

СИСТЕМА ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр

профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (м. Київ)

Дана робота є фрагментом НДР «Наукове обґрунтування запровадження нового фінансового механізму в охорону здоров'я», № держ. реєстрації 0114U006050.

Вступ. Існують незаперечні докази, які підтверджуються даними систематичних оглядів, що в залежності від захворювання та інтенсивності лікувально-діагностичного процесу необхідно створювати стаціонари для хворих з гострими, хронічними захворюваннями, довготривалого лікування з відповідним фінансовим, кадровим, матеріально-технічним забезпеченням [12, 16, 17–19, 21, 22]. Систему діагностично-споріднених груп (анг. *diagnosis-related groups (DRGs)*) (класифікація для оцінки і стимулювання лікарняних закладів, а також розрахунку вартості лікування) почали впроваджуватися в 1980-х роках.

Система ДСГ була розроблена Робертом Б. Феттером і Джоном Д. Томпсоном в Єльському університеті (США) і вперше впроваджена в 1983 році в рамках програми державного медичного страхування Medicare. Система ДСГ як схема для класифікації пацієнтів, була створена в США для забезпечення стандартів якості лікування. Спочатку вона служила для класифікації груп пацієнтів, а також призначалася в якості інструмента для управління службами клінік і лікарень, виміру їх продуктивності та оцінки якості медичних послуг. Лише пізніше ДСГ стали застосовуватися для систем оплати з фіксованою вартістю лікування за допомогою оцінки ваги лікування та посиленням на типову вартість. Американська система ДСГ застосовується в повному обсязі тільки для населення віком понад 65 років, яке застраховане за програмою Medicare. Згодом вона була змінена та удосконалена. Усі ДСГ-системи, які використовуються на сьогодні, засновані на цій базовій моделі. В подальшому ця система оплати послуг госпітального сектору була впроваджена в Австралії, Швеції, Італії, Угорщині, Великобританії, Канаді, Скандинавських країнах, Німеччині, інших країнах. У Австралії перша версія ДСГ була прийнята в 1992 році в штаті Вікторія (AR-DRG). У Німеччині, у рамках Закону про реформу охорони здоров'я 2000 року було прийнято рішення для оплати повного або часткового спектру стаціонарних лікарняних послуг

за всіма медичними напрямками ввести платіжну систему, засновану на вартості пакету наданих послуг на основі ДСГ, яка орієнтована на вже перевірену на міжнародному рівні подібну систему (рік введення – 2003–2004 рр.).

Також ця система оплати послуг госпітального сектору була впроваджена в Швеції, Італії (з 1997 р.), Австрії (2004 р.), Угорщині, Великобританії, Канаді, Скандинавських країнах, Туреччині (з 2006 р. пілотний проект за участі 8 лікарень, з 2008 р. – 40, в 2011 р. повністю на перейшли на оплату за ДСГ). З 2004 року французька класифікація ДСГ була використана для перспективної оплати надання медичної допомоги у французьких лікарнях. У Бельгії з 1990 року розпочато запровадження ДСГ з використанням МКХ-9. У 2008 році була введена нова модель даних [17].

У Швейцарії у 2003/2004 роках було введено систему ДСГ (Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG)) для стаціонарних закладів охорони здоров'я з метою впливу на процес надання більш ефективних медичних послуг, які орієнтовані на результат. Також SwissDRG використовувалися для запровадження економічних стимулів, щоб лікарні, які працюють з більшою рентабельністю, мали фінансову перевагу перед неефективними. Ця нова тарифна система діє у Швейцарії із січня 2012 року. Після перегляду Закону про медичне страхування, SwissDRG управляє системою оплати стаціонарних медичних послуг та діє у всіх кантонах [11].

Метою дослідження став аналіз законодавчих актів та нормативно-правової, методологічної бази для визначення можливостей та перешкод для запровадження системи діагностично-споріднених груп (ДСГ) в Україні, розрахунок первинної (спрощеної схеми групування) моделі ДСГ.

Об'єкт і методи дослідження. Використані методи: бібліосемантичний, аналітичний, правовий, порівняльного аналізу. Також для розрахунку первинної (спрощеної схеми групування) моделі розрахунку ДСГ використано методологію, що використовувалася в бувших республіках Середньої Азії (Азербайджан, Киргизстан, Казахстан) [4, 11, 13, 14] на основі даних про склад хворих у стаціонарі, строки та результат лікування (таблиця 3220 форми

**Основні характеристики міжнародних моделей ДСГ:
AR-DRG і NordDRG [адаптовано з джерел 4, 15, 20]**

| № пп | Характеристики | AR-DRG | NordDRG |
|------|---|---|--|
| 1 | Призначення системи | Фінансування, управління лікарнями, бенчмаркінг [1], статистика і дослідження щодо послуг з охорони здоров'я | Фінансування, управління лікарнями, бенчмаркінг, статистика і дослідження щодо послуг з охорони здоров'я |
| 2 | Початок впровадження | 1993 (AN-DRG) | 1996 |
| 3 | Періодичність внесення змін | Періодично (9-та версія) | Щорічно |
| 4 | Можливість використання для стаціонарного сектора, в т. ч. стаціонар одного дня | Так | Так, класична версія NordDRG (~500 груп, лише стаціонарне лікування) |
| 5 | Можливість використання для амбулаторної-поліклінічної допомоги | Так, лише хірургія одного дня | Так, повна версія NordDRG (~900 груп, в т. ч. хірургія одного дня та амбулаторні хворі) |
| 6 | Кількість груп ДСГ | | |
| 6. 1 | Кількість основних діагностичних категорій | 698 ^(дані 2013 р.) , в т. ч. хірургія одного дня | 908 ^(дані 2012) , в т. ч. лікування одного дня, стаціонарне і амбулаторне лікування |
| 6. 2 | Кількість груп ДСГ, в які групуються випадки з помилками у вхідних даних (ERROR-DRG) | 23 | 28 |
| 6. 3 | Кількість базових груп ДСГ | 6 | 11 |
| 6. 4 | Кількість підкласів складності випадків | 382 | 500 груп для стаціонарних хворих та 400 для амбулаторних хворих |
| 6. 5 | Кількість підкласів складності випадків | 4 | 2 |
| 7 | Характеристика пацієнтів | | |
| 7. 1 | Вік | Так | Так |
| 7. 2 | Стать | Ні | Так |
| 7. 3 | Діагноз | Так | Так |
| 7. 4 | Новоутворення/Злоякісність | Так | Ні |
| 7. 5 | Вага (для новонароджених) | Так | Ні |
| 7. 6 | Психічна дієздатність | Так | Ні |
| 8 | Дослідження, процедури | Так | Так |
| 9 | Вид виписки (виписано, переведено, смерть) | Так | Так |
| 10 | Тип госпіталізації (планова, ургентна) | Так | Так |
| 11 | Термін перебування на лікуванні/ виписки того ж дня, що і поступлення | Так, але рівень складності випадку залежить від трьох варіантів перебування пацієнта за основним діагнозом: - від 0 днів до середнього терміну перебування (рівень складності 3); - середній термін перебування (рівень складності 3 до 3*) - вище середнього терміну перебування (рівень складності 3*) | Так |
| 12 | Стійкість системи до помилки лікаря у визначенні основного супутніх діагнозів | Так | Так |
| 13 | Стійкість системи до помилки лікаря у визначенні комбінації діагнозу, найменування операції, статі, віку тощо | Так | Так |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 14 | Відкритість методології визначення групи ДСГ | Ні | Таблиця Excel, розміщена у відкритому доступі на веб-сайті NordicDRG (http://www.nordcase.org/eng/norddrg_/) |
| 15 | Близькість системи кодування операцій, процедур | Необхідно переклад, імплементація Класифікатора "The Australian Classification of Health Interventions" (ACHI). Попередня редакція класифікатора, запропонована мережею партнерських центрів BOO3 (the Network of WHO Collaborating Centres), розроблена на основі австралійської модифікації Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10-AM). | Тимчасовий галузевий класифікатор медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій (затверджений наказом МОЗ № 67 від 14. 02. 2007 р.) споріднений з класифікатором NOMESCO NCSP. Класифікатори всіх інших (не хірургічних) втручань повинні підтримувати окремо кожна з країн, які запровадили NordDRG. До загальної редакції класифікатора NCSP такі втручання включені лише у вигляді додатку («NCSP-plus»), орієнтованого головним чином для вирішення власних завдань ДСГ |
| 16 | Можливість самостійного внесення змін до базової (референтної) системи для створення національної системи ДСГ | Так | Так |
| 17 | База даних | Необхідно внесено змін до форми первинної облікової документації № 066/о "Карта хворого, який вибув із стаціонару, № __" [129] | Необхідно внесено змін до форми первинної облікової документації № 066/о "Карта хворого, який вибув із стаціонару, № __" |
| 19 | Використання показника інтегральної складності випадків | Рівень клінічної складності пацієнта (<i>анг.</i> PCCL) враховується, система є більш стійкою до спроб завищення рівня складності випадків лікування | Не передбачено |
| 20 | Можливість попереднього визначення групи у випадку складних операцій або процедур (напр., вентиляція легенів, трансплантація), незалежно до визначеного головного діагнозу. | Так 17 груп ДСГ | Так 12 груп ДСГ |

звітності № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік» (річна) [9], оскільки персоніфікована база даних пролікованих хворих в масштабі країни відсутня.

Результати досліджень та їх обговорення.

Питання щодо запровадження методів фінансування системи охорони здоров'я, які орієнтовані на результат, без деталізації регламентовані прикінцевими положеннями Бюджетного Кодексу України від 08.07.2010 № 2456-VI [2], а також Законом України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» від 28.12.2014 № 79-VIII [3].

Наказом МОЗ України від 14.10.2013 № 880 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [7] затверджено План заходів із запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні, який передбачав основні напрями та етапи його реалізації на 2014–2017 роки. В 2014 р. положеннями наказу МОЗ України від 29.08.2014 № 605 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [8] план було деталізовано, передбачалося створення Українського центру з впровадження системи ДСГ

зі статусом юридичної особи та провести підготовчі роботи щодо тестового використання австралійської системи діагностично-споріднених груп (AR-DRG) в якості референтної (базової) для подальшого створення української системи ДСГ. Наказом МОЗ України від 22.11.2013 № 996 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі» [6] затверджено відповідні методичні рекомендації, які розроблено на основі рекомендацій Світового Банку, які викладено у публікаціях [13,14].

Наказом МОЗ України від 22.10.2013 р. № 901 «Про організацію розробки та впровадження проекту реформування системи охорони здоров'я України за рахунок інвестиційної позики Світового Банку» [10] з метою координації розробки та впровадження субпроекту «Запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я, у т. ч. на основі діагностично-споріднених груп», затверджено склад робочої групи та положення про її діяльність.

В проекті закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» [5] вперше в Україні передбачається започаткувати «планування

та розрахунок обсягу фінансування закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та стаціонарну третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за рахунок державного та місцевого бюджетів на основі базової ставки за кількістю пролікованих випадків відповідно до діагностично-споріднених груп. Базовою ставкою фінансування лікування є обсяг коштів, який витрачається на лікування середньостатистичного пацієнта. Пролікованим випадком є комплекс медичних послуг, наданих пацієнту в стаціонарних та/або стаціонарозаміщувальних умовах з часу госпіталізації пацієнта до закладу охорони здоров'я до моменту виписування» (ст. 10 законопроекту). Також цим законопроектом вводиться відповідне поняття – «діагностично-споріднені групи (ДСГ) – групи захворювань та станів, подібні за етіологією і патогенезом, об'єднані подібними діагностичними дослідженнями і медичними втручаннями, а також середньою ресурсоемністю» (ст. 1 законопроекту).

На етапах обговорення розглядалися основні міжнародні моделі ДСГ: AR-DRG (Австралія), G-DRG (Німеччина), HCF (Великобританія), NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія). В подальшому вибір здійснювався між двома міжнародними моделями ДСГ: AR-DRG (Австралія) і NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія). Основні характеристики цих двох моделей наведено в **табл. 1**.

Робочою групою, склад якої затверджено наказом МОЗ України від 20.11.2012 № 268-Адм «Про роботу групу з опрацювання соціальних стандартів та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості у сфері охорони здоров'я» на засіданні робочої підгрупи по затвердженню методики формування ДСГ, яка відбулася 20.03.2014 р., було прийнято рішення визначити австралійську систему діагностично-споріднених груп (AR-DRG) як базову для створення української системи ДСГ із залученням міжнародної технічної допомоги.

Також наводимо дані щодо первинної (спрощеної схеми групування) ДСГ, яка може бути використана на період до імплементації базової системи ДСГ (AR-DRG). В умовах відсутності даних щодо фактичних витрат пролікованих випадків в розрізі відділень, при розрахунку нами було використано припущення, що вартість ліжко-дня за всіма діагнозами однакова. Крім того, було зроблено припущення, що кількість початкового набору ДСГ-груп мінімальна.

На першому етапі були виділені групи діагнозів, які були виключені при розрахунку первинної (спрощеної схеми групування) моделі ДСГ. Це захворювання, які лікуються в спеціалізованих диспансерах та/або вимагають особливих підходів до фінансування: туберкульоз, онкологія (клас за МКХ-10 «Новоутворення» (C00-D48), розлади психіки та поведінки (F00-F99). Далі було визначено перелік груп класів хвороб, для яких були проведені розрахунки. Шляхом ділення кількості ліжко-днів на кількість випадків визначено середнє перебування по кожному рядку таблиці 3220 форми звітності № 20.

На наступному етапі було проведено попередній розрахунок вагових коефіцієнтів (ВК), які є економічною характеристикою групи, що показує як вартість випадки з цієї групи співвідносяться до середньої за системою вартості випадку.

Для розрахунку ВК, величину середнього перебування у кожній групі ділили на середнє перебування за всіма випадками. За досвідом інших країн, для визначення та врахування наявності невідповідності ВК ДСГ-групи реальній її складності (вартості), або для штучного «удорожчання» або «здешевлення» вартості групи було підвищено коефіцієнт для ДСГ-групи «Вагітність, пологи та післяпологовий період» з 0,69 до 0,8 (подібний крок застосовувався і в інших країнах, зокрема Азербайджані). Крім того, підвищено коефіцієнти для дітей на 1,2 (з досвіду інших країн «дитячі» ДСГ-групи коштують дорожче).

Наступним кроком стало проведення нормування вагових коефіцієнтів. Після штучної правки коефіцієнтів, проведено нормування решти коефіцієнтів з метою дотримання принципу бюджетної нейтральності. Поправочний коефіцієнт нормування з урахуванням кількості випадків розраховувався за формулою 1 (розрахунково дорівнює 0,94):

$$KH = \frac{\sum_i (KC_i) * (BK_i)}{\sum_i KC}, \quad (1)$$

KH – коефіцієнт нормування
 KC_i – кількість випадків у групі i
 BK_i – ваговий коефіцієнт i -групи
 KC – загальна кількість випадків.

Далі, всі вагові коефіцієнти були поділені на коефіцієнт нормування. Оскільки дані щодо хірургічних операцій в розрізі МКХ-10 не збиралися, і,

Таблиця 2

Макет первинної моделі ДСГ

| № ДСГ | Найменування класів та окремих хвороб (шифр по МКХ-10) | Шифр відповідно до МКХ-10 | ВК_Норм | № ДСГ (укрупнені групи) |
|-------------|---|---------------------------|---------|-------------------------|
| 17 груп ДСГ | Всього | A00-T98 | 1,0 | 10 груп ДСГ |
| 1 | Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках | R00-R99 | 0,83 | 1 |
| 2 | Хвороби ока та його придаткового апарату | H00-H59 | 1,06 | 2 |
| 3 | Хвороби органів травлення | K00-K93 | 1,08 | 2 |

| | | | | |
|----|---|---------|------|---|
| 4 | Вагітність, пологи та післяпологовий період | O00-O99 | 1,08 | 2 |
| 5 | Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин | S00-T98 | 1,16 | 3 |
| 6 | Хвороби вуха та соскового відростку | H60-H95 | 1,19 | 4 |
| 7 | Хвороби шкіри та підшкірної клітковини | L00-L99 | 1,2 | 5 |
| 8 | Хвороби органів дихання | J00-J99 | 1,21 | 5 |
| 9 | у т. ч. :Деякі інфекційні та паразитарні хвороби | A00-B99 | 1,31 | 6 |
| 10 | Хвороби системи кровообігу | I00-I99 | 1,32 | 6 |
| | інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку | I64 | 1,33 | 6 |
| | з них гострий інфаркт міокарду | I21-I22 | 1,6 | 8 |
| 11 | Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення | Q00-Q99 | 1,32 | 6 |
| 12 | Хвороби сечостатевої системи | N00-N99 | 1,34 | 6 |
| 13 | Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді | P00-P96 | 1,41 | 7 |
| 14 | Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин | E00-E90 | 1,43 | 7 |
| | з них цукровий діабет | E10-E14 | 1,52 | 7 |
| 15 | Хвороби нервової системи | G00-G99 | 1,6 | 8 |
| 16 | Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | M00-M99 | 1,64 | 9 |
| 17 | Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму | D50-D89 | 1,67 | 9 |

відповідно, необхідна інформація для розрахунку хірургічних ДСГ відсутня, пропонується наступний підхід: при наявності хірургічної операції, до вагового коефіцієнту ДСГ застосовувати підвищувальний коефіцієнт 1,1. Дані **табл. 2** відображають макет первинної моделі ДСГ. Цей макет може бути використаний для моделювання різних варіантів. При зміні вагового коефіцієнта будь-якої групи, нормовані

Вагові коефіцієнти відображають економічну характеристику окремої групи ДСГ, яка вказує як вартість випадку в окремій групі співвідноситься до середньої. Наприклад, якщо середня вартість одного дня перебування в стаціонарі становила 256 грн (дані 2013 р., то витрати на групу ДСГ 2 «Хвороби ока та його додаткового апарату» (H00-H59), «Хвороби органів травлення» (K00-K93) (оскільки вони мають однаковий ваговий коефіцієнт) – 256*1,08 = 276,48 грн; групу ДСГ 8 «Хвороби нервової системи» (I21-I22) 256*1,6 = 409,6 грн.

Висновки.

1. За даними дослідження встановлено наявність недосконалої нормативно-правової та методологічної бази для запровадження системи

діагностично-споріднених груп, необхідність адаптації однієї з міжнародних моделей ДСГ, що потребує додаткових фінансових ресурсів.

2. Досліджено основні характеристики міжнародних моделей ДСГ, зокрема AR-DRG і NordDRG та кваліфікаційні критерії для запровадження системи діагностично-споріднених груп, зокрема діагноз, хірургічні операції, вік пацієнта, тип госпіталізації (планова, ургентна) тощо, за допомогою яких було здійснено вибір базової для створення української системи ДСГ : перевагу надано австралійській системі AR-DRG.

3. Запропоновано первинну (спрощену схему групування) моделі діагностично-споріднених груп для України, яка може бути використана для проведення планування видатків в стаціонарах при формування відповідних бюджетів закладів охорони здоров'я/бюджетних запитів розпорядників бюджетних коштів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з питаннями моніторингу та оцінки етапності імплементації базової міжнародної моделі ДСГ для України.

Література

1. Бенчмаркінг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki/Бенчмаркінг>. – Назва з екрана.
2. Бюджетний Кодекс України від 08. 07. 2010 №2456-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – №50–51. – С. 572.
3. Закон України «Провнесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин» від 28. 12. 2014 № 79-VIII / Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/79-19>. – Назва з екрана.
4. Кацага А. Разработка и внедрение системы КСГ. Теория и практические решения / Александр Кацага. – Мировой Банк, 2014 [Электронный документ]. – Режим доступа : kubanoms.ru/_files/smo/1.pptx. – Название с экрана.
5. Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування : проект Закону України [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140505_0.html. – Назва з екрана.

6. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі : наказ МОЗ України від 22. 11. 2013 р. №996 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131122_0996.html. – Назва з екрана.
7. Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні : наказ МОЗ України від 14. 10. 2013 р. №880 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131014_0880.html. – Назва з екрана.
8. Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні : наказ МОЗ України від 29. 08. 2014 р. №605 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140829_0605.html. – Назва з екрана.
9. Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення : наказ МОЗ України від 10. 07. 2007 р. №378 (zareestrovano Міністерством юстиції України 03. 09. 2007 р. за № 1009/14276) [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070710_378.html. – Назва з екрана.
10. Про організацію розробки та впровадження проекту реформування системи охорони здоров'я України за рахунок гранту та інвестиційної позики Світового банку : наказ МОЗ України від 22. 10. 2013 р. №901 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131022_0901.html. – Назва з екрана.
11. Система SwissDRG: гарантія якості в здравоохранении [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.wpr-swiss-med.ru/ru/why-switzerland-ru/2012-11-20-19-13-36/180-2012-11-20-19-49-43.html>– Назва з екрана.
12. Armstrong S. H. Appropriateness of bed usage for inpatients admitted as emergencies to internal medicine services / S. H. Armstrong, N. R. Peden, S. Nimmo, M. Alcorn // Health bulletin. – 2001. – №59 (6). – P. 388–395.
13. Case-based hospital payment systems: a step-by-step guide for design and implementation in low- and middle-income countries / Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty, Yevgeniy Samyshkin, Alexander Katsaga, Ainura Ibraimova, YevgeniyKutanov, Konstantin Lyachshuk, Olga Zuys. – ZdravPlus, USAID, 2005. – 139 p.
14. Designing and Implementing Health Care Provider PaymentSystems How-To Manuals / Ed. by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin and Sheila O'Dougherty. – The World Bank and the United States Agency for International Development, 2009. – 253 p.
15. DRGs as a financing tool. HOPE report on DRGs as a financing tool / European Hospital and Healthcare Federation. – Brussel, 2006. – 94 p.
16. Healy J., McKee M. Implementing hospital reform in Central and Eastern reform Europe / J. Healy, M. McKee // Health Policy. – 2002. – №61 (1). – P. 1–19.
17. Kutzin J. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition / J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. –162 p.
18. Mathauera I. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries / I. Mathauera, F. Wittenbecher // Bulletin of the World Health Organization. – 2013. – №91. – P. 746–756A.
19. Moreno-Serra R. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia / R. Moreno-Serra, A. Wagstaff / Journal of Health Economics. – 2010. – №29. – P. 585–602.
20. Risk adjustment policy options for casemix funding: international lessons in financing reform / Kathryn M. Antioch, Randall P. Ellis, Steve Gillett [et al.] // European Journal of Health Economics. – 2007. – №7. – P. 1–18.
21. Taheri P. A. Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission / P. A. Taheri, D. A Butz., L. J. Greenfield // Journal of the American College of Surgeons. – 2000. – №191 (2). – P. 123–130.
22. Taheri P. A. Physician impact on the total cost of care / P. A. Taheri, D. Butz, L. C. Griffes, D. R. Morlock, L. J. Greenfield // Annals of surgery. – 2000. – №231 (3). – P. 432–435.

УДК 614. 2:658. 14:331. 214(477)

СИСТЕМА ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Шевченко М. В.

Резюме. У статті представлений аналіз міжнародних систем діагностично-споріднених груп, зокрема AR-DRG (Австралія) і NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія). За даними дослідження рекомендується для імплементації використовувати як базову австралійську систему ДСГ (AR-DRG), що було підтримано як українськими, так і зарубіжними експертами, зокрема експертами Світового Банку. Встановлено необхідність розробки відповідної нормативно-правової та методологічної бази для створення української системи діагностично-споріднених груп. Запропоновано первинну (спрощену схему угруповання) моделі діагностично-споріднених груп для України, розрахунок і нормування вагових коефіцієнтів.

Ключові слова: діагностично-споріднені групи, первинна модель, міжнародні моделі, вагові коефіцієнти.

УДК 614. 2:658. 14:331. 214(477)

СИСТЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКИ-СВЯЗАННЫХ ГРУП: ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ В УКРАИНЕ

Шевченко М. В.

Резюме. В статье представлен анализ международных систем диагностически-связанных групп, в частности AR-DRG (Австралия) и NordDRG (Скандинавские страны, в частности Финляндия). По данным исследования рекомендуется для имплементации использовать как базовую австралийскую систему ДСГ (AR-DRG), что было поддержано как украинскими, так и зарубежными экспертами, в частности экспертами Всемирного Банка. Установлена необходимость разработки соответствующей нормативно-правовой и методологической базы для создания украинской системы диагностически-связанных групп. Предложено

первичную (упрощенную схему группировки) модели диагностически-связанных групп для Украины, расчет и нормирования весовых коэффициентов.

Ключевые слова: диагностически-связанные группы, первичная модель, международные модели, весовые коэффициенты.

UDC 614. 2:658. 14:331. 214(477)

Diagnosis-Related Group (DRG): Prospects Introduction to Ukraine

Shevchenko M. V.

Abstract. Diagnosis-related group (DRG) is a system to classify hospital cases. This system of classification was developed as a collaborative project by Robert B Fetter (as the tool for the analysis was developed interactive computer system that is based on the factor and cluster analysis). At the core the changes the method of payment of hospital care on the basis of group economic standards on the idea, common to all classifications – to combine a large number of unique items (in this case treated in hospital cases) in a limited number of groups with definite similarities. Main advantage of this approach is that it allows the analysis that would have been impossible under other conditions: for example, comparing cost, efficiency and quality.

The American system DRG used only for people over the age of 65, who are insured by the program Medicare. Later American system DRG was changed and improved. All DRG system based on this basic model.

Further, the system of payment of hospital sector was introduced in Australia, Sweden, Switzerland, Italy, Hungary, UK, Canada, Germany, Turkey and other countries. DRGs are assigned by a «grouper» program based on ICD (International Classification of Diseases) diagnoses, procedures, age, sex, discharge status, and the presence of complications or comorbidities. Implementation of modern methods of effective planning and payment of hospital sector is one of an important part of healthcare reform.

The aim of this work is analysis of legislation and legal, methodological framework to identify opportunities and barriers to introduction of diagnostic-related groups (DRG) in Ukraine, the calculation of primary (simplified scheme grouping) model DRG.

Object and methods of research. Methods used: bibliosemantical, analytical, legal, comparative analysis. Also to calculate the primary (simplified scheme grouping) DRG calculation model used methodology that was used in former republics of Central Asia (Azerbaijan, Kyrgyzstan, Kazakhstan) based on the composition of patients in hospital, timing and outcome.

Results and discussion. Ukraine is expected to start in planning and calculation of financing health care, providing inpatient secondary (specialized) and inpatient tertiary (highly specialized) medical assistance from the state and local budgets based on the base rate by the number of treated cases according to diagnostic-related groups.

Questions about introducing methods of financing health systems which are oriented for results without detailing regulated final provisions of the Budget Code of Ukraine from 08.07.2010 № 2456-VI and the Law of Ukraine “On changes to the Budget Code of Ukraine (reform interbudgetary relations)” from 28.12.2014 № 79-VIII.

Order of the Ministry of Health of Ukraine from 14.10.2013 № 880 approved the Action Plan for the introduction of diagnostic-related groups in Ukraine, which included the main directions and stages of its implementation during 2014-2017 years.

In 2014 this Action Plan was detailed (Order of the Ministry of Health of Ukraine of 29.08.2014 № 605). Assumed create Ukrainian Center for implementing the DRG system.

Methodological recommendations for the formation of diagnostic related groups have been developed (Order of the Ministry of Health of Ukraine of 22.11.2013 № 996).

According to the research established the presence of imperfect legal and regulatory, methodological framework for the introduction of diagnostic-related groups, need additional financial resources for adapt one of the international DRG models.

At considered in discussions major international DRG models: AR-DRG (Australia), G-DRG (Germany), HCF (UK), NordDRG (Nordic countries, including Finland). Further selection was carried out between two international models DRG: AR-DRG and NordDRG. Comparative analysis showed the presence of the Australian system (AR-DRG) of preferences. The data of primary (simplified scheme grouping) DRG, which can be used for the period for implementation of the base system DRG (AR-DRG).

Provided calculation of weighting coefficients. Weight coefficients reflect the economic characteristics of individual DRG indicating the cost of the event in a separate group corresponds to the average. For example, if the average cost per day of hospitalization was 256 UAH (data in 2013) that cost per day of hospitalization for DRG-groups «Diseases of the eye and adnexa» (H00-H59) – $256 \times 1,08 = 276,48$ UAH; «Diseases of the nervous system» (I21-I22) $256 \times 1,6 = 409,6$ UAH.

Keywords: diagnostic-related groups, primary model, international model, weighting coefficients.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 22. 01. 2015 р.