

УЧАСТИЕ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Воронкова А.В.

*Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Кемеровской области – Кузбасса, г. Кемерово*

Начиная с 2013 г. в Кемеровской области оплата стационарной медицинской помощи осуществляется по клинико-статистическим группам (КСГ), а с 2015 г. – и стационарозамещающей медицинской помощи. Для оплаты медицинской помощи субъекты РФ используют федеральные группировщики КСГ, направляемые ежегодно совместными письмами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако мы имеем возможность вносить изменения в федеральную систему путём выделения подгрупп в рамках основной группы, и это право позволяет регионам более эффективно использовать средства ОМС, выделяя подгруппы с более затратоёмкими методами лечения для стимулирования их применения на стационарном этапе либо для формирования экономии при ресурсоёмком лечении и направления средств на приоритетные задачи, поставленные региональными проектами в области здравоохранения.

За 10 лет работы по КСГ федеральный группировщик неоднократно претерпевал изменения. Количество КСГ ежегодно увеличивается: в 2013 г. в стационаре 187 КСГ, в 2024 г. – уже 438 КСГ (рис. 1).

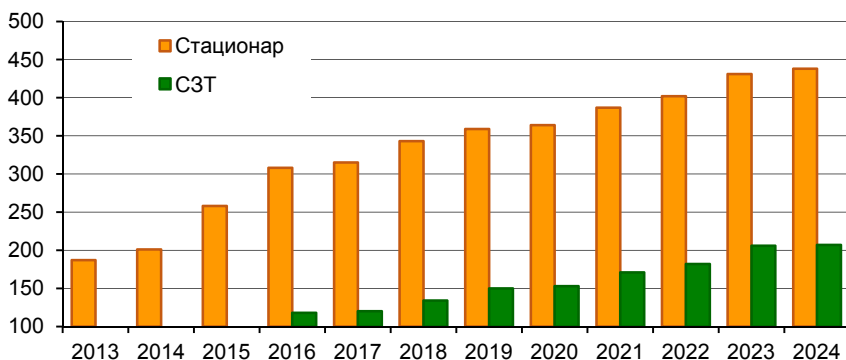


Рис. 1. Динамика количества клинико-статистических групп федерального группировщика: СЗТ – стационарозамещающие технологии

Наряду с планомерным увеличением количества КСГ при планировании объёмных и финансовых показателей деятельности медицинских организаций (МО) из года в год наблюдается рост затратоёмкости (Кзт, коэффициент затратоёмкости) медицинской помощи, то есть в условиях круглосуточного и дневного стационаров выполняется более дорогостоящее лечение, смещая менее затратоёмкие случаи на амбулаторный этап (рис. 2).

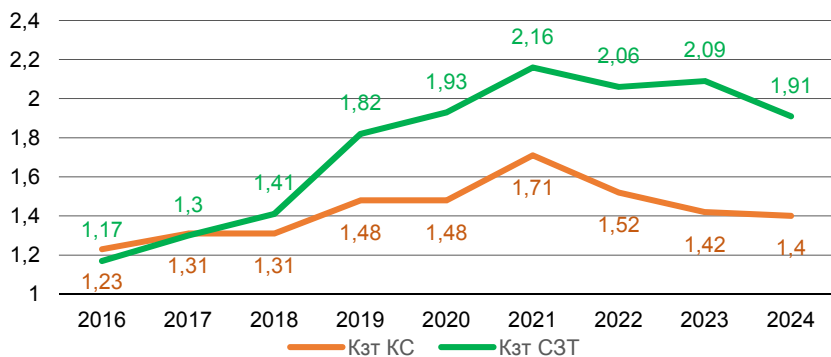


Рис. 2. Динамика затратоёмкости планируемого лечения в Кузбассе

В условиях ежегодного роста объёма финансового обеспечения Территориальной программы ОМС и затратоёмкости оказываемого лечения возникает вопрос о справедливом распределении имеющихся ресурсов. В существующих реалиях важным аспектом деятельности Территориального фонда ОМС Кемеровской области – Кузбасса является совместная работа с главными специалистами Министерства здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса по разгруппировке КСГ, определённых федеральным группировщиком.

Подгруппа в составе КСГ – это группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учётом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой определён коэффициент относительной затратоёмкости, отличный от коэффициента относительной затратоёмкости по КСГ, с учётом правил выделения и применения подгрупп [1].

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС, направляемые ежегодно в адрес субъектов РФ совместными письмами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС, предлагают выделять подгруппы с учётом дополнительно установленных классификационных критериев: длительное пребывание

на профильной койке или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности её оказания для конкретной КСГ [1].

Основными причинами выделения подгрупп КСГ в нашем регионе являются: значительные отклонения фактических затрат медицинских организаций при оказании медицинской помощи от установленной стоимости КСГ; стимулирование медицинских организаций к выполнению дорогостоящих манипуляций на определённом этапе оказания медицинской помощи в соответствии с утверждённой маршрутизацией в регионе; пресечение «снятия сливок» при выполнении КСГ с большой маржинальностью.

При разгруппировке КСГ особое внимание уделяется сбалансированности объёмов и стоимости медицинской помощи, утверждённых Территориальной программой ОМС, в связи с чем при выделении дорогостоящей подгруппы коэффициент затратоёмкости основной группы соответственно уменьшается. При принятии таких решений учитывается необходимость сохранения бездефицитности группы КСГ с пониженным коэффициентом.

В статье приведено несколько примеров успешного выделения подгрупп КСГ в Кемеровской области, в результате которых изменились качество оказания медицинской помощи, достоверность планирования объёмов медицинской помощи и эффективность расходования средств ОМС.

Беременность и роды. Начиная с 2017 г. в Тарифном соглашении в системе ОМС Кемеровской области выделена подгруппа в рамках КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» – «Осложнения, связанные с беременностью, лечение с проведением токолиза и переводом в акушерский стационар III уровня». Выделение данной подгруппы связано с необходимостью стимулировать медицинские организации 1-го и 2-го уровней применять токолитические препараты при преждевременных родах и перевозить пациенток в стационар 3-го уровня. При начавшихся неминуемых преждевременных родах на сроках беременности 24–33 недели токолитические препараты способствуют отсрочке наступления родов на 48 ч и/или даже 7 дней, что необходимо для транспортировки и подготовки пациентки [2].

Коэффициент затратоёмкости федерального группировщика ($K_{зт_0}$ – в основной группе) – 0,93; коэффициент выделенной подгруппы КСГ ($K_{зт_1}$ – в выделенной подгруппе) – 1,4. Таким образом, при $K_{зт_0}$ основной группы тариф составляет 31,5 тыс. рублей в расчёте на базовую ставку 2024 г. Для стимулирования медицинских организаций к соблюдению маршрутизации тариф при введении токолиза составляет 47,4 тыс. рублей.

При этом основная группа КСГ с целью соблюдения баланса средств ОМС уменьшена: $K_{зт_0} = 0,74$, тариф – 25,0 тыс. рублей. В случае осложнений беременности, связанных с преждевременными родами, МО не задерживают пациента на койке, а направляют в медорганизации 3-го уровня, получая при этом повышенный тариф в системе ОМС.

В 2017 г. Кузбасс стал одним из первых регионов, принявших решение оплачивать экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) «за результат». Выделена подгруппа КСГ с повышенным Кзт для оплаты ЭКО с подтверждённой беременностью, что стимулировало МО более качественно оказывать данную медицинскую услугу. В последние годы федеральным группировщиком КСГ предусмотрена оплата ЭКО с учётом проведённых этапов, установлен критерий качества выполнения услуги в виде количества родов.

Применение генно-инженерных биологических препаратов. Большой объём работы был проведён Территориальным фондом ОМС Кемеровской области – Кузбасса и членами рабочей группы КРТП по разгруппировке групп КСГ, учитывающих применение различных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Выделение подгрупп в данном направлении было обусловлено ежегодным прогрессивным приростом объёмов введения ГИБП. Если в 2016 г. было запланировано всего 9 случаев лечения в дневном стационаре и 10 случаев госпитализаций в круглосуточном стационаре, то к 2024 г. объёмы такой помощи выросли многократно (рис. 3).

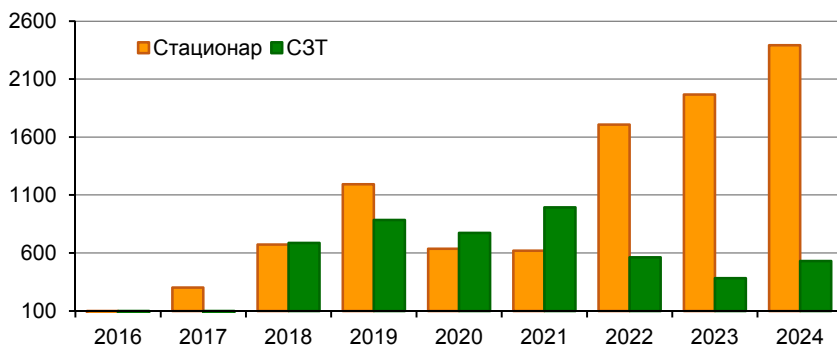


Рис. 3. Динамика случаев введения генно-инженерных биологических препаратов в Кузбассе

В 2018 г. федеральный $K_{зт_0}$ по КСГ «Лечение с применением ГИБП» составлял 5,35 в стационаре и 9,74 в дневном стационаре. Группа объединяла в себе применение различных препаратов по целому ряду профилей,

стоимость которых отличалась между собой в несколько раз. Учитывая значительную маржинальность тарифов при применении отдельных препаратов, в 2019 г. в целях рационального расходования средств ОМС было принято решение разгруппировать КСГ в зависимости от наименования препарата, его закупочной цены и кратности применения в различных профилях. В результате было выделено 17 подгрупп КСГ с Кзг₁ от 1,44 до 5,78 в стационаре и от 1,18 до 10,74 в дневном стационаре. Выделение подгрупп КСГ позволило сформировать финансовые планы для медицинских организаций в зависимости от фактических затрат на лекарственные препараты.

В настоящее время в федеральном справочнике КСГ с учётом опыта регионов выделены 20 самостоятельных КСГ для оплаты лечения с применением ГИБП.

Лечение вирусного гепатита С. В 2024 г. федеральный справочник КСГ включает 4 уровня лечения вирусного гепатита С с учётом применения различных препаратов. В Кемеровской области данная КСГ была разгруппирована ещё в 2018 г. Составлены технологические карты оказания лечения. Фактические расходы на ряд препаратов в год превышали 2 млн рублей, что не соответствовало тарифу по основной КСГ. С учётом семи этапов лечения длительностью по 12 дней [3] стоимость препарата включена в выделенную подгруппу КСГ. Благодаря внесённым изменениям инфекционные больницы заинтересованы оказывать медицинскую помощь дорогостоящими препаратами.

Изложенные в настоящей статье примеры участия нашего региона в трансформации системы оплаты медицинской помощи являются лишь небольшой частью проводимой работы. Помимо этого, осуществлялась корректировка групп КСГ в части финансирования лечения коронавирусной инфекции с учётом тяжести пациента, сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от этапности оказания медицинской помощи: в региональном или первичном сосудистом отделении и прочее.

В качестве положительного результата можно отметить использование регионального опыта при формировании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС и федерального справочника КСГ. Участие медицинского сообщества субъектов РФ, безусловно, необходимо для формирования общероссийской политики в вопросах финансирования медицинской помощи из средств ОМС.

В соответствии с Положением о деятельности рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счёт средств ОМС в рамках программы государственных гарантий бесплатного ока-

зания гражданам медицинской помощи, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.05.2022 № 321, для регионов предусмотрена возможность направлять на рассмотрение предложения, согласованные главными внештатными специалистами Минздрава России по профилю.

ЛИТЕРАТУРА

1. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования», утв. Минздравом России № 31-2/200, ФФОМС № 00-10-26-2-06/2778 19.02.2024: Письмо Минздрава России от 19.02.2024 № 31-2/200 (ред. от 15.07.2024).

2. *Российское общество акушеров-гинекологов*. Преждевременные роды: клинические рекомендации. – М., 2024.

3. Клинические рекомендации (Протокол лечения) по оказанию медицинской помощи больным хроническим гепатитом С: Генотип 1, большой фиброз, часть I. – Кемерово: КГМА, Кемеровская областная ассоциация врачей, 2016.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ИЗУЧЕНИЮ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Гайдаров Г.М., Кузьмина В.В., Попова А.С., Миронова Н.Н.

*ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Иркутск*

Главной целью функционирования системы здравоохранения является высокое качество оказания медицинской помощи пациентам. Принимая во внимание известный подход экспертов Всемирной организации здравоохранения к определению понятия качества медицинской помощи (КМП) в части обязательного учёта удовлетворённости пациентов оказываемой им медицинской помощи, в Клиниках ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России (Клиники ИГМУ) с 1996 г. систематически проводятся социологические исследования среди пациентов.

Нормативной основой для их проведения являются: Приказ Минздрава России от 13.07.2018 № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражений мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинской организации на официальном сайте Минздрава России в сети «Интернет»; приказ главного врача Клиник