика составителей тарифов понятна: таким образом стимулируется, при наличии клинической возможности и должной организации обследования и лечения пациентов, выбор наиболее короткого срока госпитализации в 12 суток. Обратим на этот факт особое внимание, так как этот логический вывод понадобится нам при дальнейших рассуждениях.

Однако, разумеется, закладывая одинаковую стоимость 12-ти дневного лечения и 18-дневного лечения, игнорируется факт наличия дополнительных затрат, которые, несмотря на наличие указанного «стимула», учреждение продолжает нести на протяжении 1-6 суток «дополнительного» лечения. Если исходить из

предположения, что продление госпитализации после 12-дневного периода, вероятно, обусловлено какой-то клинической необходимостью, а не просто безразличным отношением руководства отделения к его экономической эффективности и обороту койки, тогда возникает закономерный вопрос – за счет чего предполагается компенсация «дополнительного» лечения, длительностью от 1 до 6 суток?

Имеющиеся в открытом доступе сведения о логике составления тарифов указывают на то, что «ценообразование тарифа не предполагает извлечение прибыли медицинским учреждением». В таком случае продление лечения от 1 до 6 суток в рассматриваемом нами примере осуществляется не из «прибыли» учреждения (что еще могло бы быть хоть как-то допустимым), а за счет снижения доли средств на все составляющие расходов – оплаты стоимости пребывания пациентов, медикаментозного лечения, диагностических процедур, труда персонала и т.п. На наш взгляд, это является неоптимальным, так как снижение финансирования любой из возможных статей расходов учреждения непосредственным образом влияет на качество оказания медицинской помощи.

Важным моментом является факт резкого «скачка» стоимости суток лечения при непосредственном приближении продолжительности лечения к минимально «оптимальной». В рассматриваемом нами случае тарифа 381020 прирост стоимости лечения в левой части графика (до плато, от 1 до 11 суток) составляет указанную «среднюю» стоимость койко-дня 1458 рублей 60 копеек.

Так, стоимость лечения при продолжительности госпитализации в 10 суток составляет 14586 рублей, а при 11 сутках – 16044 рублей 60 копеек. Разница между этими суммами составляет искомую сумму в 1458 рублей 60 копеек.

Иная картина возникает при сравнении продолжительности госпитализации в 11 суток (16044 рублей 60 копеек) и 12 суток (21879 рублей). Разница в этом случае составляет уже 5834 рублей 40 копеек, что ровно в 4 раза (!) больше «средней» стоимости койко-дня.

Таким образом, 4-кратное увеличение стоимости при достижении минимально «оптимальной» продолжительности стимулирует имеющего данную открытую, подчеркнем, информацию заведующего отделением задерживать выписку пациентов при приближении к 12-дневному порогу. Выписка пациента на 9-й, 10-й, и 11-й день никак не приближает его к наилучшему финансовому результату (даже при условии непрерывного последующего исполь-

зования койки для госпитализации следующего пациента в день выписки предыдущего), который он сможет получить при «задержке» пациента до 12 суток.

Совокупность упомянутых фактов делает «нецелесообразным» с точки зрения получения максимального финансового результата пребывание пациента с ОА на койке при длительности лечения от 9-х до 11-х суток (лучше выписать больного на 8 сутки и госпитализировать следующего). Тем более нецелесообразно пребывание пациента в период с 13 по 18 сутки, так как учреждение продолжает нести расходы на данного пациента, не получая никакой дополнительной компенсации.

Еще более длительная госпитализация (правая часть графика, после плато), вероятно, свидетельствует о том, что мы имеем гораздо более тяжелый клинический случай, нежели те, что предусмотрены «в среднем». Большая продолжительность стационарного лечения может быть связана либо с более тяжелой формой ОА, либо с наличием конкурирующего или серьезного фонового заболевания, необходимость купирования которого не позволяет выписать пациента в «оптимальные» сроки. Имея столь сложную ситуацию, мы, тем не менее, наблюдаем уменьшение прироста стоимости лечения после превышения периода в 18 суток (120% от рекомендуемой продолжительности).

Так, например, прирост стоимости оплаты лечения при сравнении стоимости 18-дневной госпитализации (те же, что и при 12-дневной госпитализации 21879 рублей) и 19-дневной (22608 рублей 30 копеек) составляет уже 729 рублей 30 копеек в сутки, что ровно в 2 раза меньше изначальной «средней» стоимости койко-дня 1458 рублей 60 копеек.

Таким образом, если предполагать, что «средняя» стоимость койко-дня оптимальным образом покрывает расходы на лечение условно «наиболее часто встречающегося» пациента, то расходы на лечение заведомо более тяжелого пациента после превышения 120% барьера покрываются лишь на 50%, что предполагает, следовательно, в 2 раза снижение эффективности, вместо ожидаемой интенсификации (а значит и параллельного роста расходов) лечения. Таким образом, с каждым днем последующего после 18 суток лечения вероятность достижения «клинически оптимального» результата лечения ежедневно планомерно уменьшается за счет постоянного недофинансирования имеющихся расходов.

Проведенный анализ позволяет с достаточной степенью уверенности сделать вывод о

наличии неоптимального характера распределения имеющихся финансовых ресурсов при использовании рассматриваемого тарифа как с точки зрения интересов пациентов (скорейшей стабилизации состояния и максимально быстрой выписки), так и с точки зрения учреждения (неоптимальность распределения средств на протяжении госпитализации, прекращения действия «стимула» к скорейшей выписке на 8 сутки госпитализации, дополнительные некомпенсируемые расходы на фазе «плато» и несоизмеримая стоимость дополнительных суток лечения при возникновении тяжелой клинической ситуации). Все это наталкивает на вывод о возможной необходимости коррекции действующей модели расходования средств в тарифе путем их перераспределения и оптимизации.

Планируемые изменения, связанные с внедрением системы оплаты с использованием клиничко-статистических групп

Оставив за скобками выявленные недочеты имеющейся тарифной политики, рассмотрим особенности предлагаемой к внедрению системы оплаты по КСГ применительно к стационарным пациентам с ОА.

22 декабря 2016 года было издано совместное письмо Министерства здравоохранения РФ (№ 11-8/10/2-8266) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 12578/26/и) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – «Рекомендации»). В 2016 году в стационарных условиях оплачивается 308 КСГ и впервые для дневных стационаров – 118 групп.

Для того чтобы упростить понимание особенностей внедряемой системы, приведем ключевые определения из «Рекомендаций».

КСГ определяется как 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).

Оплата медицинской помощи по КСГ осуществляется при этом по тарифу, рассчитанному, исходя из установленных базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов.

Базовой ставкой является средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициентом относительной затратоемкости является устанавливаемый «Рекомендациями» коэффициент затратоемкости КСГ, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

В качестве дополнительных коэффициентов на федеральном уровне может использоваться *коэффициент дифференциации* – коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

В качестве поправочных коэффициентов на территориальном уровне могут использоваться: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Таким образом, вместе с базовой ставкой, система оплаты по КСГ предполагает возможное использование 6 коэффициентов, каждый из которых будет влиять на итоговый уровень оплаты случая лечения пациента.

Основным способом оплаты во внедряемой системе будет оплата «за законченный случай лечения заболевания».

Дополнительно может применяться способ оплаты «за прерванный случай ... при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке вследствие письменного отказа пациента от лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа». К прерванным случаям относятся также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (данный случай оплачивается в размере не более 50% от стоимости определенной для КСГ).

Отдельным образом регламентируется оплата проведения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП, как включенной, так и не включенной в базовую программу ОМС), социально значимых заболеваний, реабилитационного лечения, диализа.

Значимым новшеством системы КСГ является возможность оплаты лечения пациентов при переводе как внутри стационара, так и в другой стационар. Если перевод пациента был обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оба случая заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ.

Это положение является действительно важным, так как если у больного ОА на 4 сутки стационарного лечения возникал, предположим, инфаркт миокарда, то в рамках действующей системы к оплате выставлялся лишь случай лечения инфаркта как более тяжелого заболевания. В рамках планируемой к внедрению системы оплаты по КСГ учреждение может получить 100% тарифа как по ОА, так и 100% тарифа по инфаркту миокарда, что, безусловно, более выгодно с экономической точки зрения.

Особенности оплаты ВМП не будут нами рассматриваться в рамках данной работы, так как проведение консервативной терапии ОА в настоящее время не предполагает использование методов ВМП.

Нами предпринята попытка смоделировать возможный объем оплаты стационарного лечения пациента с ОА после внедрения системы КСГ.

В соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге с 01.04.2017 будет осуществляться пилотный проект по моделированию системы оплаты медицинской помощи на основе КСГ. При этом размер базовой ставки (средней стоимости законченного случая лечения) для ста-

ционарного лечения составит 21875 рублей, при лечении в дневном стационаре – 12235 рублей.

В соответствие с Приложением 1 «Рекомендаций» коэффициент относительной затратоемкости при стационарном лечении пациента с ОА может предполагать логичную возможность использования клинико-профильной группы (КПГ) 24 «Ревматология» - 1,44, так как ОА относится именно к этой патологии.

Дополнительно к «Рекомендациям» в Письме Федерального фонда ОМС от 27 декабря 2016 г. № 12708/26-2/и направлена «Инструкция по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев...» (далее – «Инструкция») и «Расшифровка КГС для круглосуточного стационара» в электронном виде (далее – «Расшифровка»), призванные детализировать особенности выбора КСГ.

Вместе с тем, именно раздел «Расшифровки», касающийся выбора КСГ согласно коду МКБ-Х, уточняет необходимость выбора при тарификации ОА уже КГС 253 «Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей» с кодом профиля 31 «Хирургия» и коэффициентом 0,76 (!). Этот же классификатор относит остеохондроз, который по сути является ОА с поражением суставов позвоночника, к коду профиля 16 «Нейрохирургия» и коэффициентом 0,68.

Имеющаяся столь разноплановая система отнесения одного и того же заболевания согласно различным критериям (группы ревматологических заболеваний, к которым, безусловно, относится ОА, и кода МКБ-Х) к абсолютно разным КСГ заставляет при попытке разобраться в данной проблеме еще раз обратиться к положениям «Рекомендаций» по особенностям алгоритма выбора КСГ.

Пункт 3 «Рекомендаций» определяет, что «Субъект Российской Федерации самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях: либо на основе КПГ, объединяющих согласно пункту 2 «Рекомендаций» группу КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи, либо на основе КСГ, объединяющих группу заболеваний».

Как уже ранее упоминалось, Территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга в качестве варианта оплаты избрал именно использование КСГ, что не оставляет возможности применения коэффициента 1,44 для КПГ 24 «Ревматология», а вследствие этого мы будем вынуждены использовать все-таки именно КСГ 253, имеющей в два раза меньший коэффициент – 0,76.

Приложением 3 «Рекомендаций» регламентируется возможное использование коэффициента сложности лечения пациентов (КСЛП). Применительно к ОА возможно использование случая № 4 таблицы – «Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)», при котором КСЛП установлен в размере 1,02-1,4. С учетом вовлеченности в патологический процесс при ОА преимущественно лиц старшей возрастной группы, а также роста встречаемости ОА с увеличением возраста пациента, применение данного коэффициента будет возможно в целом ряде случаев лечения пожилых больных.

«Инструкцией» также регламентируется возможное применение дополнительных коэффициентов.

Так, согласно тому же Приложению 3 «Рекомендаций», указанной «Инструкцией» определяется возможность применения случая 6 таблицы КСЛП «Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента» (коэффициент 1,1-1,8) и случая 7 таблицы КСЛП «Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям» (коэффициент 1,1-1,5). При этом «Инструкцией» установлено, что суммарное значение всех КСЛП не может превышать 1,8.

«Инструкция» также отдельно не запрещает применение Коэффициента уровня сложности и управленческого коэффициента к группе больных ОА.

Разъяснения, содержащиеся в «Инструкции» касательно возможности использования случая № 6 - «Наличия у пациента тяжелой сопутствующей патологии», указывают, что такой патологией, в соответствии с «Инструкцией», у пациентов с ОА чаще всего будет:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Юношеский артрит с системным началом

(M08.2).

Остальные указанные случаи возможного применения случая № 6 таблицы для установления повышающего КСЛП либо не используются при консервативном лечении ОА (различные оперативные вмешательства), либо настолько крайне редко будут встречаться в группе больных ОА, что ими можно пренебречь.

Таким образом, оплата случая стационарного лечения больного ОА будет складываться из произведения базовой ставки в 21875 рублей и коэффициента относительной затратоемкости 0,76, что составляет 16625 рублей в базовом варианте.

Если пациент будет старше 75 лет, применение случая 4 таблицы КСЛП (1,02-1,4) может уве-

личить эту сумму до 16957,5-23275 рублей. Точное значение данного коэффициента для Санкт-Петербурга в настоящее время еще не определено.

Наличие у пациента в качестве сопутствующей патологии сахарного диабета позволяет использовать также случай 6 таблицы КСЛП (1,1-1,8), что может позволить нам рассчитывать на 18287,5-29925 рублей. Точное значение данного коэффициента для Санкт-Петербурга в настоящее время также не определено.

Применение индивидуального поста при лечении пациента с ОА теоретически возможно, однако потребует детального обоснования его необходимости в медицинской карте в каждом конкретном случае, а также, очевидно, будет являться объектом повышенного внимания со стороны проверяющих медицинскую документацию экспертов страховых компаний. Ввиду этого мы не будем использовать в подсчетах случай 7 таблицы КСЛП.

Коэффициент дифференциации, установленный в соответствии с Письмом Министерства здравоохранения РФ от 23 декабря 2016 года № 11-7/10.2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов», для Санкт-Петербурга составляет 0,8. Данный коэффициент носит рекомендательный характер, и, так же как и управленческий коэффициент, коэффициент уровня оказания медицинской помощи, коэффициенты сложности лечения пациентов, окончательно устанавливаются решением Территориального Фонда.

Поскольку НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе оказывает ВМП, в том числе и по специальности «Ревматология», его можно отнести к третьему уровню оказания медицинской помощи, что позволяет обосновать применение повышающего коэффициента 1,3. Произведение коэффициента 0,8 на коэффициент 1,3 как раз составляет 1,04, таким образом, влияние понижающего коэффициента 0,8 для Санкт-Петербурга, будет нивелировано влиянием коэффициента 1,3 уровня оказания медицинской помощи.

Остается оценить влияние управленческого коэффициента, который, вероятно, будет больше единицы для высокоспециализированных стационаров, и меньше или равен единице – для общетерапевтических.

Для упрощения расчетов, можно принять для стационаров, оказывающих помощь ревматологическим больным (как специализированную помощь), управленческий коэффициент

равным 1,1. Если он будет установлен выше – учреждение получит возможность получить дополнительный финансовый результат при лечении данной группы пациентов.

Таким образом, новая стоимость лечения больного с ОА без учета наличия сахарного диабета и возраста старше 75 лет составит $16625 \times 1,1 = 18287,5$ рублей.

Дополнительно отметим, что в письме Министра здравоохранения РФ от 23 декабря 2016 года № 11-7/10.2-8304 используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре по профилю «Ревматология» составляет 13,1 день.

Обсуждение

Сравнение финансового результата, получаемого учреждением здравоохранения при лечении пациента ОА в настоящее время, и при планируемом внедрении системы оплаты по КСГ, выявляет следующее.

Оптимальное время госпитализации при действующей системе оплаты составляет 12 суток, при этом стационар получит 21879 рублей. При планируемой системе оплаты по КСГ среднее время госпитализации по профилю «Ревматология» составляет 13,1 день, при этом расчетная стоимость тарифа составит 18287,5 рублей.

Плюсы и минусы планируемой к внедрению системы сводятся к следующему.

К очевидным плюсам можно отнести отсутствие «привязки» стоимости лечения к его продолжительности. Так, при средней стоимости койко-дня согласно действующей системе 1458 рублей 60 копеек пациенту необходима госпитализация в течение $(18287,5 / 1458,6 = 12,53)$ 13 суток. Однако учитывая резкий рост стоимости именно на 12-й день, продолжительность госпитализации для достижения такого же финансового результата составит чуть меньше - рекомендуемые 80% от норматива или 12 суток.

При этом, согласно правилам внедряемой системы КСГ, данный финансовый результат может быть получен, в принципе, уже при выписке пациента и на четвертые (!) сутки. Следовательно, внедряемая система существенным образом стимулирует резкое сокращение сроков госпитализации больных ОА, разумеется, при достижении положительного результата лечения, только в более короткие сроки. Подобный подход будет способствовать увеличению оборота койки, росту количества пролеченных больных.

Вместе с тем, имеются и потенциально отрицательные моменты. Стремление к резкому сокра-

щению продолжительности госпитализации пациентов в системе КСГ может привести к снижению качества лечения, росту неудовлетворенности со стороны пациентов и недостижению планируемого результата лечения в погоне за максимальным финансовым результатом работы койки.

Потенциально негативным аспектом внедрения данной системы будет также сложность финансирования «тяжелых» случаев заболевания. При этом варианте пациентам может потребоваться более продолжительная госпитализация (более 12 суток). При существующей системе оплаты после 18 суток пусть и не достаточно, но все же запланировано плавное увеличение финансирования вплоть до 41 дня госпитализации, в то время как при планируемой оплате по системе КСГ сумма оплаты учреждению, начиная с четверых суток госпитализации, остается фиксированной и не увеличивается при «тяжелом» клиническом случае. В данном варианте при превышении 12 суток госпитализации, учреждение начинает получать отрицательный финансовый результат, несмотря на необходимость, как мы ранее упоминали, интенсификации лечения.

Еще одним негативным аспектом является существенное усложнение принципов тарификации заболеваний в системе КСГ в целом. По каждому клиническому случаю будет необходимо проведение дополнительной работы по анализу возможного использования повышающих коэффициентов с целью увеличения финансового результата. Это потребует дополнительного времени врачей и заведующих отделений, детального знания особенностей применения различных коэффициентов, а также дополнительных временных затрат для проверки правильности их применения перед выставлением в единую информационную систему Территориального фонда ОМС.

Все это в сочетании с существующей крайне высокой интенсивностью работы персонала стационара с высокой долей вероятности повлечет за собой недополучение потенциально возможного финансирования из-за пропусков, невнимательности и элементарного незнания указанных особенностей. Со стороны администрации учреждения потребуются дополнительное внимание к данным факторам в сочетании с усилением контроля и повторными проверками обоснованности применения всех указанных коэффициентов.

Отдельного обсуждения заслуживают очевидные недостатки самих принципов потенциального использования коэффициентов. Если коэффициент дифференциации и коэффициент управления может изменяться достаточно

оперативно в так называемом «ручном режиме», то внесение изменений, например, в случай 6 таблицы КСЛП, потребует либо изменений на федеральном уровне, либо рассмотрения, согласования и утверждения на региональном, что представляется не менее сложным. В самом деле, очевидно, что наличие сахарного диабета существенным образом видоизменяет ведение больного ОА как с точки зрения интенсивности лабораторного мониторинга, так и объема финансовых затрат на лекарственное обеспечение.

В тоже время наличие часто встречающейся коморбидной патологии у пациентов с ОА является доказанным фактом. Наиболее часто больные с ОА будут иметь конкурирующие по тяжести заболевания сердечно-сосудистой системы, патологию желудочно-кишечного тракта и целый ряд других заболеваний, особенно с учетом преимущественно пожилого и старческого возраста больных.

При этом повышающий коэффициент не распространяется на данные заболевания, несмотря на их распространенность, соответственно, бремя их коррекции в период стационарного лечения будет ложиться на бюджет учреждения без возможности дополнительного возмещения понесенных расходов.

Таким образом, анализ потенциальных преимуществ и рисков перехода на систему оплаты с использованием КСГ показал наличие возможностей интенсификации лечения больных ОА, сокращения сроков их госпитализации, и наличие определенных недостатков данного алгоритма, требующих решения в кратчайшие сроки после внедрения новой системы оплаты.

Представленный метод может быть использован для оценки экономической эффективности лечения не только ОА и ревматологических заболеваний, но может применяться по отношению к любому заболеванию. Применительно к конкретной нозологической форме это дает возможность соотнести текущий экономический результат лечения заболевания с потенциально возможным результатом при внедрении системы оплаты с использованием КСГ, оценить потенциальные преимущества и недостатки внедряемой системы оплаты.

Детальное знание особенностей тарификации с использованием КСГ позволит наилучшим образом организовать систему выставления счетов в медицинском учреждении для обеспечения оптимального финансирования организации в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Литература

1. Мазуров В.И., Повзун А.С. Острый суставной синдром / Скорая медицинская помощь. – 2009. – Том 10, № 4. – С. 33-38.
2. Павлова А.Б., Эрдес Ш.Ф., Протопопова Р.Н. и др. Исследование прямых затрат при ревматоидном артрите в зависимости от стадии заболевания // Тезисы III Всероссийской конференции «Социальные аспекты ревматических заболеваний: боль – междисциплинарная проблема» / Науч.-практ. ревм. – 2007, № 2, С. 126.
3. Повзун А.С., Стожаров В.И., Багненко С.Ф. Методы фармакоэкономических исследований в ревматологии / Скорая медицинская помощь. – 2013. – Том 14, № 1. – С. 64-68.
4. Чичасова Н.В., Владимиров С.А., Иголкина Е.В. и др. Бремя ревматоидного артрита: медицинские и социальные проблемы // Науч.-практ. ревм. – 2009. – № 1. – С. 4-10.
5. Drummond M. Pharmacoeconomics: friend or foe? // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65, Suppl. 3. – P. 44-47.
6. Rolfson O., Wissig S., van Maasackers L., et al. Defining an international standart set of outcome measures for patients with hip and knee osteoarthritis: Consensus of the international consortium for health outcomes measurement hip and knee osteoarthritis working group // Arthritis Care & Res. – 2016. – Vol. 68, № 11. – P. 1631-1639.

А.С. Повзун

Тел.: 8-911-241-37-79

E-mail: povzun@rambler.ru

А.С. Повзун, В.И. Мазуров, К.А. Повзун, В.А. Костенко. Оценка текущей экономической эффективности лечения больных остеоартритом в Санкт-Петербурге и ее перспективы // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 89-96.

ASSESSMENT OF THE CURRENT ECONOMIC EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN SAINT-PETERSBURG AND ITS PERSPECTIVES

A.S. Povzun¹, V.I. Mazurov², K.A. Povzun¹, V.A. Kostenko¹

¹ Scientific Research Institute of Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze,

² Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

The article analyzed the features of the existing system of treatment's payment in patients with osteoarthritis. The main features of the billing during the transition of the patients hospitalization payment to the system using diagnostic-related groups defines. The main advantages and disadvantages of these systems are analyzed, ways of the economic results optimization of osteoarthritis patients treatment are determined with in connection with the planned transition to payment using the clinical-statistical groups. Presented method of the economic efficiency evaluation of paying for treatment can be recommended for use in any other nosological forms of diseases.

Keywords: osteoarthritis, health and economic standard, clinical-statistical group, analysis of economic efficiency.

Authors

A.S. Povzun

Тел.: 8-911-241-37-79

E-mail: povzun@rambler.ru

A.S. Povzun, V.I. Mazurov, K.A. Povzun, V.A. Kostenko. Assessment of the current economic efficiency of treatment of patients with osteoarthritis in Saint-Petersburg and its perspectives // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 89-96.