Медицинские технологии. Оценка и выбор
2021, №1 (43), сс. 22–27
https://doi.org/10.17116/medtech20214301122

Medical Technologies. Assessment and Choice
2021, no. 1 (43), pp. 22–27
https://doi.org/10.17116/medtech20214301122

Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 2

© О.В. БОРИСЕНКО

Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

РЕЗЮМЕ

Практически во всех странах мира основным элементом системы оплаты больничной помощи являются диагностически-родственные группы, называемые в России клинико-статистическими группами (КСГ). Статья содержит вторую часть анализа международной практики использования КСГ и других способов оплаты и предложения по совершенствованию оплаты стационарной помощи в России (первая часть опубликована в предыдущем выпуске журнала). Во второй части статьи рассматриваются предложения по повышению прозрачности системы КСГ, учета необходимости постепенного перевода высокотехнологичной помощи на оплату по КСГ, соображения о несвоевременности использования новых методов оплаты, включая оплату за качество или результат, а также об использовании инновационных методов без достаточных доказательств эффективности.

Ключевые слова: *способ оплаты медицинской помощи, стационарная медицинская помощь, диагностически-родственные группы, клинико-статистические группы (КСГ), номенклатура медицинских услуг, затраты.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:
Борисенко О.В. — https://orcid.org/0000-0002-1361-2431; e-mail: info@healthpolicy.ru
Автор, ответственный за переписку: Борисенко О.В. — e-mail: info@healthpolicy.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Борисенко О.В. Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 2. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(1):22–27. https://doi.org/10.17116/medtech20214301122

International experience and proposals for the reform of hospital payment model in Russia. Part 2

© O.V. BORISENKO

Karolinska Institutet, Sweden, Stockholm

ABSTRACT

One of the key elements of the payment system for hospital care around the world is diagnosis-related groups (DRGs). The article presents the second part of the analysis of the DRG systems use international experience and proposals for the reform of the payment model for hospital care in Russia. The following topics are considered: increasing transparency of the system, changing the high-tech medical care payment method from unified financial norms to the DRG-based model, postponing the introduction of the outcome-based and result-based payment models, as well as innovative funding models for technologies with lack of clinical evidence.

Keywords: *provider-payment method, hospital care, diagnosis-related group (DRG), nomenclature of medical services.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:
Borisenko O.V. — https://orcid.org/0000-0002-1361-2431; e-mail: info@healthpolicy.ru
Corresponding author: Borisenko O.V. — e-mail: info@healthpolicy.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Borisenko OV. International experience and proposals for the reform of hospital payment model in Russia. Part 2. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2021;43(1):22–27. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/medtech20214301122

В настоящее время в России основным методом оплаты специализированной помощи является оплата за законченный случай с использованием клинико-статистических групп (КСГ), методом оплаты высокотехнологичной медицинской помощи — оплата за законченный случай по фиксированному нормативу финансовых затрат.

КСГ представляют собой аналог диагностически-родственных групп (ДРГ). ДРГ — это механизм классификации всех госпитализаций по ряду признаков, таких как заболевание, оказанное лечение, возраст пациента, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний и прочее. Случаи лечения, схожие как по оказанному лечению, так и по понесенным затратам, собираются в одну группу и оплачиваются по единому тарифу вне зависимости от фактически понесенных затрат.

Аналогичные ДРГ подходы используются во многих странах мира. Оплата по ДРГ стимулирует медицинские

организации лечить большее число больных, но не оказывать при этом «лишних» услуг, что и сделало такой способ оплаты наиболее популярным во всем мире.

В Российской Федерации переход на КСГ как основной способ оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара происходил постепенно с 2012 г. [1—5]. Многие подходы к реализации оплаты на основе КСГ соответствуют международной практике, однако ряд особенностей системы нуждается в реформировании.

Первая часть рекомендаций обоснована и описана ранее [2], ниже приводится продолжение.

Дополнительный тариф для дорогостоящих изделий, процедур и лекарств

Важным технологическим аспектом хорошо отлаженной системы ДРГ и аналогичных систем является возможность использования дополнительного тарифа на оплату дорогостоящих изделий, процедур и лекарств. Такой механизм действует во всех странах с системой оплаты законченного случаях по ДРГ. Приведем несколько примеров.

— В Англии списки изделий и лекарств, которые должны оплачиваться сверх тарифа (High Cost Device List and High Cost Drug List), утверждаются администратором системы оплаты, тарифы не установлены на национальном уровне [6].
— В Германии списки изделий, процедур и лекарств (ZE List) утверждаются на национальном уровне; на большинство (но не на все) позиции устанавливается национальный тариф [7].
— Во Франции списки имплантируемых и инвазивных неимплантируемых изделий (LPPR List) утверждаются на национальном уровне; также на национальном уровне утверждается тариф для них [8].

Для чего необходим дополнительный тариф? При разработке тарифов по ДРГ изучаются данные о реальных затратах медицинских организаций. В любой системе будут использоваться дорогостоящие изделия, процедуры и лекарства, которые объединяются во многие группы, при этом в каждой из них такие дорогостоящие компоненты используются в относительно малом числе случаев. В подобных ситуациях целесообразными являются исключение этих дорогостоящих компонентов из всех тарифов и дополнительная оплата сверх тарифа. Число таких изделий, процедур и лекарств может быть небольшим. Например, в Англии всего лишь 32 медицинских изделия включены в такой список.

В российской модели предусмотрен подобный механизм, при котором возможно использование двух КСГ в рамках одной госпитализации, при которой одна из КСГ применяется для дорогостоящих реанимационных процедур (с 2020 г. это экстракорпоральная мембранная оксигенация, баллонная внутриаортальная контрпульсация, реинфузия аутокрови) или диализа, а другая (основная) — для лечения основного заболевания. Представляется необходимым расширение этой практики, чтобы создать полноценный перечень дорогостоящих изделий, процедур и лекарств, которые должны оплачиваться по дополнительному тарифу сверх КСГ. Необходима также разработка унифицированных подходов к созданию такого перечня и критериев включения в него технологий.

Оплата по дополнительному тарифу может быть реализована разными способами. Так, в европейских странах используются следующие механизмы:

— Англия: тарифы на изделия и лекарства не устанавливаются в рамках списка на дополнительную оплату [6]. Изделия закупаются, и цена устанавливается на этапе закупки. В последние годы Англия последовательно внедряет централизованную закупку таких изделий на национальном уровне.
— Германия: на большую часть дорогостоящих изделий, процедур и лекарств (но не на все) национальный тариф определяется по коду процедур и устанавливается на основе ежегодного анализа реальных затрат на каждую категорию [7].
— Франция: тариф устанавливается на национальном уровне по каждому изделию или лекарству [8]. Процедура установления тарифа во Франции наиболее сложная, чем во всей Европе. По каждому изделию или лекарству проводится оценка медицинской технологии. Тариф устанавливается по каждому бренду или (в случае, когда имеется уже много брендов одного класса) по классу технологий в процессе переговоров между государственной комиссией и производителями. Чем более высокая добавленная клиническая ценность доказана при оценке, тем выше тариф, который может быть установлен.

Техническое совершенствование системы КСГ

В настоящее время расшифровка содержания КСГ в России существует в виде файла в формате Microsoft Excel. Этого может быть достаточно при небольшом числе групп и простых правилах отнесения случая к КСГ, однако не при развитии системы. Во всех развитых системах ДРГ существует решение на основе информационных технологий (программа на компьютере или в сети Интернет) для отнесения случаев к группам (группировки случаев). Кроме того, в системе должно иметься руководство, которое детально объясняет группировку по каждой КСГ. В стране может быть несколько разработчиков электронных группировщиков, но действующих по единым правилам, разработанным администратором системы КСГ.

Другим важным техническим аспектом системы КСГ является наличие «точек отсечения» для изменения тарифа на оплату (*англ.* trim points). Устанавливаются либо верхние и нижние «точки отсечения», либо (во многих странах) только верхние точки. Они могут устанавливаться по числу дней госпитализации или реальным затратам организации, чаще по дням.

Например, основной тариф на оплату по КСГ составляет 100 000 руб. Однако этот тариф распространяется только на длительность госпитализации от 5 до 15 дней. Если фактическая длительность госпитализации меньше 5 дней (тяжесть состояния больного была меньше, чем обычно), то больница получает несколько уменьшенный тариф. Если длительность превышает 15 дней, то больница получает небольшую доплату за каждый дополнительный день пребывания в стационаре.

«Точки отсечения» в системе КСГ должны определяться индивидуально для каждой группы на основе статистического анализа данных о реальных затратах медицинских организаций. В действующей российской модели определены сверхдлительные случаи лечения (свыше 30 или 45 дней), для которых может применяться поправочный коэффициент сложности лечения. Однако такой подход является достаточно грубым и неоптимальным по сравнению с индивидуальными «точками отсечения» для каждой КСГ.

Необходима более тонкая настройка механизма определения минимального срока пребывания в стационаре по каждой КСГ и размера пониженного тарифа. В настоящее время для большей части КСГ используется минимальный срок пребывания 3 дня, а меньший срок определен в методических рекомендациях как прерванная госпитализация (за некоторыми исключениями). На наш взгляд, необходимо установление минимальной «точки отсечения» индивидуально для каждой КСГ.

Известно также, что типичной проблемой систем оплаты по ДРГ является стремление выписать больного раньше положенного срока для сбережения части полученных средств. Для борьбы с этим в большом числе стран внедрено правило, при котором повторная госпитализация с тем же заболеванием или осложнением предыдущего лечения в течение 30 дней с момента выписки не оплачивается больнице или оплачивается по уменьшенному тарифу. Возможно применение похожего подхода и в России.

Постепенное увеличение числа КСГ

Все страны постепенно переходят на системы с большим числом групп, в основном для того, чтобы предложить более адекватную оплату сложных случаев (множество сопутствующих заболеваний) и случаев с осложнениями. Обычно имеется основная «родительская» группа и несколько подгрупп (часто четыре) в зависимости от уровня сложности и наличия осложнений.

Постепенный перевод оплаты высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на систему КСГ (см. ниже) приведет к значительному росту числа КСГ (в 2020 г. в российской системе сформировано 364 КСГ в стационарных условиях и 153 КСГ в условиях дневного стационара). Необходимо проводить планомерную работу по увеличению числа КСГ для адекватного финансирования сложных случаев и случаев с наличием осложнений.

Совершенствование системы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи — постепенный перевод на оплату по КСГ

Оплата по КСГ является более совершенной по сравнению с имеющейся системой оплаты ВМП, когда законченный случай оплачивается по фиксированному тарифу. Такой тариф не отражает сложности случая, наличия осложнений у пациента и в итоге не гарантирует справедливую оплату медицинской помощи. В каких-то случаях тариф достаточен, в других — недостаточен или избыточен.

Представляется необходимым постепенный перевод оплаты ВМП на систему КСГ вместо оплаты по фиксированному тарифу. Это можно реализовать, когда будет налажено адекватное ежегодное обновление системы КСГ на основании реальных данных о затратах медицинских организаций и полноценно введен механизм дополнительного тарифа на дорогостоящие медицинские изделия, процедуры и лекарственные препараты, так как большое количество таких изделий и лекарств сегодня включено в систему ВМП.

Стимулирование снижения длительности госпитализации и развития хирургии и процедур одного дня через систему КСГ

Механизмом стимулирования снижения длительности госпитализации и развития хирургии и процедур одного дня является установление единого тарифа на некоторые группы в рамках круглосуточного и дневного стационара. В итоге больница получает одинаковое финансирование за выполнение процедуры в течение одного дня и за госпитализацию на несколько дней. Такой подход активно применяется в Англии, где установлены одинаковые тарифы для большинства групп для плановой госпитализации (несколько дней) и выполнение процедуры в течение одного дня без пребывания больного ночью в больнице [6]. Похожий механизм используется в Дании [9]. В России можно применять подобный механизм для конкретных КСГ, предназначенных для оплаты медицинской помощи в клинических областях, в которых активно используются стационарозамещающие технологии.

Радикальное изменение размера и механизма или отмена санкций, налагаемых страховыми медицинскими организациями за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Страховые медицинские организации могут накладывать значительные санкции за нарушения со стороны медицинских организаций, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. В настоящее время эта функция превратилась в чисто бюрократическое упражнение без какого-то систематического влияния на улучшение качества оказания медицинской помощи.

Необходимо радикальное изменение размера или полная отмена санкций страховых медицинских организаций в сегодняшнем виде за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Отмена санкций может также привести к перераспределению значительных средств от страховых компаний обратно к медицинским организациям.

Очевидно, что управление и контроль за качеством оказания медицинской помощи необходимы, однако форма контроля должна быть радикально изменена.

Укрепление организаций, занимающихся развитием системы КСГ

Администрирование системы КСГ — сложная техническая задача, которая требует наличия достаточных профессиональных ресурсов. Необходимо значительное расширение и обучение штата организаций, занимающихся разработкой системы КСГ. Важным является международное сотрудничество для изучения и внедрения лучших профессиональных подходов и обучения сотрудников (например, в рамках ведущей ассоциации Patient Classification Systems International).

Повышение прозрачности системы КСГ

Для повышения прозрачности системы необходимо ежегодно публиковать:

— отчет о методологическом подходе к разработке системы КСГ;
— список медицинских организаций, которые предоставляют данные для расчета тарифов КСГ;
— данные о средних затратах и структуре затрат по всем КСГ в организациях, которые предоставляют данные для расчета тарифов КСГ.

Новые методы оплаты (оплата за результат или за качество оказанных услуг)

В России и во всем мире значительное внимание в обсуждении новых методов оплаты уделяется методам оплаты за результат (например, при достижении определенных показателей у больного) или оплату за качественное выполнение медицинских услуг. Есть еще и альтернативный вариант — оплата за качество оказания медицинской помощи.

Однако методы оплаты за результат очень сложны во внедрении, прежде всего потому, что необходимо приложить значительные усилия для точного измерения клинического исхода у пациента. Большинство наиболее развитых стран мира не могут этого добиться. Оплата за качество занимает максимум несколько процентов от общего объема полученных больницей ресурсов в европейских странах в лучшем случае. Даже самые передовые страны (Англия, Германия, Франция) только в ограниченном виде внедрили такие подходы [10].

Описанные подходы для России при текущем состоянии дел в управлении здравоохранением и доступности данных не представляются своевременными. Их можно рассмотреть в будущем. Целесообразно сначала довести до следующего профессионального уровня существующую систему КСГ и реформировать методы оплаты ВМП для обеспечения адекватного, справедливого финансирования медицинской помощи и затем переходить к испытаниям и внедрению еще более инновационных механизмов стимулирования оказания качественной медицинской помощи.

Исключение финансирования инновационных методов лечения без достаточных доказательств эффективности и безопасности

Многие экономически развитые страны мира устанавливают программы, при которых совмещается временная оплата медицинской помощи и получение новых клинических данных об эффективности и безопасности медицинских технологий (coverage with evidence development schemes, CED). Представляется, что в российских экономических реалиях финансирование инновационных методов лечения без достаточных доказательств эффективности и безопасности нерационально. Только доказанные методы лечения должны включаться в гарантии системы здравоохранения и финансироваться за счет системы ОМС и бюджетов.

Реформирование подхода к формированию гарантий системы здравоохранения

Основная цель системы оплаты — справедливая компенсация расходов медицинских организаций. В большинстве стран система оплаты медицинской помощи не связана или только частично связана с определением гарантий системы здравоохранения. Администрирование системы оплаты состоит из нескольких основных элементов: создание кода процедуры (номенклатуры), создание или изменение КСГ, установление тарифа.

В большинстве стран, например, в Дании, Англии, Германии, Норвегии, Финляндии, Швеции, Швейцарии, создание кода номенклатуры не требует доказательств эффективности или безопасности [11]. В других странах, например, в Австрии, Голландии, Польше, Франции, создание процедурного кода для инновационных методов — сложный процесс на основе оценки медицинской технологии.

Все приведенные рекомендации справедливы, если параллельно с совершенствованием системы оплаты больничной помощи будет проведена реформа формирования гарантий системы здравоохранения. Такие подходы существуют для высокотехнологичной помощи (хотя и нуждаются в совершенствовании), но в принципе отсутствуют для специализированной помощи. Вопрос формирования гарантий системы здравоохранения находится за пределами задач настоящей статьи, однако краткое описание возможного подхода приводится ниже. Если подобная система не будет внедрена, значит появится необходимость создания механизма оценки медицинских техноло-

гий для инновационных, дорогостоящих или неэффективных медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных препаратов на этапе создания кода номенклатуры работ и услуг (например, по аналогии с подходом, применяющимся в Голландии).

Небольшие модификации уже используемых методов зачастую не требуют анализа. Можно начинать использование новой системы с наиболее дорогостоящих услуг и технологий и постепенно расширять ее использование на все инновации, поступающие на российский рынок и предлагаемые в рамках программы государственных гарантий системы здравоохранения.

В основе новой системы должна лежать оценка медицинских технологий с использованием методов «доказательной медицины» и клинико-экономического анализа. Анализ эффективности и безопасности необходимо применять ко всем оцениваемым услугам и технологиям, а клинико-экономический анализ можно применять только для услуг и технологий с доказанными эффективностью и безопасностью и имеющих большое влияние на бюджет.

В новой системе представляется рациональным введение двух новых ограничительных перечней, регламентирующих на федеральном уровне гарантии системы здравоохранения по результатам проведенного анализа. Первый документ — перечень одобренных медицинских услуг с показаниями к использованию («положительный перечень»). Второй документ — перечень запрещенных медицинских услуг. Оба перечня должны иметь преимущества по отношению к любым другим документам и перечням, регламентирующим оказание медицинской помощи и гарантии системы здравоохранения.

В новой системе заявитель отправляет предварительную заявку в уполномоченный орган. Заявка должна содержать описание технологии или медицинской услуги, краткую характеристику имеющихся доказательств (например, рандомизированные контролируемые исследования), описание клинической проблемы, наличие альтернативного лечения или диагностики. Уполномоченный орган проверяет достоверность полученных сведений и предоставляет информацию для рассмотрения профильной комиссией по формированию программы гарантий системы здравоохранения. На регулярных заседаниях комиссия обсуждает поступившие заявки и отбирает заявки для дальнейшей работы. Для дальнейшей работы при наличии достаточных клинических доказательств для рассмотрения отбираются заявки по услугам и технологиям, которые имеют большое значение для системы здравоохранения, из областей с отсутствием эффективного лечения. Технологии на ранней стадии разработки, без полноценных исследований, подтверждающих их эффективность и безопасность, отклоняются комиссией.

Если предварительная заявка удовлетворяет необходимым требованиям, заявитель подготавливает полноценное досье согласно установленному образцу. Досье должно включать информацию о заболевании, существующих методах диагностики и лечения и их ограничениях, описание предлагаемой услуги или технологии, данные систематического обзора эффективности и безопасности, расчет количества пациентов, которым может потребоваться выполнение этой услуги в РФ, организационные требования к использованию услуги или технологии.

Досье оценивается одной из нескольких уполномоченных экспертных организаций. Если требуется, экспертная организация проводит дополнительный анализ или запрашивает дополнительный анализ у заявителя. Предварительные версии отчета и рекомендации для принятия решения должны быть доступны для публичного экспертного обсуждения.

На регулярных заседаниях уполномоченная комиссия принимает решение о включении медицинской услуги или технологии в один из перечней. При включении четко указываются показания к использованию (возрастная группа, наименование услуги, стадия или форма заболевания, дополнительные клинические критерии и прочее). Критерии принятия решения должны быть формализованы и документально зафиксированы.

При положительном заключении комиссии новая медицинская услуга автоматически включается во все необходимые документы и перечни, регламентирующие оказание медицинской помощи: номенклатуру работ и услуг в здравоохранении, систему оплаты по КСГ или перечень ВМП, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи и прочее. Для ускорения процесса уполномоченная комиссия подготавливает соответствующие рекомендации для ответственных комиссий и организаций. При включении одобренной услуги в подчиненные документы и перечни, регламентирующие оказание медицинской помощи, предоставление новых данных об эффективности, безопасности и затратной эффективности не требуется.

Таким образом, создается единый стройный процесс внедрения инноваций в систему здравоохранения на основе принципов доказательной медицины и клинико-экономического анализа. При этом действует принцип «единого окна», при котором одно решение должно привести к внедрению услуги или технологии во все необходимые перечни и списки взамен множества отдельных решений, принимаемых сегодня.

Такая модель повторяет наиболее успешные подходы по включению новых методов в гарантии систем здравоохранения европейских стран. Приведем ряд примеров.

— Программа «Новые методы» в Норвегии подразумевает оценку медицинских технологий на национальном или больничном уровнях для всех инноваций перед решением плательщика об их внедрении [12].
— В Германии методы включаются в «положительные» и «негативные» перечни по результатам оценки медицинской технологии; необоснованные методы из страхового покрытия исключаются [13].

— В Англии решения об использовании дорогостоящих методов принимаются национальным плательщиком — Национальной службой здравоохранения (NHS England) [14].
— В Голландии с учетом оценки принимаются решения о включении концептуально новых методов в базовую программу медицинского страхования [15].

Действующую в РФ систему оценки лекарственных препаратов следует дополнить национальным формуляром, перечнем лекарственных препаратов, запрещенных для выписки или использования в рамках гарантий системы здравоохранения, и системой постоянного пересмотра гарантий.

Заключение

Системы оплаты медицинской помощи, аналогичные диагностически-родственным группам, развиваются во всем мире по одинаковым сценариям. Рекомендации по дальнейшему совершенствованию системы оплаты медицинской помощи в России вытекают из международного опыта; их реализация может способствовать достижению главной цели системы оплаты — справедливому распределению средств в ходе их передачи от плательщика к медицинским организациям.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации. *Лекарственный вестник*. 2016;10(2):31-36.
Avxentyeva MV, Salakhytdinova SK. Clinico-Statistical Groups (KSG) as a new method of payment for hospital care and care replacing hospital care in Russian Federation. *Lekarstvennyj vestnik*. 2016;10(2):31-36. (In Russ.).
2. Борисенко О.В. Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 1. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020;42(4):52-57.
Borisenko OV. International experience and proposals for reform of hospital payment model in Russia. Part 1. *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor.* 2020;42(4):52-57. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/medtech20204204152
3. Лазарева М.Л., Железнякова И.А., Авксентьева М.В. и др. Основные изменения в российской модели клинико-статистических групп в 2020 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020;39(1):19-29.
Lazareva ML, Zheleznyakova IA, Avxentyeva MV, et al. Main Changes in the Model of Diagnosis-Related Groups in Russia in 2020. *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor.* 2020;39(1):19-29. (In Russ.).
https://doi.org/10.31556/2219-0678.2020.39.1.019-029
4. Сура М.В. Клинико-статистические группы в системе ОМС. Возможности оплаты медицинской помощи пациентам, нуждающимся в назначении генно-инженерной биологической терапии. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2016;23(1):24-34.
Sura MV. Diagnosis-Related Groups in the System of Compulsory Health Insurance. Possibilities of Payment for Medical Care of Patients, who Need Administration of Genetically Engineered Biological Drugs. *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor*. 2016;23(1):24-34. (In Russ.).
5. Сура М.В. Вопросы региональной адаптации системы оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2017;30(4):11-20.
Sura MV. DRG-based Payment for Medical Care in Mandatory Health Insurance: Regional Adaptation. Medical Technologies. *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor.* 2017;30(4):11-20. (In Russ.).
6. NHS Improvement. *2020/21 National Tariff Payment System*. Accessed December 20, 2020.
https://improvement.nhs.uk/resources/national-tariff/#h2-202021-national-tariff-payment-system
7. Institute for the Hospital Remuneration System (InEK). *aG-DRG System 2021*. Accessed December 20, 2020.
https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021
8. National Authority of Health (HAS). *Medical Device Assessment in France, Guidebook*. Accessed December 20, 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/guide_dm_gb_050310_2010-03-12_12-45-33_878.pdf
9. Danish Health Authority. *Tariff Guide 2021*. Accessed December 20, 2020.
https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/afregning-og-finansiering/takster-drg/takster-2021
10. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, et al. *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*. Open University Press; 2014.
11. Busse R, Geissler A, Quentin W, et al. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series; 2011.
12. Norwegian Directorate for Health. *Nye Metoder — National System for Managed Introduction of New Health Technologies*. Accessed December 20, 2020.
https://nyemetoder.no/english
13. Federal Joint Committee (G-BA). *Examination and Treatment Methods in Hospitals Policy*. Accessed December 20, 2020.
https://www.g-ba.de/richtlinien/34/
14. NHS England. *National Programmes of Care and Clinical Reference Groups*. Accessed December 20, 2020.
https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/
15. Dutch Healthcare Institute. *Review of the Healthcare Activities with Restrictions for Use*. Accessed December 20, 2020.
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/07/13/overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw

Поступила 16.06.2020
Received 16.06.2020
Принята к печати 29.10.2020
Accepted 29.10.2020