

УДК 614.2(071)

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Манухина Е. В.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области,
Россия, Рязань

В статье освещен зарубежный и российский опыт стандартизации медицинской помощи. Рассмотрены способы оплаты больничной помощи на основе диагностически родственных групп (DRG) за рубежом. Актуализирована необходимость совершенствования стандартизации специализированной медицинской помощи как одной из наиболее важных задач здравоохранения в России.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, медицинские стандарты, диагностически родственные группы.

Стандартизация, по определению Международной организации по стандартизации (ISO), есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики, направленных на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области [3]. Стандартизация в здравоохранении является приоритетным направлением современного развития сферы медицинских услуг в экономически развитых странах мира [8].

По вопросу стандартизации больничной помощи в литературе описаны так называемые «стандартизованные последовательности лечебно-диагностических мероприятий», включающие основные шаги лечения пациента с определенным диагнозом и описывающие ожидаемый прогресс его состояния, которые в зависимости от цели использования и детализации описания процесса подразделяются:

- на клинические протоколы;
- на руководства по клинической практике;
- на собственно последовательности лечебно-диагностических мероприятий или клинические алгоритмы [4, 18, 29, 31].

Сегодня в мире наиболее распространенным и востребованным методом стандартизации больничной (специализированной) медицинской помощи, используемым для оценки медицинской и экономической эффективности, признана система диагностически родственных групп – DRG (Diagnosis Related Groups), которая появилась в США с целью внедрения стандартов лечения и ограничения ресурсозатрат на медицинскую помощь по социальным программам для пожилых людей (Medicare) и малоимущих (Medicaid) [1, 34].

В здравоохранении России и США используется немного идентичных организационных подходов и принципов. Оплата больничной помощи на основе DRG – один из них [19]. Из истории известно, что в 1967 г. в Йельском университете сотрудники работали над созданием системы диагностически связанных групп на основе анализа 1,4 млн историй болезни из 332 больниц США. Пилотный проект введения системы платежей на основе DRG проводился в штате Нью-Джерси с 1980 г.: классификация пациентов включала 467 DRG по однородности заболеваний и однотипности лечебно-диагностических процедур с четким разделением терапевтического и хирургического лечения; однородности объемов и состава использованных при лечении ресурсов (HCFA-DRG). В ходе совершенствования методики были созданы усовершенствованные DRG: Refined DRG, R-DRG или RDRG. В связи с совершенство-

ванием подхода к критериям классификации дополнительно были введены группы промежуточного уровня – 321 смежная диагностически связанная группа (Adjacent DRGs или ADRGs), которые делились на подгруппы по степени тяжести осложнений и сопутствующих заболеваний. При этом их общее количество возросло до 1200 DRG [28, 30, 39, 43].

Следующим этапом было внедрение в 1989 г. DRG для всех пациентов за рамками социальных программ (All Patient Diagnostic Related Groups или AP-DRG), при этом количество главных диагностических категорий увеличилось в 1,5 раза, в основном за счет педиатрических нозологий. Для сокращения их количества в 1991 г. были «соединены» две параллельные системы с целью создания «усовершенствованных DRG для всех пациентов» (All Patient Refined DRG или APR-DRG): за основу взяты AP-DRG, но использовались идеи R-DRG: был выделен уровень смежных DRG (в разных версиях от 300 до 400), которые затем подразделялись по степени тяжести осложнений и сопутствующих заболеваний или по величине риска летального исхода. Каждая из обеих альтернативных подклассификаций имела по четыре ступени, так что общее количество подгрупп составило 1500. Данная система наиболее широко используется на территории США в настоящее время [23, 39, 43].

Создание системы DRG стало важным механизмом для оценки и стимулирования деятельности больничных учреждений, а также для расчета по единой методике стоимости лечения каждого выбывшего из стационара пациента. Средняя длительность лечения в больницах США при введении системы оплаты по DRG достоверно снизилась по сравнению с применением других систем оплаты стационарной помощи, т.е. результат был достигнут [26, 43].

Как любая система стандартизации, система DRG имеет ряд достоинств: использование стандартов диагностики и лечения; возмещение расходов в расчете на «среднего» пациента, что стимулирует рациональное использование ресурсов; оценка деятельности медицинской организации по конечному результату; возможность оценки качества деятельности как отдельного работника, так и коллектива в целом; создание перспективы для оптимизации управления медицинскими и организационными технологиями; оперативное выявление отклонений в сроках лечения [23, 29].

Система DRG имеет также и недостатки: мотивирование к преждевременной выписке пациентов, госпитализация «легких» пациентов амбулаторного профиля, т.е. отбор на госпитализацию пациентов с неосложненным течением заболевания и отсутствием сопутствующей патологии; недостаточный

учет зависимости финансовой компенсации от тяжести заболевания и возможности осложнений [2, 8].

Тем не менее, несмотря на то, что изначально многие практикующие врачи отрицательно отнеслись к системе DRG, национальные (адаптированные) версии этой системы применяются в больничной практике Австралии, Новой Зеландии, Франции, Бельгии, Португалии, Ирландии, Швеции, Финляндии, Канаде, Австрии, Швейцарии, Германии, Японии и Великобритании [1, 2, 5, 8, 23].

Так, к особенностям национальной версии системы DRG Австралии – «австралийские усовершенствованные диагностические связанные группы» (Australian Refined DRGs или AR-DRGs) – можно отнести формирование дополнительной группировки по сложности лечения с учетом интенсивности использования ресурсов в ходе лечения основного и сопутствующего заболеваний (осложнений), пола и возраста, и применение системы DRG для новорожденных [25, 27, 38].

В австралийском штате Виктория система DRG усовершенствована «сортировкой эквивалентных внутренних различий» (Weighted Inlier Equivalent Separation или WIES) – для 3 типов случаев с продолжительностью лечения:

- а) не превосходящей нижней допустимой границы,
- б) в пределах допустимых границ,
- в) превосходящей верхнюю допустимую границу – начинают разные нормативы выплат.

Сочетание AR-DRG и WIES показало высокую эффективность, в связи с чем Новая Зеландия заимствовала данную систему для оплаты больничной помощи [23].

Стандартизация в сфере здравоохранения Франции началась в 1982 г. с реализации соответствующей национальной программы – Le Programme de Medicalisation des Systemes d'Information (сокращенно – PMSI), на первом этапе определившей внедрение стандартов медицинской документации (Resumée standardisé de sortie или RSS), положенных в основу процесса сбора данных. Французский вариант DRG в 1985 г. получил название «однородные группы больных» (Groupes homogènes de malades или GHM), в 1999-2000 гг. система GHM распространилась на реабилитацию и психиатрию с использованием 4-уровневой градации по тяжести состояния, большим количеством возрастных интервалов, выделением стадий болезни [35, 36].

Страны Северной Европы адаптировали американскую систему DRG в соответствии с региональными особенностями. Финляндия и Швеция использовали DRG на уровне медицинских или административных округов: в Финляндии в 1993-1997 гг. использовались «финские диагностически связанные группы» (FinDRG) с классификацией HCFA-DRG и финскими «весами» расходов; в Швеции применялись американские системы AP-GRG и R-GRG. В Норвегии и Дании системы HCFA-DRG вводились министерствами здравоохранения для оптимизации бюджетного финансирования больниц на основе различных версий. С конца 90-х годов страны Северной Европы перешли на единую систему «северных диагностически связанных групп» (NordDRG). Проведенное в Швеции сравнение областей местного управления, применяющих и не применяющих метод DRG при возмещении затрат больниц, показало, что этот метод позволяет экономить около 10,0% местного бюджета [32].

Канадская система DRG – структурные группы

(Case Mix Groups или CMS) – разработана в 1983 г. также на основе американской системы HCFA-DRG. Основное отличие – построение классификации исключительно по клиническим признакам, дополнительная классификация включала хирургические и терапевтические подклассы; разделение на подгруппы осуществлялось по трем основным возрастным группам (молодые, лица среднего возраста, старики). Затраты по этим DRG и в настоящее время оцениваются с учетом веса интенсивности использования ресурсов (Resource Intensity Weights или RIW) [41, 42].

В Австрии в 1997 г. введена система, включающая «группы диагнозов и законченных случаев» с учетом интенсивности использования ресурсов (Leistungsbezogene Diagnosen – Fallgruppen или LDF). Отдельные классы формируются: по наличию определенных дорогостоящих лечебно-диагностических процедур (MEL-Gruppen) – 173 класса; по основным диагнозам (HDR-Gruppen) – 249 классов. В свою очередь классы делятся на «группы диагнозов и законченных случаев» – всего 863 (в версии DRG 2000 г.). Для каждой группы определяется удельный вес расходов в зависимости от степени использования ресурсов [22].

В Германии с 1984 г. была введена «промежуточная» система, включающая оплату за законченный случай (Fallpauschalen или FP) с дифференциацией по клиническим критериям. Вторая составляющая системы основывалась на оплате дорогостоящих лечебно-профилактических процедур (Sonder entgelte или SE). Сочетание обоих модулей образовало систему FP/SE. Дальнейшие исследования привели к созданию системы германских DRG (German DRG или G-DRG), включающей около 1200 G-DRG и использующей около 9 уровней для каждой из них по тяжести состояния [2, 8, 9]. При определении объема финансирования стационаров с 2010 г. удельный вес затрат G-DRG каждого пациента повышается на унифицированный (для Германии) «базовый тариф» [9].

В 2003 г. в Японии была создана и применяется в настоящее время система стандартизации больничной помощи на основе лечебно-диагностических процедур, измеренных в баллах (Diagnosis Procedure Combinations или DPC). Первоначально система включала 2552 «категории пациентов» в качестве платежного инструмента в 82 больницах. Критерии классификации, как и в системе DRG, основывались на наиболее распространенных нозологических формах (1860 диагностических кодов МКБ-10) и на ресурсоемких технологиях [24, 37].

В Великобритании в 1992 г. на основе американской системы DRG были созданы «Группы Ресурсов Здравоохранения» (Health Care Resource Groups или HRGs) – клинически однородные группы пациентов, которым необходимо потребление аналогичного уровня ресурсов. В настоящее время используется версия HRGs4, включающая 15 специальностей, 500 HRGs и 1200 диагностических кодов МКБ-10 [28, 33].

Используя богатый международный опыт, для совершенствования планирования, организации и контроля качества, прежде всего дорогостоящей больничной помощи, разработаны и используются международные стандарты качества серии ISO-9000. В их основе лежат идеи и положения теории всеобщего менеджмента качества. Серия стандартов ISO-9000 разработана Техническим комитетом 176 Международной организации по стандартизации. Стандарты ISO 9000 приняты более чем в 190 странах мира [40].

Исторически первым этапом создания системы

стандартизации в российском здравоохранении можно считать период до 1992 г., когда предпринимались отдельные попытки использования клинических алгоритмов в практической медицине [16, 17, 21].

Второй этап (1992-1997 гг.) связан с принятием закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и внедрением «страховой медицины». В данный период в здравоохранении создавались и использовались стандарты, т.н. «медицинские технологии» [7].

Третий этап (с 1998 г. по настоящее время) характеризуется созданием единой общероссийской системы подготовки стандартов в здравоохранении. Были разработаны и введены в действие отраслевые стандарты: «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения» и «Протоколы ведения больных. Общие положения», заложившие основу для разработки стандартов оказания медицинской помощи [11, 14].

С 1999 г. ведется активная деятельность по рациональному лекарственному менеджменту: утверждены «Стандарты качества лекарственных средств» и «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» [12, 13].

Все это позволило создавать систему управления качеством в здравоохранении на основе стандартизации, доказательной медицины и клинико-экономического анализа [10]. В 2001 г. были утверждены государственные стандарты системы менеджмента качества на основе международных стандартов серии ISO-9000, а с 2003 г. началась реализация отраслевой «Программы управления качеством в здравоохранении на 2003-2007 годы».

В 2005-2007 гг. Минздравсоцразвития РФ утверждено более 700 стандартов медицинской помощи, принят «Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи» [15].

Литература

1. Вязников, В. Е. Система диагностически связанных групп: принципы создания, цели и задачи / В. Е. Вязников, В. А. Бояджян // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2003. – №1. – С. 187-190.
2. Диагностически связанные группы в сравнительном анализе деятельности стационаров разных стран / В. А. Бояджян и [др.] // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1995. – № 6. – С. 46-50.
3. Дьяченко, В. Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко.- Хабаровск: ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. – 655 с.
4. Коновалова, Н. Г. Обучение клиническим умениям студентов медицинского вуза с использованием диагностического алгоритма / Н. Г. Коновалова, А. С. Урбанский // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 324-327.
5. Кудрявцев, А. А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа / А. А. Кудрявцев.- СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. – 172 с.
6. Манухина, Е. В. Стандартизация как основа совершенствования стационарной медицинской помощи в Рязанской области / Е. В. Манухина, Г. Б. Артемьева // Российский медико-биологический вестник имени акаде-

В 2006 г. приказами Ростехрегулирования утверждены национальные стандарты в сфере здравоохранения: ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения»; ГОСТ Р 52623-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения»; ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения». Характерно, что национальные стандарты по клинической лабораторной диагностике утверждены «прямым введением» международных стандартов ISO. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н утверждена номенклатура медицинских услуг.

В последнее 5-летие стандартизация в здравоохранении ведется в направлении разработки стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданам гарантируется страховое обеспечение, исходя из стандартов и порядков оказания медицинской помощи, устанавливаемых Минздравом России. В 2011-2013 гг. в субъектах России были реализованы программы модернизации регионального здравоохранения, одно из направлений которых – внедрение стандартов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях [6]. С 2013 г. оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, осуществляется практически во всех регионах России по законченным случаям госпитализации, агрегированным по клинико-статистическим группам болезней [20]. Подвести итоги этого «ноу-хау» предстоит в 2015 г.

Стандартизация в здравоохранении является непрерывным процессом, охватывающим все стороны и направления деятельности, важнейшим элементом совершенствования организации и управления сферой медицинских услуг. В связи с этим совершенствование системы стандартизации специализированной медицинской помощи является одной из наиболее важных задач здравоохранения, как в России, так и за рубежом.

Literatura

1. Vyaznikov V.E. Sistema diagnosticheski svyazannyh grupp: principy sozdaniya, celi i zadachi / V.E. Vyaznikov, V.A. Boyadzhyan // Byulleten' VSNC SO RAMN. – 2003. – №1. – S. 187-190.
2. Diagnosticheski svyazannye gruppy v sravnitel'nom analize deyatel'nosti stacionarov raznyh stran / V.A. Boyadzhan i [dr.] // Problemy social'noj gigieny i istoriya mediciny. – 1995. – № 6. – S. 46-50.
3. D'yachenko V.G. Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi: uchebnik / V.G. D'yachenko, L.V. Solohina, S.V. D'yachenko.- Habarovsk: GBOU VPO DVGMU, 2012. – 655 s.
4. Konovalova N.G. Obuchenie klinicheskim umeniyam studentov medicinskogo vuza s ispol'zovaniem diagnosticheskogo algoritma / N.G. Konovalova, A.S. Urbanskij // Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. – 2010. – № 6. – S. 324-327.
5. Kudryavcev A.A. Menedzhment v zdravoohranenii: Mediko-ehkonomicheskie standarty i metody ih analiza / A.A. Kudryavcev.- SPb.: Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2004. – 172 s.
6. Manuhina E.V. Standartizaciya kak osnova sovershenstvovaniya stacionarnoj medicinskoj pomoshchi v Ryazanskoj oblasti / E.V. Manuhina, G.B. Artem'eva // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I

мика И. П. Павлова. – 2013. – № 1. – С.73-77.

7. Место и роль медико-экономических стандартов при организации ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи / В. В. Проничев [др.] // Бюл. НИИСГЭ и УЗ им. Н. А. Семашко. – 1996. – Вып. 3. – С. 92-96.

8. Обзор систем здравоохранения в Европе [Электронный ресурс] // L'Humanite.- 2009.- 4 июня.- Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/home>.

9. Перхов, В. И. Система оплаты больничной помощи по клинико-затратным группам. Зарубежный опыт и перспективы использования в Российской Федерации: презентация к выступлению / В. И. Перхов; ФГБУ «ЦНИИШЧИЗ Минздравсоцразвития России» // Экономические аспекты здоровья и здравоохранения: научно-практическая конференция. – М., 2011. – 34 с.

10. Практической стандартизации в Российском здравоохранении десять лет / А. И. Вялков [др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 11. – С.3-15.

11. Приказ Минздрава РФ от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования» (вместе с «ОСТ ПВБ 91500.09.0001-1999»). – М., 1999.

12. Приказ Минздрава РФ от 09.02.2000 № 82 «Стандарты качества лекарственных средств» (вместе с «ОСТ ПВБ 91500.05.001-2000»). – М., 2000.

13. Приказ Минздрава РФ от 26.01.2000 № 30 «Об утверждении Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств». – М., 2000.

14. Приказ Минздрава РФ от 31.07.2000 № 301 «О введении в действие отраслевого стандарта «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения» (вместе с «ОСТ ПКЗ 91500.01.0003-2000»). – М., 2000.

15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.12.2006 № 905 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи» // Российская газета. – 2007. – 23 марта (№ 60).

16. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы: Диагностические и тактические алгоритмы / Л. Б. Наумов [др.]. – 2-е изд., испр. и доп. – Ташкент: Медицина, 1979. – 338 с.

17. Тавровский, В. М. Лечебно-диагностический процесс: Теория. Алгоритмы. Автоматизация / В. М. Тавровский. – Тюмень: СофтДизайн, 1997. – 320 с.

18. Урбанский, А. С. Контроль обучения студентов медицинского вуза клиническим умениям с использованием лечебного алгоритма / А. С. Урбанский, Н. Г. Коновалова // Гуманитарные науки и образование. – 2010. – № 2. – С. 25-28.

19. Успенская, И. В. К проблеме реформирования здравоохранения / И. В. Успенская // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2001. – № 1. – С.10-11.

20. Успенская, И. В. К вопросу об оплате специализированной медицинской помощи / И. В. Успенская, Е. В. Манухина // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2014. – № 5. – С. 14-17.

21. Шестак, Н. В. Алгоритмы и их применение в последипломном обучении врача: лекция / Н. В. Шестак; Центр. институт усоверш. врачей. – М.: ЦОЛИУВ, 1987. – 24 с.

22. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

.P. Pavlova. – 2013. – № 1. – S.73-77.

7. Mesto i rol' mediko-ehkonomicheskikh standartov pri organizacii vedomstvennogo i vnevedomstvennogo kontrolya kachestva medicinskoj pomoshchi / V.V. Pronichev [dr.] // Byul. NIISGEH i UZ im. N.A. Semashko. – 1996. – Vyp. 3. – S. 92-96.

8. Obzor sistem zdravooxraneniya v Evrope [EHlektronnyj resurs] // L'Humanite.- 2009.- 4 iyunya.- Rezhim dostupa: <http://www.euro.who.int/en/home>.

9. Perhov V.I. Sistema oplaty bol'nichnoj pomoshchi po kliniko-zatratnym gruppam. Zarubezhnyj opyt i perspektivy ispol'zovaniya v Rossijskoj Federacii: prezentaciya k vystupleniyu / V.I. Perhov; FGBU «CNIISHCHIZ Minzdravsocrazvitiya Rossii» // EHkonomicheskie aspekty zdorov'ya i zdravooxraneniya: nauchno-prakticheskaya konferenciya. – M., 2011. – 34 s.

10. Prakticheskoy standartizacii v Rossijskom zdravooxranenii desyat' let / A.I. Vyalkov [dr.] // Problemy standartizacii v zdravooxranenii. – 2007. – № 11. – S.3-15.

11. Prikaz Minzdrava RF ot 03.08.1999 № 303 «O vvedenii v dejstvie Otrasleyogo standarta «Protokoly vedeniya bol'nyh. Obshchie trebovaniya» (vmeste s «OST PVB 91500.09.0001-1999»). – M., 1999.

12. Prikaz Minzdrava RF ot 09.02.2000 № 82 «Standarty kachestva lekarstvennyh sredstv» (vmeste s «OST PVB 91500.05.001-2000»). – M., 2000.

13. Prikaz Minzdrava RF ot 26.01.2000 № 30 «Ob utverzhdenii Perechnya zhiznenno neobhodimyh i vazhnejshih lekarstvennyh sredstv». – M., 2000.

14. Prikaz Minzdrava RF ot 31.07.2000 № 301 «O vvedenii v dejstvie otraslevogo standarta «Principy i porjadok postroeniya klassifikatorov v zdravooxranenii. Obshchie polozheniya» (vmeste s «OST PKZ 91500.01.0003-2000»). – M., 2000.

15. Prikaz Ministerstva zdravooxraneniya i social'nogo razvitiya RF ot 31.12.2006 № 905 «Ob utverzhdenii Administrativnogo reglamenta Federal'noj sluzhby po nadzoru v sfere zdravooxraneniya i social'nogo razvitiya po ispolneniyu gosudarstvennoj funkcii po osushchestvleniyu kontrolya za soblyudeniem standartov kachestva medicinskoj pomoshchi» // Rossijskaya gazeta. – 2007. – 23 marta (№ 60).

16. Raspoznavanie boleznej serdechno-sosudistoj sistemy: Diagnosticheskie i takticheskie algoritmy / L.B. Naumov [dr.]. – 2-e izd., ispr. i dop. – Tashkent: Medicina, 1979. – 338 s.

17. Tavrovskij V.M. Lechebno-diagnosticheskij process: Teoriya. Algoritmy. Avtomatizaciya / V.M. Tavrovskij. – Tyumen': SoftDizajn, 1997. – 320 s.

18. Urbanskij A.S. Kontrol' obucheniya studentov medicinskogo vuza klinicheskim umeniyam s ispol'zovaniem lechebnogo algoritma / A.S. Urbanskij, N.G. Konovalova // Gumanitarnye nauki i obrazovanie. – 2010. – № 2. – S. 25-28.

19. Uspenskaya I.V. K probleme reformirovaniya zdravooxraneniya / I.V. Uspenskaya // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2001. – № 1. – S.10-11.

20. Uspenskaya I.V. K voprosu ob oplate specializirovannoj medicinskoj pomoshchi / I.V. Uspenskaya, E.V. Manuhina // Obyazatel'noe medicinskoe strahovanie v Rossijskoj Federacii. – 2014. – № 5. – S. 14-17.

21. SHestak N.V. Algoritmy i ih primenenie v poslediplomnom obuchenii vracha: lekciya / N.V. SHestak; Centr. institut usoversh. vrachej. – M.: COLIUV, 1987. – 24 s.

22. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

(BMAGS) [Hrsg.]. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF. Modell 2003. - Wien, 2002. - 36 s.

23. Coffey R.M. Case Mix in the USA: Fifteen Years of DRG-based Hospital Financing in the United States / R.M. Coffey, D.S. Louis // Case Mix: Global Views, Local Action. Evolutionintwenty Countries. - Amsterdam: IOSPress, 2001. - P. 159-172.

24. Correlating ICD-10 with DPC Coding in Japan / M. Anan [et al.] // 23th International PCSI Conference (Venice, 2007). - Venice, 2007. - P. 9.

25. Crawford M. Casemix in Tasmania 1997-1998: report / M. Crawford // 10th Casemix Conference in Australia: Proceedings of Looking Back, Moving Forward. - Melbourne, 1998.- URL: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CC308F58400BBFD1CA257BF0001FE8DE/\\$File/casemix1.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CC308F58400BBFD1CA257BF0001FE8DE/$File/casemix1.pdf)

26. Culyer A.J. Government purchasing of health services / A.J. Culyer, Newhouse J.P. // Handbook of health economics / eds.: M.J. Chalkey, J.M. Malcomson.- Amsterdam: Elsevier, 2000. -Vol. 1, chapter 15. - P. 847-890.

27. Das TAR-System und anderePatientenklassifikationssystemefür die Rehabilitation / W. Fischer [et al.] // TAR-Forschungsbericht und Kurzbeschreibung von Systemenaus Deutschland, Frankreich, Australien und den USA.- Wolfertswil (ZIM), 2006. - S. 89.

28. Gandy R. Clinical coding and cancer care / R. Gandy // British Journal of Healthcare Computing and Information Management. - 1996. - Vol. 13, № 4. - P.17-24.

29. Gadacz T.R. General Surgical Clinical Pathways: An Introduction / T.R. Gadacz, B.B. Adkins, J.P. O'Leary // The American Surgeon Journal. - 1997. - Vol. 63, № 1. - P. 107-110.

30. Health Care Finance Administration, Diagnosis-Related Groups: The Effect in New Jersey - The Potential for the Nation. - Washington: GPO, 1984.

31. Integrated Care Pathways / H. Campbell [et al.] // British Medical Journal. - 1998. - Vol. 316, № 7125. - P. 133-137.

32. Internal Markets and Health Care Efficiency: a Multiple-Output Stochastic Frontier Analysis / U.G. Gerdtham [et al.] // Health Economics. - 1999. - № 8. - P. 151-164.

33. Marlow C. Information contracting tools in a cancer specialist unit / C. Marlow, H. Preston // Information Research. - 1998. - № 4(2). - Available at: <http://informationr.net/ir/4-2/paper52.html>.

34. Mayes R. The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System / R. Mayes // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. - 2007. - Vol. 62, № 1. - P. 21-55.

35. Ménégos F. Le cancer en France: Incidence et Mortalité - Situation en 1995 - Évolution entre 1975 et 1995. La Documentation Française / F. Ménégos, L. Chérié-Challine; EU-ISS.- Paris, 1998.

36. Mouquet M.-C. Document de travail: L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI: un nouvel indicateur pour l'observation des cancers / M.-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux // Direction de la recherche, des études, de l'évaluationet des statistiques (DREES). - Paris, 2002. - 32 p.

37. New Prospective Payment System in Japan / K. Ishikawa [et al.] // Am J Health-Syst-Pharm. - 2005. - Vol. 62. - P. 1617-1619.

38. Palmer G.R. DRG carrier and champion / G.R. Palmer // Australian Health Review. - 1999. - Vol. 22, № 2. - P. 86-102.

39. Patient Refined DRG. Version 20.0 / Methodology Overview. 3M Health Information Systems / R.F. Averill [et al.]. - Wallingfort, CT, 2003. - 91 p.

(BMAGS) [Hrsg.]. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF. Modell 2003. - Wien, 2002. - 36 s.

23. Coffey R.M. Case Mix in the USA: Fifteen Years of DRG-based Hospital Financing in the United States / R.M. Coffey, D.S. Louis // Case Mix: Global Views, Local Action. Evolutionintwenty Countries. - Amsterdam: IOSPress, 2001. - P. 159-172.

24. Correlating ICD-10 with DPC Coding in Japan / M. Anan [et al.] // 23th International PCSI Conference (Venice, 2007). - Venice, 2007. - P. 9.

25. Crawford M. Casemix in Tasmania 1997-1998: report / M. Crawford // 10th Casemix Conference in Australia: Proceedings of Looking Back, Moving Forward. - Melbourne, 1998.- URL: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CC308F58400BBFD1CA257BF0001FE8DE/\\$File/casemix1.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CC308F58400BBFD1CA257BF0001FE8DE/$File/casemix1.pdf)

26. Culyer A.J. Government purchasing of health services / A.J. Culyer, Newhouse J.P. // Handbook of health economics / eds.: M.J. Chalkey, J.M. Malcomson.- Amsterdam: Elsevier, 2000. -Vol. 1, chapter 15. - P. 847-890.

27. Das TAR-System und anderePatientenklassifikationssystemefür die Rehabilitation / W. Fischer [et al.] // TAR-Forschungsbericht und Kurzbeschreibung von Systemenaus Deutschland, Frankreich, Australien und den USA.- Wolfertswil (ZIM), 2006. - S. 89.

28. Gandy R. Clinical coding and cancer care / R. Gandy // British Journal of Healthcare Computing and Information Management. - 1996. - Vol. 13, № 4. - P.17-24.

29. Gadacz T.R. General Surgical Clinical Pathways: An Introduction / T.R. Gadacz, B.B. Adkins, J.P. O'Leary // The American Surgeon Journal. - 1997. - Vol. 63, № 1. - R. 107-110.

30. Health Care Finance Administration, Diagnosis-Related Groups: The Effect in New Jersey - The Potential for the Nation. - Washington: GPO, 1984.

31. Integrated Care Pathways / H. Sampbell [et al.] // British Medical Journal. - 1998. - Vol. 316, № 7125. - R. 133-137.

32. Internal Markets and Health Care Efficiency: a Multiple-Output Stochastic Frontier Analysis / U.G. Gerdtham [et al.] // Health Economics. - 1999. - № 8. - P. 151-164.

33. Marlow C. Information contracting tools in a cancer specialist unit / C. Marlow, H. Preston // Information Research. - 1998. - № 4(2). - Available at: <http://informationr.net/ir/4-2/paper52.html>.

34. Mayes R. The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System / R. Mayes // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. - 2007. - Vol. 62, № 1. - P. 21-55.

35. Ménégos F. Le cancer en France: Incidence et Mortalité - Situation en 1995 - Évolution entre 1975 et 1995. La Documentation Française / F. Ménégos, L. Chérié-Challine; EU-ISS. - Paris, 1998.

36. Mouquet M.-C. Document de travail: L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI: un nouvel indicateur pour l'observation des cancers / M.-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux // Direction de la recherche, des études, de l'évaluationet des statistiques (DREES). - Paris, 2002. - 32 p.

37. New Prospective Payment System in Japan / K. Ishikawa [et al.] // Am J Health-Syst-Pharm. - 2005. - Vol. 62. - R. 1617-1619.

38. Palmer G.R. DRG carrier and champion / G.R. Palmer // Australian Health Review. - 1999. - Vol. 22, № 2. - R. 86-102.

39. Patient Refined DRG. Version 20.0 / Methodology Overview. 3M Health Information Systems / R.F. Averill [et al.]. - Wallingfort, CT, 2003. - 91 p.

40. Poksinska B. The state of ISO 9000 certification: a study of Swedish organizations / B. Poksinska, J.J. Dahlgaard, M. Antoni // The TQM Magazine. – 2002. – Vol. 14, Is. 5. – P. 297 – 306.

41. The Direct Cost of Hospitalization in Manitoba, 2005/06 / Gregory S. Finlayson [et al.].- Manitoba: Centre for Health Policy, 2009. – 103 p.

42. The Epidemiology and Outcomes of Critical Illness in Manitoba / A. Garland [et al.].- Manitoba: Centre for Health Policy, 2012. – 223 p.

43. Whetsell G.W. The History and Evolution of Hospital Payment Systems: How Did We Get Here? / G.W. Whetsell // Nursing Administration. – 1999.- Quarterly 23 (Summer). – P. 1-10.

40. Poksinska B. The state of ISO 9000 certification: a study of Swedish organizations / B. Poksinska, J.J. Dahlgaard, M. Antoni // The TQM Magazine. – 2002. – Vol. 14, Is. 5. – P. 297 – 306.

41. The Direct Cost of Hospitalization in Manitoba, 2005/06 / Gregory S. Finlayson [et al.].- Manitoba: Centre for Health Policy, 2009. – 103 p.

42. The Epidemiology and Outcomes of Critical Illness in Manitoba / A. Garland [et al.].- Manitoba: Centre for Health Policy, 2012. – 223 p.

43. Whetsell G.W. The History and Evolution of Hospital Payment Systems: How Did We Get Here? / G.W. Whetsell // Nursing Administration. – 1999.- Quarterly 23 (Summer). – P. 1-10.

BASIC ASPECTS OF SPECIALIZED MEDICAL CARE STANDARDIZATION

Manukhina E.V.

Regional Health Insurance Fund of the Ryazan region, Russia, Ryazan

Foreign and Russian experience of medical care standardization has been reviewed in the article. The ways of medical care payment have been examined based on Diagnosis-Related-Groups (DRG) implemented abroad. The necessity to improve the specialized medical care standardization as one the most important tasks of the Russian healthcare has been updated.

Key words: *specialized medical care, medical standards, Diagnosis-Related-Groups.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: manukhina.ev@tfoms-rzn.ru

Поступила 05.12.2014