

О.М. Дзюба, Н.Т. Кучеренко

## АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ДЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – провести порівняльний аналіз організаційно-правової та фінансово-економічної бази запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні.

**Методи:** бібліографічний, статистичний, порівняльного аналізу.

**Результати.** Серед першочергових кроків реформування медичного обслуговування є поліпшення ефективності фінансування сектора охорони здоров'я. Для цього необхідно сформувати національну систему єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, на основі яких будуть фінансуватися медичні заклади.

**Висновки.** Удосконалення нормативно-правової та методологічної бази для запровадження системи діагностично-споріднених груп, необхідність адаптації однієї з міжнародних моделей діагностично-споріднених груп будуть сприяти подальшому поліпшенню національної системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** діагностично-споріднені групи, нормативно-правова база, фінансування, тарифи медичних послуг.

### ВСТУП

Реформа системи охорони здоров'я передбачає зміну адміністративних методів управління економічними. Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) є системою, яка складається із взаємопов'язаних структурних елементів (підсистем), що виконують різноманітні функції, націлені на досягнення єдиної мети – максимально швидко і якісно надати медичну допомогу, скоротивши при цьому витрати на її виробництво й реалізацію.

**Мета роботи** – провести порівняльний аналіз організаційно-правової та методологічної бази запровадження системи діагностично-споріднених груп (ДСГ) в Україні.

У статті використано такі **методи** дослідження: бібліографічний, статистичний, порівняльного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основами законодавства України про охорону здоров'я Верховною Радою України від 19.11.1992 р. № 2801-XII (у редакції від 15.07.2015 р.) (ст. 18) визначено, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів і будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Усі ЗОЗ мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги у сфері охорони здоров'я.

Бюджетним Кодексом України від 08.07.2010 р. № 2456-VI (редакція станом на 09.12.2015 р.) регламентовано, що власні надходження бюджетних установ отримуються додатково до коштів загального фонду бюджету і включаються до спеціального фонду бюджету. Власні надходження бюджетних установ

поділяються на групи: надходження від плати за послуги (включаючи плату за надання адміністративних послуг), що надаються бюджетними установами згідно із законодавством (перша група), інші джерела власних надходжень бюджетних установ (друга група).

Теоретичні основи методології ДСГ викладені в матеріалах проекту Європейського Союзу (ЄС) «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.), посібник № 13 «Модель фінансового відшкодування (на прикладі ДСГ). Індикатори результативності роботи» [1].

Використання методики на основі ДСГ дає змогу більш комплексно проводити розрахунок вартості стаціонарного лікування з урахуванням основного і супутніх діагнозів та виконаних оперативних втручань, а також самостійно аналізувати якість внутрішньолікарняного бюджетування ЗОЗ, розраховувати перерозподіл ресурсів між підрозділами ЗОЗ без зміни загального бюджету ЗОЗ, аналізувати рівень складності випадків, пролікованих лікарем, відділенням і лікарнею в цілому.

Оскільки в Україні проводиться робота щодо створення національної системи ДСГ, важливим фактором є вибір існуючих у світі міжнародних систем ДСГ. У матеріалах Проекту ЄС представлений реєстр існуючих міжнародних систем ДСГ-групувань, проведений попередній аналіз цих систем і запропоновані рекомендації Україні щодо вибору систем ДСГ. При виборі системи ДСГ враховані такі фактори:

- відносна легкість розуміння системи для українських лікарів та економістів (відносно невелика кількість ДСГ-груп);
- можливість вільного використання таблиць ДСГ-групування;
- схожість структури та системи кодування операцій для України;
- поширеність у декількох країнах, у т.ч. бажано в країнах колишнього СНД;
- досвід використання в українських лікарнях.

Наказом МОЗ України від 14.10.2013 р. № 880 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [4] затверджено План заходів із запровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні, який передбачає основні напрями та етапи його реалізації на 2014–2017 роки.

У 2014 р. положеннями наказу МОЗ України від 29.08.2014 р. № 605 «Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні» [5] деталізовано план, передбачено створення Українського центру з впровадження системи ДСГ зі статусом юридичної особи та проведення 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 р. № 996 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування діагностично-споріднених груп та визначення вартості медичних послуг на їх основі» [3] затверджено відповідні методичні рекомендації, розроблені на основі рекомендацій Світового Банку і викладені в публікаціях *Designing and implementing health care provider payment systems : How-to manuals / edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty (2009) (TheWorldBank, USAID)* [6, 7].

У проєкті закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» [2] вперше в Україні передбачено започаткувати «планування та розрахунок обсягу фінансування закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) і стаціонарну третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за рахунок Державного та місцевого бюджетів на основі базової ставки за кількістю пролікованих випадків відповідно до ДСГ. Базовою ставкою фінансування лікування визначено обсяг коштів, який витрачається на лікування середньостатистичного пацієнта. Пролікованим випадком є комплекс медичних послуг, наданих пацієнту в стаціонарних та/або стаціонаророзамінних умовах із часу госпіталізації пацієнта до ЗОЗ до моменту виписування» (ст. 10 законопроекту).

Також цим законопроектом введено 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 ресурсоємністю» (ст. 1 законопроекту).

На етапах обговорення розглянуто основні міжнародні моделі ДСГ: AR-DRG (Австралія), G-DRG (Німеччина), HCF (Великобританія), NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія).

У подальшому вибір здійснено між двома міжнародними моделями ДСГ: AR-DRG (Австралія) і NordDRG (Скандинавські країни, зокрема Фінляндія). Основні характеристики цих двох моделей наведено в таблиці 1.

На засіданні робочої підгрупи МОЗ України по затвердженню методики формування ДСГ, яке відбулося 20.03.2014 р., прийнято рішення визначити AR-DRG як базову для створення української системи ДСГ із залученням міжнародної технічної допомоги.

У рамках даної статті проведено розрахунки первинної (спрощена схема групування) моделі розрахунку ДСГ.

За аналогією з методологією, використаною для розрахунку ДСГ, спочатку виділено групи діагнозів, які на першому етапі виключені з системи фінансування за ДСГ. Це захворювання, які лікуються в спеціалізованих диспансерах та/або потребують особливих підходів до фінансування: туберкульоз, онкологія (клас за МКХ-10 «Новоутворення» – C00-D48), розлади психіки та поведінки (за МКХ-10 – F00-F99).

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

Таким чином, дані таблиці 2 відображають макет первинної моделі ДСГ. Цей макет може бути використаний для моделювання різних варіантів. При зміні вагового коефіцієнта будь-якої групи, нормовані коефіцієнти автоматично перераховуються.

Таблиця 1  
**Основні характеристики міжнародних моделей ДСГ: AR-DRG і NordDRG**

№ пор.	Характеристика	AR-DRG	NordDRG
1.	Призначення системи	Фінансування, управління лікарнями, бенчмаркінг <sup>1</sup> , 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-а версія)	Щорічно
4.	Можливість використання для стаціонарного сектора, у т.ч. стаціонар одного дня	Так	Так, класична версія NordDRG (~500 груп, лише стаціонарне лікування)
5.	Можливість використання для амбулаторно-поліклінічної допомоги	Так, лише хірургія одного дня	Так, повна версія NordDRG (~900 груп, у т.ч. хірургія одного дня та амбулаторні хворі)

6.	Кількість груп ДСГ		
6.1.	Кількість основних діагностичних категорій	698 <sup>2</sup> , у т.ч. хірургія одного дня	908 <sup>3</sup> , у т.ч. лікування одного дня, стаціонарне і амбулаторне лікування
6.2.	Кількість груп ДСГ, в які входять 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 і 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 госпіталізація	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 із супутніх діагнозів	Так	Так
14.	Стійкість системи до помилки лікаря у визначенні комбінації діагнозу, найменування операції, статі, віку тощо	Так	Так
15.	Відкритість методології визначення групи ДСГ	Ні	Таблиця Excel, розміщена у відкритому доступі на веб-сайті NordicDRG ( <a href="http://www.nordcase.org/eng/norddrg_/">www.nordcase.org/eng/norddrg_/</a> )
16.	Близькість системи кодування операцій, процедур	Необхідні переклад, імплементація Класифікатора «The Australian Classification of Health Interventions» (ACHI). Попередня редакція класифікатора, запропонована мережею партнерських центрів ВООЗ (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 від 14.02.2007 р. № 67) споріднений з класифікатором NOMESCO NCSP. Класифікатори всіх інших (не хірургічних) втручань повинна 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
17.	Можливість самостійного внесення змін до базової (референтної) системи для створення національної системи ДСГ	Так	Так
18.	База даних	Необхідне внесення змін до форми первинної облікової документації № 066/о «Карта хворого, який вибув зі стаціонару, №__»	Необхідне внесення змін до форми первинної облікової документації № 066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару, №__»
19.	Використання показника інтегральної складності випадків	Рівень клінічної складності пацієнта (англ. 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 (наприклад, вентиляція легенів, трансплантація), незалежно до визначеного головного діагнозу	Так 17 груп ДСГ	Так 12 груп ДСГ

Примітки:

<sup>1</sup> Бенчмаркінг – безупинний систематичний пошук і впровадження найкращих практик, що приведуть організацію до досконалішої форми. Дієвий інструмент для визначення становища компанії порівняно з іншими, подібними за розмірами та/або сферою діяльності, організаціями. Перманентний, безперервний процес порівняння товарів (робіт, послуг), виробничих процесів, методів та інших параметрів досліджуваного підприємства (структурного підрозділу) з аналогічними об'єктами інших підприємств чи структурних підрозділів.

<sup>2</sup> 2013 рік

<sup>3</sup> 2012 рік

Таблиця 2  
Макет первинної моделі діагностично-споріднених груп

№ ДСГ	Класи та окремі хвороби (шифр за МКХ-10)	Шифр відповідно до МКХ-10	ВК_Норм	№ ДСГ (укрупнені групи)
17 груп ДСГ	Усього	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 соскоподібного відростка	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
11.	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт мозку	Q00-Q99 I64	1,32 1,33	6 6
12.	Хвороби сечостатевої системи	N00-N99	1,34	6

13.	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	P00-P96	1,41	7
14.	Ендокринні хвороби, розлади харчування та 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
	з них гострий інфаркт міокарда	I21-I22	1,6	8
16.	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	M00-M99	1,64	9
17.	Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	D50-D89	1,67	9

### ВИСНОВКИ

Встановлено наявність недосконалої нормативно-правової та методологічної бази для запровадження системи ДСГ, необхідність адаптації однієї з міжнародних моделей ДСГ, що потребує додаткових фінансових ресурсів.

Досліджено основні характеристики міжнародних моделей ДСГ, зокрема AR-DRG і NordDRG, та кваліфікаційні критерії для запровадження системи ДСГ.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

За результатами дослідження запропоновано первинну (спрощену схему групування) модель розрахунку ДСГ для України. Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення даної проблеми.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Модель фінансового відшкодування (на прикладі ДСГ) : посібник № 13 [Електронний документ] // Матеріали проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 роки). – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua](http://www.eu-shc.com.ua). – Назва з екрана.
2. 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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140505_0.html). – Назва з екрана.
3. 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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131122_0996.html). – Назва з екрана.
4. 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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131014_0880.html). – Назва з екрана.
5. 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](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140829_0605.html). – Назва з екрана.
6. Case-based hospital payments 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, Yevgeniy Kutanov, Konstantin Lyachshuk, Olga Zuys. – ZdravPlus, USAID, 2005. – 139 p.
7. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : 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.

*Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2015 р.*

**Анализ нормативно-правовой базы  
для внедрения системы диагностически-  
родственных групп в Украине**

А.Н. Дзюба, Н.Т. Кучеренко

ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МОЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – провести сравнительный анализ организационно-правовой и финансово-экономической базы внедрения системы диагностически-родственных групп в Украине.

**Методы:** библиографический, статистический, сравнительного анализа.

**Результаты.** Среди первоочередных шагов реформирования медицинского обслуживания является улучшение эффективности финансирования сектора здравоохранения. Для этого необходимо сформировать национальную систему единых экономически обоснованных тарифов на медицинские услуги, на базе которых будут финансироваться медицинские учреждения.

**Выводы.** Совершенствование нормативно-правовой и методологической базы для внедрения системы диагностически-родственных групп, необходимость адаптации одной из международных моделей диагностически-родственных групп будут способствовать дальнейшему улучшению национальной системы здравоохранения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** диагностически-родственные группы, нормативно-правовая база, финансирование, тарифы медицинских услуг.

**Analysis of the legal base for the implementation  
of diagnostic-related groups in Ukraine**

O.M. Dziuba, N.T. Kucherenko

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to carry out a comparative analysis of the legal, financial and economic base of introduction of diagnostic-related groups in Ukraine.

**Methods:** bibliographic, statistical, the comparative analysis.

**Results.** Among the priority steps of health care reforming improvement of efficiency of financing health care sector is determined. For this purpose are necessary formation of unified national system economically justified tariffs for medical services on the basis of which medical facilities will be financed.

**Conclusions.** Perfection of legal and methodological base for introduction of diagnostic-related groups, need of adaption one of the international DRG models will further improvement of national health care system.

**KEY WORDS:** diagnostic-related groups, legal base, financing, rates of medical services.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Дзюба Олександр Миколайович** – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Кучеренко Наталія Тимофіївна** – к.е.н., зав. відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.