



Клинико-затратные группы как инструмент реструктуризации больничного сектора

Асылбекова Гулюм Ошахпаевна
*заместитель Председателя
Комитета оплаты медицинских
услуг МЗ СР РК*

История КЗГ

- 1977год, США – начало разработки КЗГ
- 1980 год – пилотная апробация, клиники штата Нью-Джерси
- 1983 год – применение во всех клиниках США, работающих с «социальными» пациентами (467 групп)
- 1987 год – разработка КЗГ для клиник, работающих с прочими пациентами
- Сейчас – около 1200 групп

Создатели:

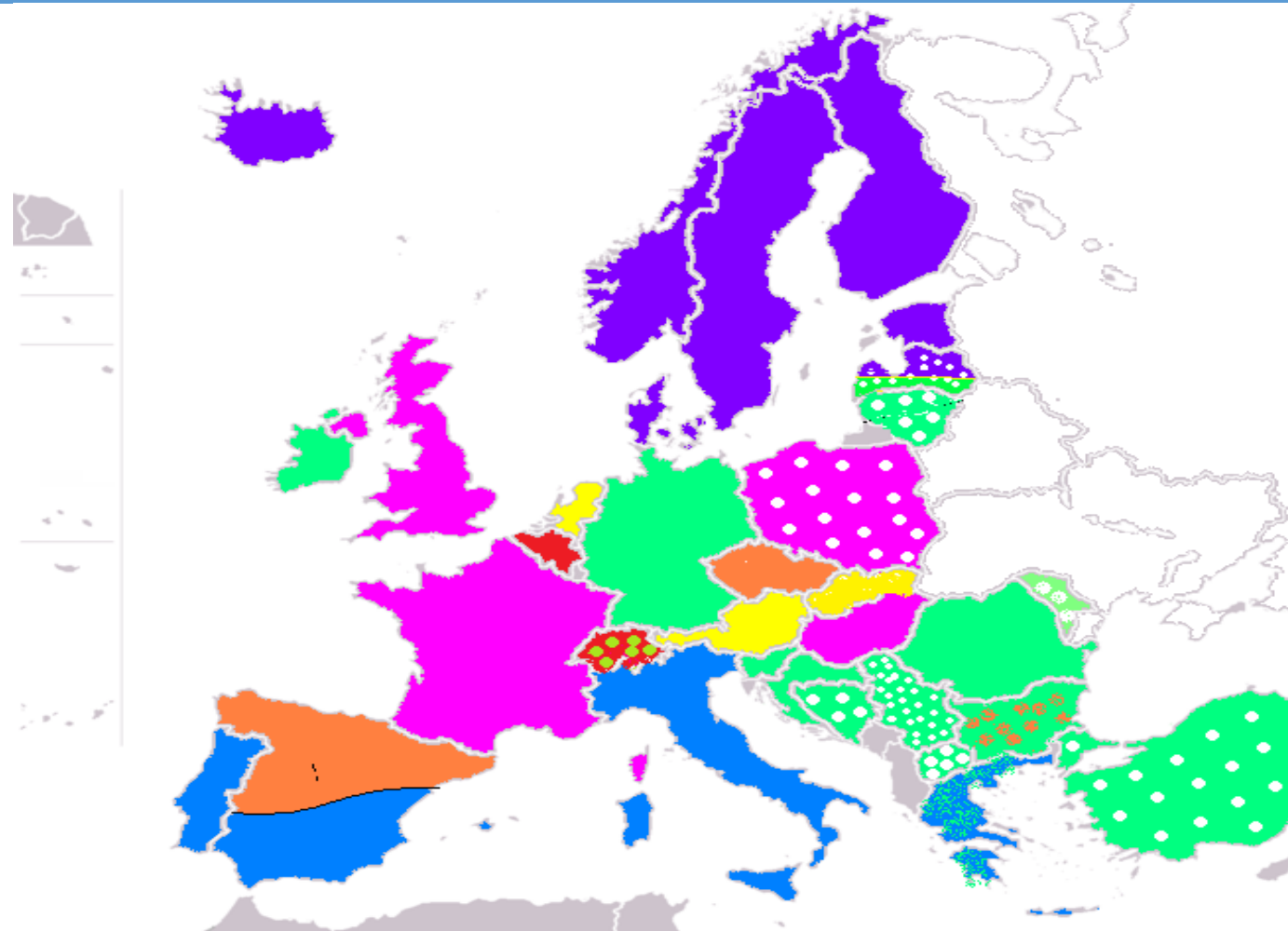
Роберт Барклай Феттер (Robert Barclay Fetter)

Джон Деверо Томпсон (John Devereaux Thompson),

Йельский университет



Карта КЗГ в современной Европе



Источник: Sanigest; 15.12.2014

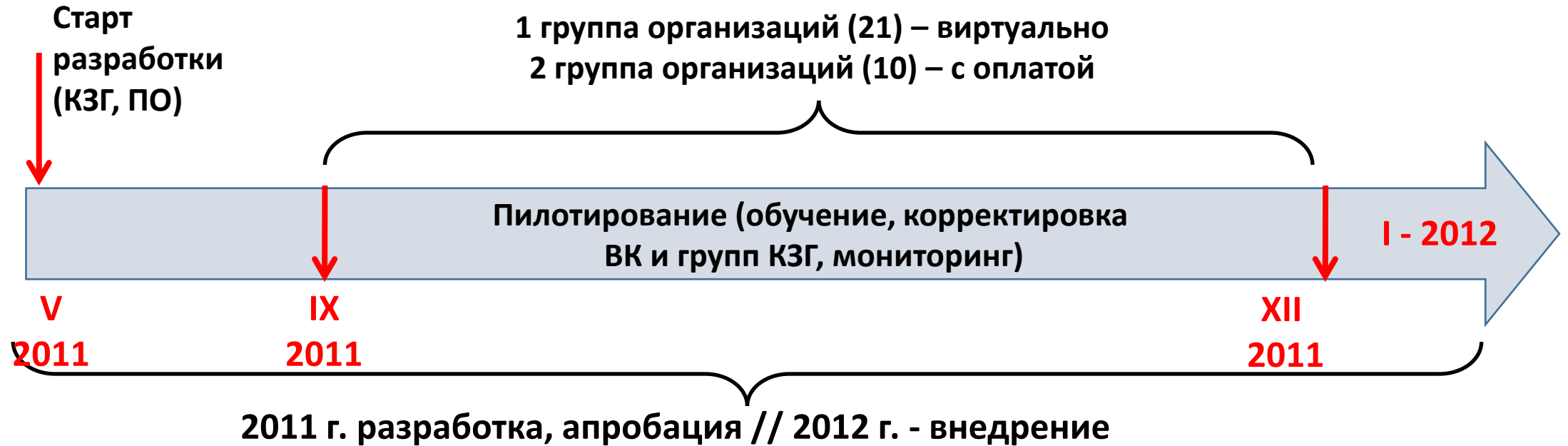
G. Kacevičius

12 крупных стран Европы и 5 постсоветских стран используют КЗГ при оплате стационарной помощи

История развития системы оплаты по КЗГ в Казахстане



Разработка и внедрение КЗГ в условиях ЕНСЗ



Проведены семинары для пилотных организаций

В пилотных организациях установлено программное обеспечение

Пересмотрены КЗГ. Подготовлены необходимые справочники

Разработаны необходимые нормативные акты

Рассчитаны бюджеты и плановые объемы для пилотных организаций

Итоги пересмотра МЭТ и совершенствование ранее использовавшихся КЗГ

Вид	Было МЭТ	Было КЗГ 1999 год	Стало КЗГ для пилота август 2011 года	Утверждены КЗГ для внедрения декабрь 2011 года
ВСМП	--	0 КЗГ	30 КЗГ	60 КЗГ
Терапия, СМП	725 МЭТ	102 КЗГ	110 КЗГ	350 КЗГ
Хирургия, СМП	562 МЭТ	46 КЗГ	50 КЗГ	246 КЗГ
Итого	1287 МЭТ	148 КЗГ	190 КЗГ	656 КЗГ

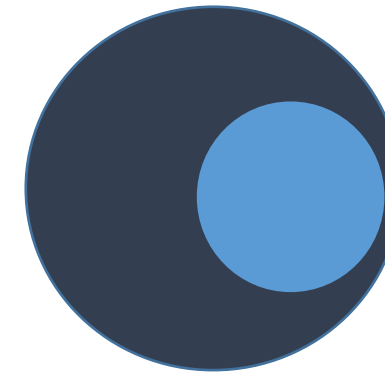
В пересмотре групп участвовали ведущие врачи республиканских клиник и международные консультанты

Согласно международной практике 300-500 КЗГ достаточно для оплаты большинства (75-80%) случаев стационарной помощи

Для анализа были использованы БД 2010-2011 годов – 3,8 млн случаев лечения с фактическими затратами. Произведен пересмотр КЗГ 1999 года с учетом изменившихся условий оплаты (увеличение з/п, удорожание медикаментов, появление новых технологий). Излишняя детализация МЭТ устранена за счет укрупнения в КЗГ.

•КЗГ значительно более адаптированы к современным условиям здравоохранения Казахстана, чем версия, взятая за основу разработки в июне 2011 года.

Значительно расширен перечень групп, дифференцированы уровни оказания помощи (СМП, ВСМП), за основу расчета взяты затраты поставщиков, предъявленные к оплате.



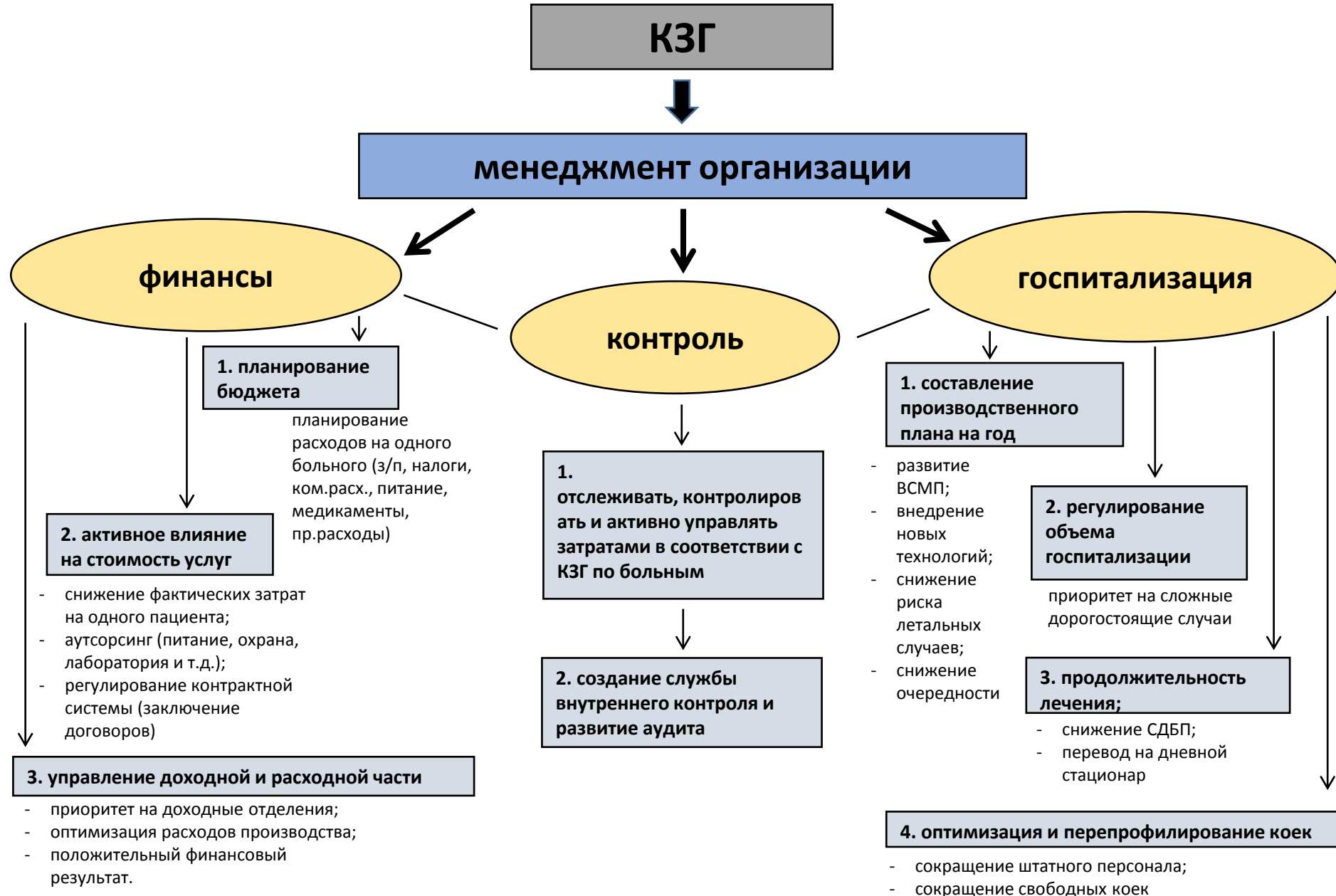
Oxford Policy Management

Рекомендации	Мероприятия
Провести оценку затрат в показательной группе для обоснования достоверности весовых коэффициентов КЗГ	Моделирование по приоритетным КЗГ
Постоянно расширять и гармонизировать КЗГ с международными данными	Создано Бюро КЗГ при РЦРЗ
Повышать потенциал персонала, который ответственен за кодирование	РЦРЗ на постоянной основе
Составить перечень «особых» случаев для исключения их из финансирования по КЗГ	Составлен перечень из 11 нозологий

Внедрение КЗГ

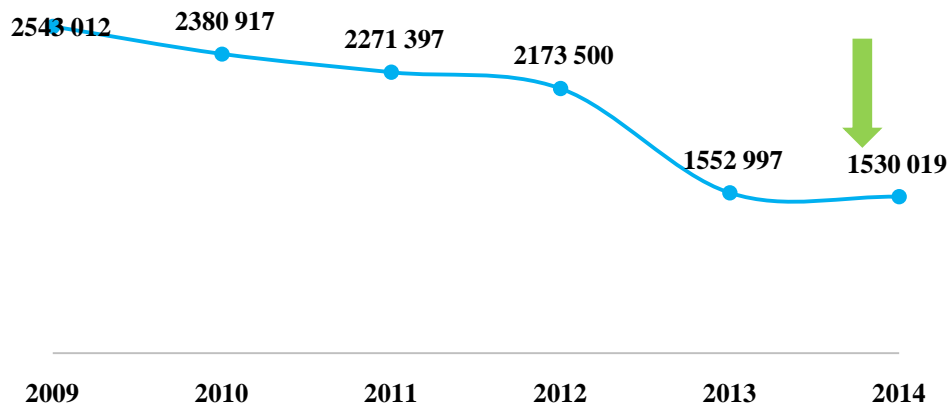
1. Позволяет внедрить эффективный менеджмент
2. Обеспечивает экономические и правовые предпосылки для трудовой мотивации персонала
3. Обеспечивает прозрачность через корпоративное управление
4. Содействует внедрению новых технологий и ВСМП
5. Содействует расширению технологий СЗТ
6. Обеспечивает экономию времени за счет упрощения процедур
7. Содействует возможности приобретения оборудования в лизинг
8. Обеспечивает самостоятельному определению образовательных услуг и приоритетов
9. Обеспечивает приобретение основных средств (до 5 млн.тенге) при условии статуса на ПХВ и наличия Наблюдательного совета

Использование КЗГ в управлении больницей

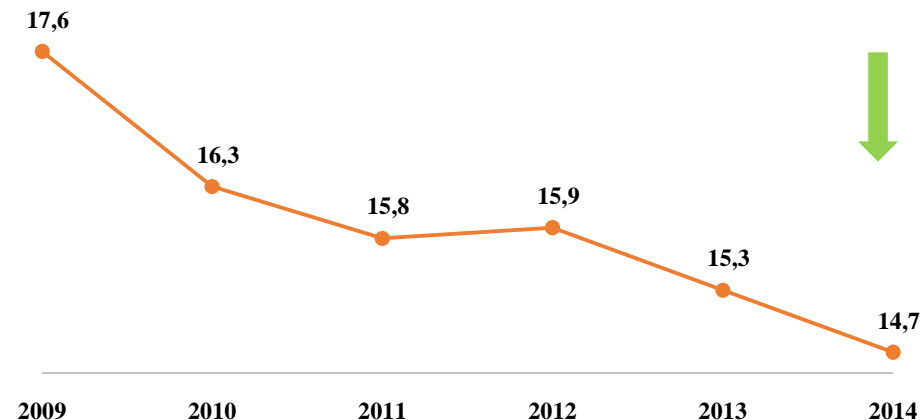


Достигнутые результаты

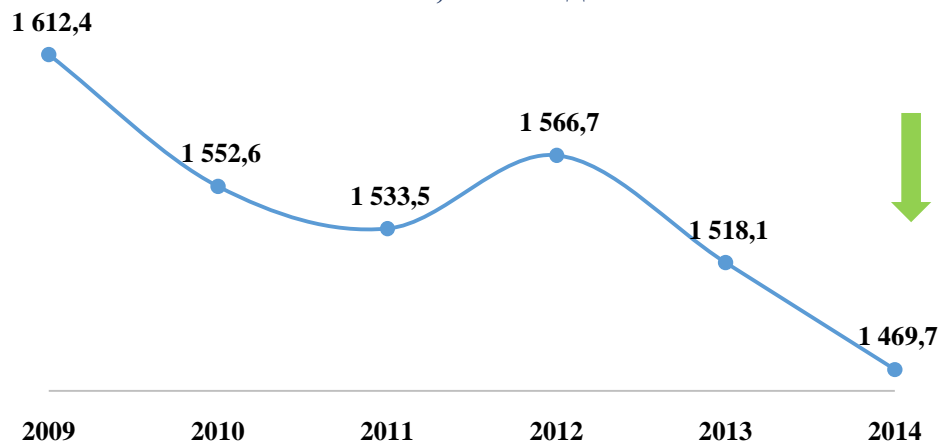
Количество пролеченных случаев в круглосуточных стационарах



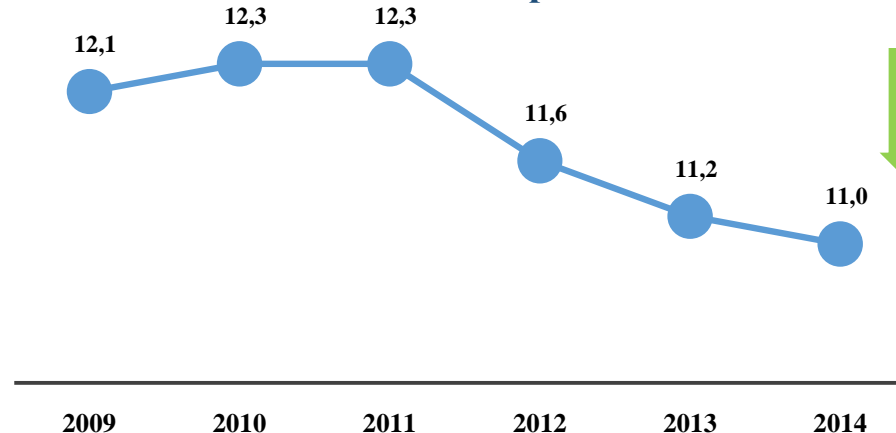
Уровень госпитализации в круглосуточный стационар на 100 жителей



Потребление стационарной помощи на 1000 населения, койко-дней**



Среднее пребывание в круглосуточном стационаре

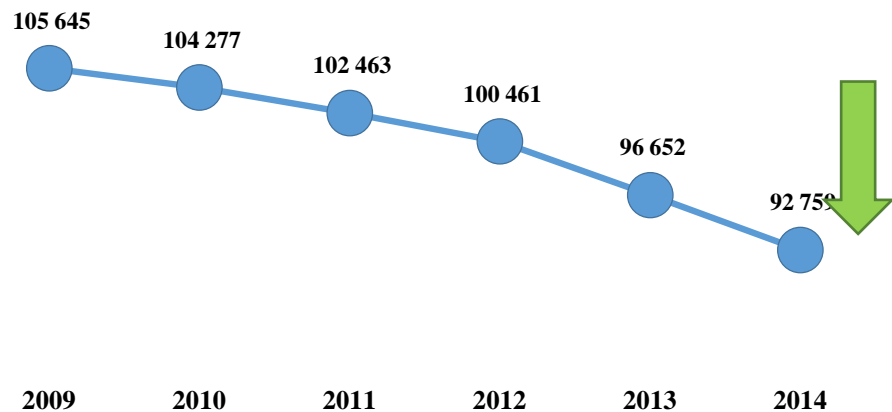


* Данные статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2009-2014 гг.

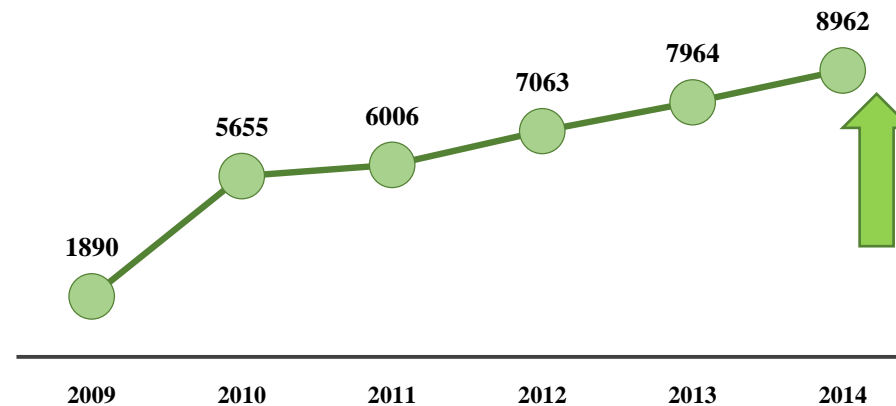
** Данные РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения»

Достигнутые результаты

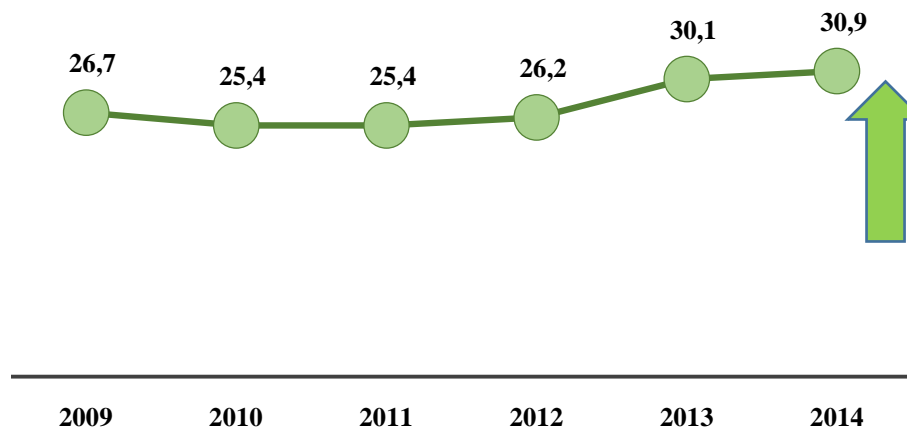
Число коек на конец года



Число коек дневного пребывания при круглосуточном стационаре



Оборот койки

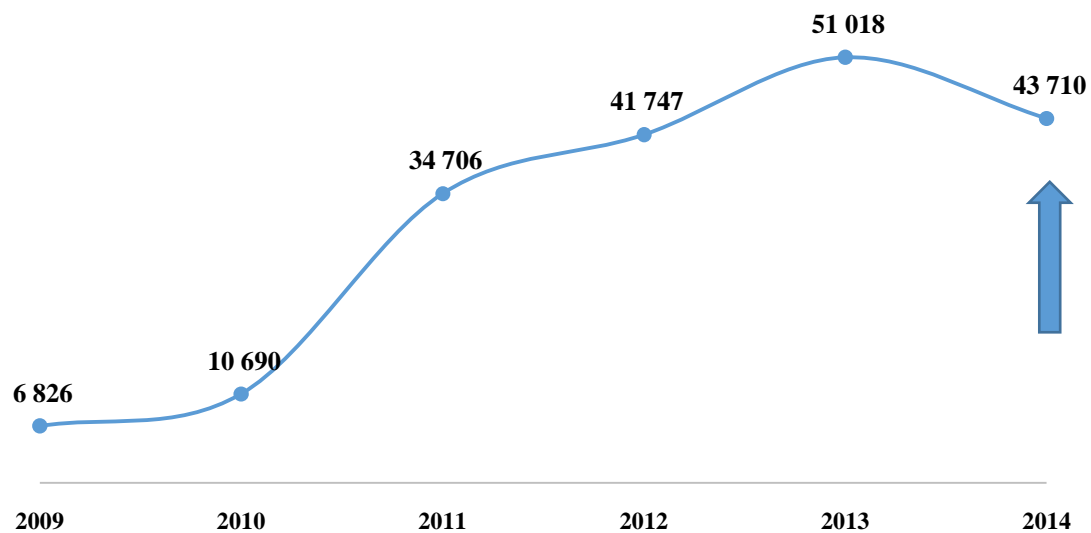


* Данные статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2009-2014 гг.

** Данные РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения»

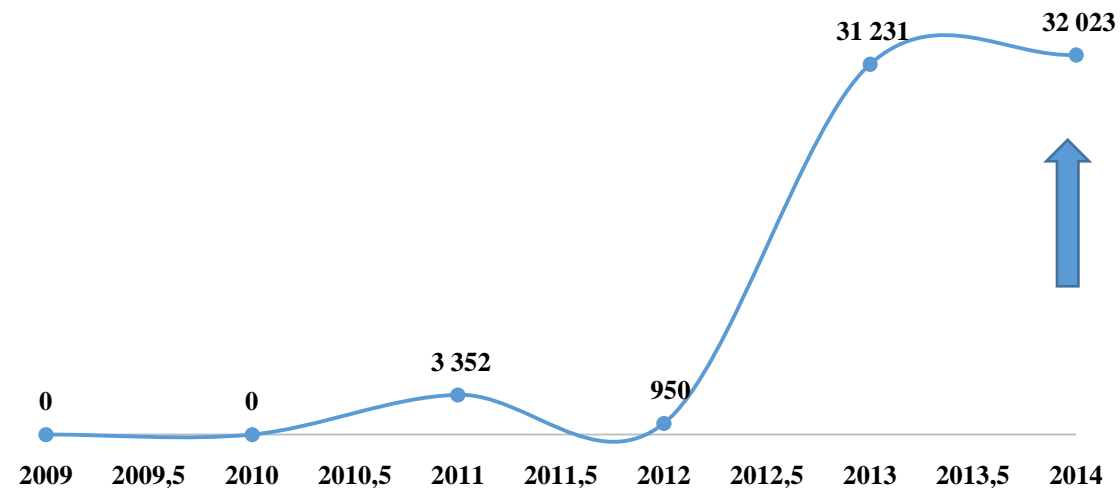
Достигнутые результаты

ВСМП (кол-во больных)



Снижение количества пролеченных в 2014 году связано с актуализацией перечня ВСМП

Внедрение дифференцированной оплаты труда



* Данные статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2009-2014 гг.

** Данные РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения»

Перспективы: уточнение группировки для более точного возмещения затрат

Динамика пересмотра КЗГ за 2012-2015 годы

	1 полугодие 2012 года	2 полугодие 2012 года	2013 год	2014 год	2015 год
Групп КЗГ	364	385	394	419	462

Международный опыт по числу групп КЗГ

	Австрия	Англия	Эстония	Финляндия	Франция	Германия	Ирландия	Польша	Испания (Каталония)	Швеция
2005	883	610	496	831	773	878	665	---	670	740
2008	900	610	496	831	784	1137	665	490	676	976
2011	991	1389	786	1020	2297	1194	698	522	684	976

Перспективы: введение дополнительных критериев группировки

	Текущая ситуация	Дальнейшее совершенствование
Основные критерии	<ul style="list-style-type: none">• Основной клинический диагноз• Основная хирургическая операция• Возрастная категория пациентов	<ul style="list-style-type: none">• Основной клинический диагноз• Основная хирургическая операция• Возрастная категория пациентов
Дополнительные критерии		<ul style="list-style-type: none">• Исход заболевания• Вес при рождении• Тяжесть основного диагноза• Наличие сопутствующих диагнозов• Дополнительные хирургические операции, вмешательства• Факторы значительного вмешательства
Лист значительных вмешательств		<ul style="list-style-type: none">• Применение дорогостоящих ЛС и ИМН• Пребывание в ОАРИТ• Проведение инвазивной ИВЛ• Проведение сеансов экстракорпоральных методов детоксикации• Использование искусственного кровообращения

Введение дополнительных критериев в логику построения КЗГ позволяет:

- 1) Дифференцировать оплату случаев в зависимости от уровня оказания, сложности и ресурсоемкости
- 2) Повысить эффективность экспертизы качества и объемов с применением точечного метода
- 3) Обеспечить прозрачность использования дорогостоящих вмешательств

Перспективы: постоянный процесс совершенствования КЗГ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !