

# Использование мирового опыта в построении системы финансирования лечебных учреждений

**В.Е. Вязников**

Филиал ООО «СК «Ингосстрах–М», Иркутск, Россия

В статье рассматривается исторический опыт внедрения системы финансирования больниц по так называемому глобальному бюджету. Учитывая использования подобного метода финансирования в 2012 году в России, рассматриваются положительные и отрицательные результаты работы больниц с использованием глобального бюджета. Описываются методы финансирования больничных учреждений, основанные на реальном объеме их деятельности, представлены классификации больных на группы, однородные по уровню требуемых больничных затрат на лечение.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** глобальный бюджет, системы классификации больных на группы (Case Mix), финансирование больничных учреждений.

В одном из приложений к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н приводится положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС). Сообщается, что Комиссия распределяет объемы предоставления медицинской помощи (в денежном выражении) между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями. Фактически, каждому лечебному учреждению в рамках обязательного медицинского страхования рассчитывается так называемый глобальный бюджет, за пределы которого оно не имеет право выходить.

В индустриально развитых странах уже решались вопросы оптимизации финансирования больниц путем введения глобального бюджета. В связи с чем, имеет смысл еще раз, на основе исторического опыта, рассмотреть вопросы рационального использования денежных средств в больничных учреждениях, а также внедрения единой и обоснованной методики расчета стоимости лечения больных.

В начале 80-х гг. двадцатого века во многих западных странах, за исключением США, перешли к системе финансирования больниц по так называемому глобальному бюджету или глобальному отчислению (global budget, dotation globale). Первой страной, предложившей эту систему финансирования больниц, стала Канада. Затем, начиная с 1983 г., вышеуказанный способ финансирования стали использовать большинство стран, в том числе Австралия, Тайвань и Новая Зеландия [1-5]. Каждая больница при этом получала фиксированный бюджет

и всю свою деятельность реализовывала в рамках этого бюджета.

В странах, где существует система ОМС, в формировании глобального бюджета участвовали как государственные ассигнования, так и средства медицинского страхования. При этом 35-50 % средств ОМС выделялись глобальному бюджету для покрытия расходов на стационарное лечение [6].

Учитывая, что первоначальный глобальный бюджет устанавливался по так называемому историческому подходу, т.е. с учетом достигнутого уровня реальных затрат прошлого года (до установления бюджета), в более благоприятных условиях оказывались те больницы, которые имели до этого наибольший (но не всегда оправданный) уровень затрат.

Внедрение глобального бюджета, в силу ограниченности финансовых средств, действительно привело к лучшему управлению ресурсами. Но вместе с тем оно явилось препятствием на пути внедрения новых методик диагностики и лечения в тех больницах, которым был установлен низкий бюджет [3]. Подобная ситуация привела к процветанию частного больничного сектора, не связанного с глобальным бюджетом, который стал постепенно вытеснять государственный сектор здравоохранения.

Из опыта использования канадскими специалистами глобального бюджета для финансирования больниц известно, что эта система привела к резкому увеличению сроков ожидания больными необходимого лечения. Так, в 1983 г. в провинции Онтарио к Рождеству закрылись все больницы, в связи с тем, что был полностью исчерпан их глобальный бюджет [7]. По причине указанных недостатков правительст-

во Швейцарии в 1999 г. отказалось от такой системы финансирования учреждений здравоохранения [8], а в Норвегии постепенно стал осуществляться переход от финансирования по глобальному бюджету к финансированию по законченному случаю (по диагностически связанным группам, ДСГ) [9].

С учетом всех отрицательных моментов, сопровождающих централизованное выделение бюджета каждой больнице, в настоящее время во многих странах глобальный бюджет распределяется не по отдельным учреждениям, а по регионам с максимальным учетом их реальных потребностей. Так, например, во Франции с этой целью в каждом регионе создано региональное агентство госпитализации (РАГ), которому поручено анализировать и координировать деятельность больничных учреждений и осуществлять финансирование больниц в зависимости от конкретного объема их деятельности, в частности от характеристики контингента госпитализированных больных. В соответствии с принятым во Франции законодательством, объем глобального бюджета ежегодно пересматривается с учетом возрастания расходов, после чего он распределяется по регионам в виде региональных глобальных ассигнований [10]. При этом, обусловленная сумма годового глобального бюджета выплачивается каждой больнице в виде ежемесячных взносов [11]. Подобная система индексации и выплаты глобального бюджета принята и во многих других странах.

Таким образом, возникла необходимость разработки и использования методов финансирования больничных учреждений, основанных на реальном объеме их деятельности, определении затрат для каждого госпитализированного больного, т.е. по так называемому законченному случаю госпитализации. Такой подход используется в условиях существования глобального бюджета в Италии, Франции, Австралии, Норвегии, Финляндии, Швеции, Канаде, Перу и других странах [12-15].

Для реализации указанного подхода были созданы различные классификации больных на группы, однородные по уровню требуемых больничных затрат на лечение. Подобные системы получили название Case Mix, или системы типологии больных.

Case Mix в буквальном переводе с английского означает «смесь случаев» и используется в большинстве стран мира для характеристики по определенным параметрам - таким, как сложность ведения пациента, степень тяжести его состояния, ресурсопотребление контингента больных, находящихся или находившихся в лечебном учреждении.

Case Mix представляет собой классификационную систему для определения структуры контингента больных в соответствии с поставленными целями. Этими целями являются характеристика патологического процесса, оценка общего состояния больных,

прогнозирование исхода лечения, степень использования ресурсов больницы и др[16].

Впервые понятие Case Mix было введено в 1960 г. в США для проведения исследований по «измерению» деятельности больниц с целью прогнозирования их потребностей в персонале, контроля качества лечения и определения его стоимости. Под этим понятием подразумевалась процедура классификации предоставленных больницей услуг, основанной на различных обобщенных критериях – диагнозах, состоянии больного, характере ведения пациента, тип лечения и т.д.

Во франкоязычной медицинской литературе понятие Case Mix обозначается как «типология больных».

Таким образом, понятие Case Mix, или типология больных может, в известном смысле, трактоваться как метод классификации стационарных больных в однородных группах по характеру патологического процесса, по степени сложности заболевания, по тяжести общего состояния пациента, или же в зависимости от требуемых финансовых и материальных средств для ведения больного.

К наиболее известным классификациям относятся:

- Индекс стадийности болезни (Disease Staging);
- Индекс тяжести состояния больного (Severity of Illness Index);
- Система оценки физиологического состояния больного (APACHE II) – Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation;
- Система дифференциации больных по тяжести болезни (MedisGrps – Medical Illness Severity Grouping System);
- Категории ведения больных (Patient Management Categories);
- Диагностически связанные группы (Diagnosis Related Groups).

Классификация по стадиям болезни (Disease Staging) подразумевает определение уровня тяжести патологического процесса по риску летального исхода или получения инвалидности. Описывается 5 стадий болезни [17]:

- стадия 0 - нет явных признаков болезни или диагноз не известен;
- стадия 1 - болезнь определена, нет ни местных, ни системных осложнений;
- стадия 2 - патологический процесс ограничен в пределах одного органа или системы, существует значительный риск осложнений;
- стадия 3 - значительно более тяжелая, чем стадия 2: вовлечение других органов, генерализация процесса, плохой прогноз;
- стадия 4 - терминальная стадия болезни.

Первоначально стадии болезни были разработаны для онкологической практики при проведении клинических испытаний с целью оценки эффективности новых методов лечения на относительно гомогенных

группах пациентов. Впоследствии эта система была распространена и на другие заболевания.

Стадия является продуктом суждения врача о биологической эволюции данной патологии, и зачастую трудно связать стадию болезни с необходимыми ресурсами, требуемыми для лечения больного. Известно, что далеко зашедшие стадии рака требуют, как правило, существенно меньше ресурсов для лечения, чем начальные стадии. Кроме того, для определения стадии нужно проводить анализ достаточно большого количества различных показателей, в том числе физиологических, которые могут отсутствовать в истории болезни.

Индекс тяжести состояния больного (Severity of Illness Index) создан в качестве измерителя тяжести общего состояния пациента, а не тяжести основного заболевания. Этот индекс, разработанный Хорном в 1983 г. в Университете Джона Хопкинса, классифицирует больных по 4 степеням тяжести, от 1-й – наименьшей, до 4-й – наибольшей. Классификация проводится на основании 7 основных параметров, каждый из которых оценивается по четырех балльной шкале. К ним относятся: стадия основного заболевания; осложнения основного диагноза; сопутствующие заболевания; степень превышения лечебных пособий по сравнению с минимумом, требуемым для данного основного диагноза; результаты диагностических исследований; ответная реакция больного на лечение; исчезновение острых симптомов болезни к моменту выписки из больницы [17, 18].

В сочетании с другими классификационными системами, например с системой диагностически связанных групп, индекс тяжести состояния позволяет получать более однородные группы больных по уровню потребления ресурсов.

В известной степени индекс тяжести состояния основывается на показателях, используемых в системе оценки физиологического состояния организма АРАСНЕ II, которая применяется в реаниматологии и при острой хирургической патологии [19-21]. Система АРАСНЕ позволяет достаточно точно определить вероятность летального исхода и стоимость лечения больных в реанимационном отделении, но не имеет практического значения для больных, находящихся в других отделениях больницы.

Система группировки больных по степени медицинской тяжести заболевания (MedisGrps – Medical Illness Severity Grouping System) основывается на оценке по трехбалльной системе 200 общеклинических ключевых признаков, независимо от патологии, и группирует больных по 5 степеням тяжести [22]. В основном эта система преследует цель оценки качества лечения.

Классификация по категориям ведения больных (Patient Management Categories) была разработана

Юингом с соавторами [23, 24]. Для каждой категории, учитывающей причину госпитализации и клинический диагноз, группа экспертов определяет требуемый объем ресурсов (диагностических, лечебных, койко-день и т.д.) для эффективного ведения пациента. Таким образом, каждая категория сопровождается «оптимальным маршрутом» ведения больного и стоимостью его стационарного лечения. В этом смысле категории ведения больных очень похожи на разработанные в нашей стране стандарты ведения больных и имеют те же недостатки.

Наиболее известной и используемой сегодня системой типологии больных для определения требуемых ресурсов по каждому законченному случаю является классификация по диагностически связанным группам (ДСГ).

Начиная с 1960-х гг., в связи с внедрением государственной системы медицинского обеспечения пожилым людям (программы «Medicare») и малоимущим слоям населения (программы «Medicaid»), Финансовая администрация Департамента здравоохранения США (Health Care Financing Administration – HCFA) вплотную соприкоснулась с проблемой оценки медицинской и экономической эффективности помощи больным, оказываемой в больницах, привлеченных к реализации указанных программ. Существовавшая (и поныне еще широко распространенная) система компенсирования расходов медицинских учреждений по видам оказанных услуг («по акту») не могла удовлетворять требованиям экономической эффективности из-за постоянного и искусственного завышения количества оказанных услуг для увеличения доходов больницы. С другой стороны, проведение расчетов по койко-дню никак не компенсировало истинных расходов, т.к. не учитывало степени сложности ведения больного.

Таким образом, возникла задача создания классификационной системы распределения больных по группам, содержащим одинаковых (или примерно одинаковых) пациентов по характеру патологического процесса и по уровню потребления больничных ресурсов (и, следовательно, по стоимости лечения). Такая система была создана в конце 1970-х гг. под руководством профессора Роберта Фиттера в Йельском Университете США. Система получила название диагностически связанных групп – ДСГ (Diagnosis Related Groups – DRG) [25-27].

Огромная разновидность «выходных продуктов» больницы в виде получивших лечение самых разнообразных больных обуславливает большие трудности, которые встречаются на пути руководителей и администраторов здравоохранения для анализа деятельности и установления эффективной и справедливой системы возмещения затрат больничных учреждений.

В течение последних четырех десятилетий были проведены множественные исследования с целью разработки метода количественного измерения выпускаемой из больницы «продукции», т.е. для определения типологии выбывших из стационара пациентов. Как было указано выше, некоторые из разработанных систем типологии имели основной своей целью «измерение» тяжести состояния больного. Такими являются системы типологии по стадиям болезни и по индексу тяжести состояния пациента. Другие же системы, а именно категории ведения больных и диагностически связанные группы, были предназначены для оценки уровня оказываемой в больнице медицинской помощи, количественного определения степени потребления ресурсов для получения данного «продукта», т.е. для лечения данного пациента.

Целью системы ДСГ является совершенствование управления больничными учреждениями, и она отличается от традиционных подходов тем, что фокусируется на конечном «продукте» больничной деятельности, т.е. на комплексе товаров и услуг, предоставленных отдельному пациенту с определенной болезнью, а не на отдельных услугах сами по себе. Это означает, что принимается во внимание как медицинская эффективность выполненных услуг (т.е. корректное их исполнение), так и экономическая эффективность (и, следовательно, необходимость) использования этих услуг.

Основная функция больницы состоит в обеспечении диагностическими и лечебными услугами, назначенными врачами в процессе обслуживания своих пациентов. Наряду с этим, больница предоставляет и некоторые гостиничные и социальные услуги. В отличие от многих других типов предприятий, больничная деятельность делится на две отдельные функции.

Первая функция заключается в превращении «сырья» (труд, материалы и др.) в стандартные «выходные продукты» (пища, лабораторные анализы, лечебные процедуры и т.д.). Однако они не являются истинной деятельностью больницы по лечению пациентов.

Вторая и приоритетная функция больницы заключается в поочередном приеме людей, обратившихся с определенной медицинской проблемой или болезнью, и в оценке с помощью врачей и других специалистов медицинской проблемы каждого пациента. Под руководством указанных профессионалов больница «производит» серию «товаров» и «услуг», четко соответствующих диагнозу и состоянию пациента. Этот комплекс произведенных услуг собственно и расценивается как продукт больничной деятельности.

Основная задача при управлении больницей заключается в четком разделении экономической эффективности производства промежуточных продуктов от медицинской эффективности использования этих продуктов. Для компетентного управления учреждением оценка и измерение дифференцированной

экономической эффективности и дифференцированной медицинской эффективности должны быть четко разделены. Известно, что 80-90 % наблюдаемых различий в рациональной деятельности больниц зависят от различий в эффективности использования услуг, хотя эти различия практически не зависят от относительной эффективности, с которой каждый промежуточный продукт произведен.

На основе изложенного подхода была создана система ДСГ, которая распределяет всех стационарных больных на 477 групп, примерно однородных по клинической картине и по степени ресурсопотребления (в различных версиях системы, обновляемой ежегодно, количество групп варьирует от 460 до 639).

Каждой ДСГ был присвоен стоимостный коэффициент (Cost Weight – CW), который выражает степень сложности лечебно-диагностического процесса и, следовательно, уровень потребляемых ресурсов для данной группы больных по отношению к среднему уровню сложности ведения стационарных больных в условиях больниц США.

С 1 октября 1983 г. в США был дан старт новому методу финансирования больниц, который получил название «системы перспективной оплаты» – СПО (Prospective Payment System – PPS), или системы заранее установленной оплаты. СПО предусматривает заранее установленную стоимость «товара», т.е. до момента его производства. Иными словами, речь идет об определении стоимости лечения пациента до оказания медицинской помощи. В соответствии с этой системой была назначена единая для всей страны стоимость пребывания больного в стационаре на основании причины его госпитализации. Таким образом, впервые стоимость специфического типа лечения в общественной больнице была заранее определена на национальном уровне посторонней от больницы организацией, а именно Финансовой Администрацией Департамента здравоохранения США.

Основная цель подобной системы заранее фиксированной оплаты заключалась в стимулировании больниц к минимизации затрат для лечения госпитализированных пациентов. Если для данного заболевания больницы используют больше ресурсов, чем те, которые предусмотрены заранее обусловленной суммой, они теряют денежные средства. Зато, стационары, стоимость «продукции» которых ниже предусмотренной суммы, от этого выигрывают. СПО, таким образом, побуждает лечебные учреждения контролировать использование своих ресурсов: оплата возмещает затраты за проведенное лечение как таковое (т.е. производство продукта), а не за использование некоторого количества ресурсов [28].

Теоретически СПО может иметь ряд преимуществ и ряд недостатков. К числу возможных преимуществ относятся:

- предложенная тарификация не адаптирована к экономической структуре затрат каждого лечебного учреждения а, наоборот, стимулирует его к большей производительности;
- в противовес фиксированному (глобальному) бюджету эта система дает больнице полную свободу для проведения своей производственной деятельности.

Вместе с тем, этот способ оплаты может привести к отрицательным стратегическим шагам со стороны больницы:

- больница выбирает более «легких» больных, фактическая стоимость лечения которых будет ниже, чем предусмотренная для данной категории заболеваний сумма;
- с целью компенсирования финансовых ограничений больницы могут принимать некоторые решения, противоречащие здоровью больных, например, снижать качество лечения [29]. Однако, предложив разное качество лечения, больницы могут отторгнуть от себя больных [30].

В качестве базисной основы для СПО HCFA использовала систему классификации по ДСГ [31]. Сначала система использовалась для проведения взаиморасчетов с больницами по государственным программам «Medicare» и «Medicaid», а затем постепенно и для всех больниц неотложного (острого) лечения страны, в том числе и частных. При этом необходимо учесть, что оплата по ДСГ покрывает только прямые затраты, связанные с предоставленными больному услугами. Помимо этого, существуют значительные поправочные коэффициенты к основной оплате для длительно пребывающих в стационаре пациентов (по независимым от больницы причинам), для больниц, расположенных в северных районах страны и с повышенной заработной платой сотрудников, а также для покрытия дополнительных затрат в клинических больницах, где проводится обучение студентов [32].

На практике, опыт США в использовании СПО на базе ДСГ, т.е. оплаты за законченный случай госпитализации на основе ДСГ, показал следующее.

В течение первых двух лет больницы, работающие в системе перспективной оплаты с ДСГ, в 2 раза сократили темп увеличения своих расходов по сравнению с больницами, не использующими эту систему [33]. Однако затем темп увеличения расходов больниц стал сравнимым для обеих категорий. Таким образом, американский опыт показал, что СПО, как впрочем все остальные системы регулирования больничных расходов, не привела к стабильной поддержке затрат [34].

Первоначально СПО была задумана как способ сокращения затрат на каждого госпитализированного пациента, но вовсе не для сокращения количества поступающих больных. И, казалось бы, больницы

должны были принять стратегию повторных госпитализаций для увеличения числа поступлений и, следовательно, своих доходов. На самом деле оказалось, что в течение первых 8 лет эксплуатации системы количество госпитализаций сократилось на 11 % [15]. Таким образом, сокращение расходов не привело к компенсаторному увеличению числа госпитализаций.

Другим важным аспектом внедрения СПО было сокращение среднего срока пребывания больных в стационаре. С 1982 по 1985 гг. средний койко-день в больницах системы «Medicare» сократился на 14,6 % [35, 36].

Наряду с перечисленными положительными аспектами, опыт эксплуатации СПО с применением классификации по ДСГ показал и некоторые негативные стороны.

Так, после внедрения системы тарификации по патологиям, некоторые больницы были обвинены в том, что они классифицируют пациентов в «более выгодные» группы, чем те, которые соответствуют истинному заболеванию пациента. В других случаях больницы отказывались принимать наиболее сложных пациентов, и во избежание этого правительство США приняло закон, запрещающий больницам отказываться от госпитализации «слишком тяжелых» больных. Кроме того, фиксированная оплата входит в определенном смысле в противоречие с действительно оказанными услугами, характеристики и количество которых выражают в конечном итоге качество лечения [37].

Из всего изложенного следует вывод о необходимости установления адекватной системы контроля над деятельностью больниц с целью предотвращения возможных негативных явлений, связанных с внедрением СПО.

Таким образом, мы видим, что внедрение глобального бюджета без дополнительных механизмов, к которым относится, в первую очередь, внедрение методики расчета стоимости лечения больных для возмещения затрат больничных учреждений, может привести к определенным проблемам в работе лечебных учреждений и, соответственно, негативно сказаться на получении больными необходимого лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Australian National Telehealth Committee. Overview of Funding Arrangements for Health Services in Australia. URL: <http://www.telehealth.org.au>.
2. Fabre D., Calmes D., Vinemann N., Juchet H., Ducassez J.L. PMSI et urgences. URL: <http://www.urgence.net/lurgentiste/7edition>
3. Le financement des hopitaux. 2002. URL: <http://www.med.univtours.fr/santepub/economie/inhosp>.
4. Kriebel T.A. Health Policy. New Zealand. J.of Health Politics, Policy and Law. 2000; 25(5): 925-930.
5. Public Health. Health Insurance. The Republic of China Yearbook - Taiwan 2002, chpt 15-2.
6. Les dépenses d'Assurance Maladie en 1998 en Poitou-Charentes. URL: <http://www.poitou-charentes.assurance-maladie.fr>

7. Badow D. Canadian-Style Plan Would Worsen America's Medical System. Democrat's Health-Care Demagoguery. Human Events, 08.01.2003. URL: <http://www.humanevents.org/articles>.
8. Guinchard J. M. Demain, j'arrete de soigner! Revue Medecine Hygiene. 1999; 57: 967.
9. Skeie B., Mishra V., Vaaler S., Amlie E. A comparison of actual cost, DRG-based cost and hospital reimbursement for liver transplant patients. Transp.Intern. 2002. 15(9-10): 439-445.
10. Code de la securite sociale. Livre 1, Titre 7, Chapitre 4, Section 1: Budget global et forfait journalier. Loi 2001-1246-2001-12-21.
11. Decret n° 2001-656 du 20 juillet 2001 relatif au financement par forfait global de l'activite de soins, d'accueil et de traitement des urgences des etablissements mentionnes a Particle L.6114-3 du code de la sante publique. SS 1 134. Bulletin officiel n° 2001-29. Journal officiel du 22 juillet 2001.
12. Cocchi C., Gallina G., Monelli F. et al. Utilisation of an outmoded Patient Classification System for evaluating hospital performance. Proceedings of the 18-th International Case Mix Conference. Innsbruck. 2002: 209-223.
13. Hindle D., Duckett S. Reforming NHS financial flows: introducing payment by results. Department of Health. Annex 2 - Summary of international experience of casemix payment. URL: <http://www.doh.gov.uk/nhsfinancialreforms>.
14. Van Roekel K. Peru Pilots Hospital Financing Reform November 1998. URL: <http://www.phrproject.com/publicat>.
15. Jacobsen J., Amlie E. How to use DRGs as an integrated part of an internal hospital budget process? Proceedings of the PCS/E 11<sup>th</sup> International Working Conference. Oslo. 1995: 144-152.
16. Fetter R. B. Application of the DRGs in Utilization Review. Med. Care. 1980; 18: 23-26.
17. Hornbrook M.C. Hospital Case Mix: Its definition, Measurement and Use. Medical Care Review. 1982; 39(2): 73-123.
18. Horn S.D., Horn R.A. The Computerized Severity Index: a new Tool for Casemix Management. J.Med.Syst. 1986; 10: 73-78.
19. Knauss W., Draper E., Wagner D., Zimmerman J. Apache II: a Severity of Disease Classification System. Critical Care Med. 1985; 13(10): 818-829.
20. Kruse J. A., Thill-Baharozian M. C., Carlson R. W. Comparison of clinical assessment with APACHE II for predicting mortality risk in patients admitted to a medical intensive care unit. JAMA. 1988; 260: 1739-1742.
21. Vassar M. J., Holcroft J. W. The case against using the APACHE system to predict intensive care unit outcome in trauma patients. Crit.Care Clin. 1994; 10: 117-126.
22. Habicht T., Habicht J. DRG implementation process in Estonia - failure or success? Abstracts Proceedings 19-th PCSE Conference. Washington 9-11 October 2003. Preprint.
23. What has gone wrong with health care restructuring? Ontario Health Coalition. 1999. URL: [http://www.web.net/ohc/fact\\_hospitalpolicy](http://www.web.net/ohc/fact_hospitalpolicy).
24. Young D. W. Privatizing Health Care: caveat emptor. Intern. // J. Health Planning Management. 1990; 5: 237-270.
25. Fetter R. B. et al. Application of the DRGs. Med.Care, 1980, 18: 33-36.
26. Fetter R. F. Les DRG, le prix et l'experience DRG dans le monde. J. Economie med. 1986; 4(5): 265-273.
27. Fetter R. B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F., Thompson J. D. Casemix Definition by DRGs. Med.Care. 1980; 18 (suppl.): 1-53.
28. Moschetti K. Paiement prospectif a la pathologie Elements de bibliographie. URL: <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pathologie/pathol13>.
29. Ellis R., McGuire T. G. Provider Behavior under Prospective Reimbursement: colt sharing and supply. J. Health Economics. 1986; 1(5): 129-151.
30. Hodkin, McGuire T. Payment Levels and Hospital Response to Prospective Payment. J. Health Economics. 1994; 13: pp. 1-29.
31. Coffey R. M., Louis D. Z. Case Mix in the USA: Fifteen Years of DRG-based Hospital Financing in the United States. Case Mix Global Views, Local Actions. Evolution in twenty Countries. IOS Press. 2001: 159-172.
32. Medicare Hospital Prospective Payment System. How DRG Rates are Calculated and Updated. August 2001, Office of Inspector General, Region IX. OEI-09-00-00200.
33. Feder J., Hadley J., Zuckerman S. How did Medicare's prospective payment system: the victim of aggravation bias? Review Economics ans Statistics, 1987.
34. Здравоохранение России: вчера, сегодня и через 10 лет. Сестринское дело. 2001; № 3.
35. Salkever D., Steinwaks D., Rupp A. Hospital costs and efficiency under per-service and per-case payment in Maryland : a tale of the carrot and the sick. Inquiry. 1986; 23: 56-66.
36. Register C.A. Hospital performance under the medicare prospective reimbursement system. Atlantic Economic J. 1988; 16(4): 62-76.
37. Nabarette H. La tarification par pathologic MEDCOST, 1999. URL: <http://www.medcost.fr/html/pmsi pm>.

### Сведения об авторе:

#### Вязников Вадим Евгеньевич

директор филиала ООО «СК «Ингосстрах-М», д-р эконом. наук, канд. мед. наук

#### Адрес для переписки:

664007, Иркутск, ул. Красноказачья, д. 21

Телефон: +7 (395) 253-4943

E-mail: igs\_baza@mail.ru

## POLICY AND MANAGEMENT IN HEALTHCARE

### Medical Care

# Drawing on the International Experience in Setting up a System for Funding Medical Centers

V. E. Vyaznikov

The Irkutsk branch of the specialized company "Ingosstrah-M", 664007, Irkutsk, Krasnokazachiya St., 21, Russia

The article reviews the historical experience in implementing systems for funding hospitals through a so-called global budget. Some successful and unsuccessful attempts to introduce the global budget in hospitals are considered in the light of using this funding method in Russia in 2012. We describe the methods of hospital funding based on the actual amount of activity and present classifications of patients into groups that are homogeneous in relation to the level of treatment expenses.

**KEYWORDS:** global budget, patient classification systems (Case Mix), hospital funding.