
Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах на 2017

А.Ю. Земченков^{1,2}, А.М. Андрусев¹, М.А. Виталюева³

¹ Общероссийская общественная Организация Нефрологов

Российское Диализное Общество, 123182 г. Москва, ул. Пехотная, д. 3, корп. 3

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра внутренних болезней и нефрологии,
191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

³ Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга,
191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., 1

Renal replacement therapy in new legislative conditions for 2017

A.Yu. Zemchenkov^{1,2}, A.M. Andrusev¹, M.A. Vitaliueva³

¹ Russian Dialysis Society, Pehotnaia str., 3, bld. 3. 123182, Moscow, Russian Federation

² North-West State medical university n.a. I.I. Mechnikov,
41 Kirochnaya str., St.-Petersburg, 191015, Russian Federation

³ Public Health committee of St.-Petersburg Government,
Malaya Sadovaya str., 1, 191023, St.-Petersburg, Russian Federation

Ключевые слова: диализ, клиничко-статистические группы, стандарты, тарифы

Резюме

Представлены изменения в нормативных документах Правительства РФ, Министерства здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, вышедших в конце 2016 года, и краткое обсуждение их влияния на условия оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в заместительной почечной терапии (ЗПТ). Клиничко-статистические группы (КСГ) установлены раздельно для оказания медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара. Сеансы диализа, являясь отдельно оплачиваемой услугой, могут проводиться и в условиях дневного (круглосуточного) стационара, и в амбулаторных условиях. Необходимая плановая лекарственная терапия синдромов ХБП С5Д оплачивается или в рамках КСГ 40 (КСГ 41), предусматривающих месячное ведение пациентов в условиях дневного стационара, или из бюджетных источников (дополнительное лекарственное обеспечение – ДЛО), соответственно. Увеличены (на 4,28%) рекомендованные дифференцированные тарифы на различные варианты диализа (гемодиализация, автоматизированный перитонеальный диализ, продленные методики ЗПТ и др.), которые не должны зависеть от условий оказания медицинской помощи.

Abstract

New normative documents of Government, Health care ministry and Federal fund for compulsory health insurance issued in December 2016 substantially change the conditions for the medical aid administering – particularly – in the field of renal replacement therapy. The potential consequences and necessary actions are discussed. New lists of Diagnosis-Related Groups were set up separately for in-patient and day hospital condition of medical care render. Dialysis sessions can be reimbursed as the unit of healthcare in condition of hospital (day hospital) admittance or in outpatient condition. The necessary medicinal therapy of CKD G5D syndromes can be reimbursed within the framework of DRG 40 (DRG 41) which provides one month patient management or be provided by budgetary funded system of Supplementary Drug Providing, accordingly. The different recommended tariffs (enlarged by 4,28% from year 2016) for hemodiafiltration, automated peritoneal dialysis, prolonged renal replacement therapy and others were established; the prices should not depend on condition of healthcare render. The DRG 112 (for inpatient condition) and DRG 42 were established for dialysis access placement.

Key words: dialysis, diseases-related groups, standards, tariffs

Адрес для переписки: Земченков Александр Юрьевич. 191104, Россия, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56
Телефон: +7 (812) 275-73-36 E-mail: kletk@inbox.ru

22.12.2016 Министерство здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) совместным письмом [5] *направили для использования в работе «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» в 2017 году* (далее – Рекомендации 2017). Этот документ заменил соответствующие рекомендации, направленные в регионы РФ совместным письмом МЗ РФ и ФОМС от 24.12.2015 [4], а в предшествующие годы – письмом МЗ РФ 15.12.2014 [3] и приказом ФОМС №229 от 14.11.2013 [4]. История вопроса и анализ документов представлены в публикациях в нашем журнале ранее [1, 2].

Указанные документы постепенно конкретизируют рекомендованные способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) параллельно с происходящим расширением спектра применения оплаты по клинико-статистическим группам – КСГ (или по клинико-профильным группам КПП): если в 2013 году модель стартовала со 187 КСГ, то на 2017 год установлены 315 КСГ для круглосуточного стационара и 120 КСГ для дневного стационара. При этом Рекомендации на 2017 год, как и в прошлом году заметно меняют некоторые детали их использования в отношении оплаты заместительной почечной терапии. Как и ранее, письмо Минздрава России направлено в регионы *во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2018 и 2019 годов"* [9] (далее – Программа), предписывающего Минздраву России совместно с Федеральным фондом ОМС давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования.

23.12.2016 г. Минздрав России в соответствии с постановлением Правительства РФ [9] направляет в региональные органы государственной власти в сфере охраны здоровья и в территориальные фонды ОМС *письмо* о формировании и экономическом обосновании территориальной программы госгарантий на 2017 и на плановый период 2018 и 2019 годов [8]. Во втором разделе последнего сохранилось важное положение:

*«16. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках **первичной специализированной и специализированной** медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе, в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи» (стр. 33)».*

Подчеркнем, что последняя фраза уже два года остается неразъясненной; и в благоприятном варианте ее можно трактовать как то, что в установленный тариф эти расходы не входят, а доставка амбулаторных пациентов на гемодиализ финансируется из других источников. Например, в Санкт-Петербурге инвалиды I группы имеют возможность пользоваться социальным такси (кроме того, очень небольшая часть пациентов, *требующих сопровождения*, по-прежнему доставляется Скорой помощью). Важнее было в этом положении другое – Методическими рекомендациями 2017 (как и в 2016 году) диализ уже не относится исключительно к специализированной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и в стационарных условиях (как в 2015 году), но может проводиться и в амбулаторных условиях.

На 2017 год постановлением Правительства [9] при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара помимо используемой в настоящее время оплаты *за законченный случай* лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую (КСГ) или клинико-профильную группу (КПП), вводится оплата:

«за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа».

К сожалению, авторы всех этих документов, как и в прошлом году, не сформулировали положения об оплате диализа компактно, и установленные требования приходится собирать по всем текстам, содержащим, естественно, повторения. Диализ оказался в пункте, начинающимся со слов *«за прерванный случай...»*, хотя к прерванному случаю отношения не имеет, разделителем позиций следует считать слова *«а также при...»*, то есть, постановлением Правительства для медицинской помощи в (дневном) стационаре установлены способы оплаты: за законченный случай, за прерванный случай, за диагностические исследования, за диализ.

Таким образом, диализ внесен в немногочисленные исключения из общего правила, устанавливающего оплату помощи в (дневном) стационаре только по КСГ (КПП).

Соответственно, при планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в (дневном) стационаре и оплачиваемой по КСГ (КПП), из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов терпрограммы, исключаются средства, предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (КПП) в случаях, являющихся исключениями (к которым относится диализ).

В этом же пункте исключений из общего правила оплаты только по КСГ фраза «включающая различные методы оплаты (оплата осуществляется за услугу)» относится к положению, что в отличие от 2014 года, когда диализ в соответствии с методическими рекомендациями оплачивался как проводимый только в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, с 2015 года диализ может оплачиваться и как проводимый в амбулаторных условиях. Ниже по тексту подчеркивается, что независимо от условий проведения – в стационаре (дневном) или амбулаторно – тариф на процедуру должен быть одинаковым.

Итак, теперь предусматривается оплата диализа, проведенного:

- а) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (по КСГ и услуге)
- б) в амбулаторных условиях (по тарифу)

Ниже рассмотрены оба варианта оказания специализированной помощи пациентам нефрологического профиля диализными методами.

Оплата проведения диализа в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.16 № 1403 [9] установлены способы оплаты за законченный случай лечения, за прерванный случай оказания медицинской помощи, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Соответственно, Методическими Рекомендациями 2017 установлено, что «оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара за счет средств ОМС осуществляется по КСГ (КПГ) во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы ВТМП, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи или средняя стоимость оказания медицинской помощи,
- социально-значимых заболеваний,
- а также – **процедур диализа, включающих различные методы** (оплата осуществляется за услугу).

При этом в соответствии с п. 2 раздела I методического письма:

*«Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый **дополнительно** к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации **строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями**»*

Перечень услуг, касающихся заместительной почечной терапии (Приложение 4), не изменился с 2016 года, когда он был впервые установлен; дифференцированно представлены условия выполнения

различных процедур (стационарно, дневной стационар, амбулаторно) стоимость каждой услуги в расчете на единицу оплаты (без учета коэффициента дифференциации) увеличилась на 4,28% в сравнении с прошлым годом (Таблица 1).

Описание указанных процедур содержится в Клинических рекомендациях Ассоциации Нефрологов и Российского Диализного Общества «Лечение пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП5) методами гемодиализа и гемодиафильтрации» и «Лечение пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии методом перитонеального диализа», размещенных на сайтах Ассоциации Нефрологов и Российского Диализного Общества¹ и планирующих к печати в ближайшее время.

Обратите внимание, что в действующей редакции приказа Минздрава России от 27.12.2011. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в редакции приказа Минздрава России от 29.09.2016 N 751н [10] **таких услуг пока нет**, кроме пп. 3 и 12 («Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ»); в действующей редакции приказа номеру услуги А18.05.002.001 соответствует «Альбуминовый гемодиализ». Таким образом, для системы оплаты по федеральной модели КСГ **уже второй год** используется проект новой Номенклатуры медицинских услуг, не утвержденный приказом Минздрава России.

В соответствии с п. 5.4 раздела I Рекомендаций, *«для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является **составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.**»*

Какие варианты случаев лечения предусмотрены в Методических рекомендациях 2017?

«Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования»

В документе указано, что *«Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе, правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – Инструкция), представляется Федеральным фондом ОМС территориальным фондам ОМС в электронном виде.*

¹ http://nonr.ru/?page_id=3178 (сайт Научного общества нефрологов России) и <http://www.nephro.ru/index.php?r=site/contentView&cid=8> (сайт Российского диализного общества)

Таблица 1

Рекомендуемая стоимость услуг диализа

№	Код	Услуга	Условия оказания	Единица оплаты	Стоимость 1 услуги, рубль
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5 949,10
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 246,30
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 439,70
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	5 458,50
5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	16 410,40
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	17 146,30
7	A18.05.003.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	14 938,50
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	17 882,30
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	31 129,40
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	32 601,30
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	34 073,20
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4 722,40
13	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	23 120,30
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 826,30
15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 090,30

В 2016 году эти инструкции и электронные таблицы вышли уже вскоре после выхода Рекомендаций 2017 и датированы 27.12.2016 [8].

«Инструкция...» существенно выросла в объеме (89 страниц) и в п.9 содержит, как и в прошлом году, детальные объяснения по применению большого числа КСГ, в том числе, раздел «Оплата медицинской помощи с применением методов диализа» – стр. 73-76, а также раздел «Оплата медицинской помощи в случае отторжения, отмирания трансплантата органов и тканей».

Раздел о диализе, во многом являясь копией письма ФФОМС от 22.01.16, постепенно приобретает четкость в формулировках (впрочем, все изменения внесены уже в редакцию прошлогоднего письма от 29.04.16 [7]). Письмо расширенно и с примерами разъясняет способы применения КСГ и тарифов на услуги диализа для оплаты и учета объемов. При проведении диализа в стационаре и в дневном стационаре для сеансов диализа определен способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость фактически оказанного числа услуг диализа является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Лечение пациентов с острым почечным повреждением осуществляется только в условиях стационара. Дневной

стационар может являться структурным подразделением медицинской организации, оказывающей как первичную специализированную медико-санитарную, так и специализированную медицинскую помощь.

В качестве примеров использования КСГ (с добавлением в качестве компонента оплаты стоимости фактически выполненных сеансов) при лечении в стационаре приводится КСГ112 «Почечная недостаточность» или КСГ113 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» в случае выполнения соответствующих вмешательств. Ни Методические Рекомендации 2017, ни Письмо ФФОМС с «Инструкцией...» не содержат ограничений на использование других КСГ при лечении в стационаре диализных пациентов, которые госпитализированы для лечения иной патологии (кардиологической, хирургической, травматологической и т.д.). При лечении в условиях дневного стационара может применяться КСГ41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» (коэффициент относительной затратоемкости – 3,25) в случае включения в оплату стоимости лечения диализного пациента лекарственной терапии синдромов и осложнений ХБП и диализа (эритропоэз-стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат-связывающие вещества, кальциймиметики, препараты витамина Д и др.). Сле-

дует отметить, что в 2016 году из доступных на сайтах территориальных фондов данных (81 из 85) лекарственная терапия была включена в оплату по ОМС в 15 регионах и не включена – в 66 регионах; при этом тариф на стандартный диализ (А18.05.002) в последних составил в среднем 6149 рублей, а регионах с включенной лекарственной терапией – 5778 рублей. Эта обратная от ожидаемой зависимость объясняется, вероятно, тем, что факт включения лекарственной терапии перекрывается влиянием на величину тарифа финансовых возможностей региона.

«Учитывая ... пожизненный характер проводимого лечения и [относительно] постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации терпрограммы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения». Этот тезис непонятен, если не знать, что он без изменения перекочевал из 2014 года, когда сеансы и ведение пациента объединялось в одном КСГ98, которая и определяла полную стоимость лечения пациента на диализе (включая сеансы диализа). В текущих условиях, когда число сеансов за период времени ничем не ограничено и их фактическое число входит в качестве компонента в общую оплату по КСГ, указание на месячный период следует, видимо относить к длительности одного случая по КСГ40 и КСГ41. Длительность лечения по стационарным КСГ с добавлением в качестве компонента оплаты стоимости фактически проведенных сеансов диализа, естественно – соответствует длительности госпитализации.

Не вполне понятно, на какой срок лечения в дневном стационаре рассчитано применение КСГ42 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа». Если использовать его для перевода на короткий срок из амбулаторного центра диализа в крупный центр, выполняющий создание и реконструкцию диализных доступов, выделенной суммы может хватить на покрытие расходов при создании многих вариантов диализных доступов ($КОЗ[3,25] \times БС[13 \text{ тыс.}] = 42 \text{ тыс. руб.}$). В качестве компонента при оплате по КСГ42 (как и по всем другим КСГ) учитывается число фактически проведенных сеансов диализа.

Возможное применение понижающих или повышающих коэффициентов к КСГ (КУС, КУ, КСАП) не распространяется на стоимость услуг. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи (то есть, к зарплате коэффициент применяется, в остальной части тарифа – нет). В этой связи в специальной таблице приведена доля зарплаты в стоимости услуг диализа, рекомендованный диапазон которой составляет 20-40% для стандартных по продолжительности проце-

дур (ГД, ГДФ и др.) и 15-30% для продолжительных процедур и перитонеального диализа.

В «Инструкциях...» повторен также прошлогодний тезис о том, что «Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного...» по форме, утвержденной приказом Минздрава СССР № 1030 от 04.10.1980 (несмотря на отмену последнего приказом Минздрава СССР № 750 от 05.10.1988) до издания нового альбома образцов учетных форм.

Как в «Инструкциях...», так и в письме Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 содержится искаженная информация о *наличии* рекомендации Минздрава России «использовать в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом N 1030» – тем более – «в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года)». Таких рекомендаций Минздрав России никогда не выпускал. В то же время, необходимо помнить, что приказ Минздрава России № 254 от 13.08.2002 «О совершенствовании организации диализной помощи в Российской Федерации» ни в какой части не отменен и содержит специальную форму – Учетную форму № 003-1/у (вкладыш к истории болезни) «Карта динамического наблюдения диализного больного» (Приложение № 4) ведения истории болезни, не ограниченную сроком использования в 1 год.

В электронном виде доступны также файлы Excel «Расшифровка КС [для Круглосуточного Стационара]» и «Расшифровка ДС [для Дневного Стационара]» – смотри сайт nephro.ru – «Новости».

Итак, услуга диализа *с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения* при госпитализации по любой КСГ, в том числе, по КСГ нефрологического профиля.

Приложение 1 к Рекомендациям 2017 содержит следующие КСГ (Таблица 2).

То есть, в случае использования КСГ 112 (коэффициент относительной затратоемкости 1,66) при предположительной базовой ставке для круглосуточного стационара 22,0 тыс. рублей расчетный объем финансового обеспечения за госпитализацию пациента с почечной недостаточностью (без сеансов диализа) составит около 36,0 тыс. рублей. Сумма, конечно, скромная, но, например, для урологических КСГ средневзвешенный коэффициент затратоемкости составляет 1,2, для специализированных терапевтических профилей – $1,04 \div 1,49$, для терапии – 0,77.

Остается вопрос: если для стационарного лечения сеансы в качестве услуги выставляются дополнительно к КСГ, по которому пациент госпитализирован, то к какому КСГ должны выставляться сеансы, проведенные в условиях дневного стационара?

Таблица 2

**Выдержка из Приложения 1
к Методическим рекомендациям 2017**

«Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПП) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях)» (стр. 44 письма)		
№	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости
18	Нефрология (без диализа) (стр. 44 письма)	1,69
112	Почечная недостаточность	1,66
113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
114	Гломерулярные болезни (стр. 47 письма)	1,71
178	Системные поражения соединительной ткани	1,78
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения (стр. 48-49 письма)	0,70
227	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86

Таблица 3

**Выдержка из Приложения 2
к Методическим рекомендациям 2017**

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПП) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара) (стр. 53 письма)		
№	Профиль (КПП) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости
18	Нефрология (без диализа)	2,74
40	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
41	Лекарственная терапия у больных, получающих диализ	3,25
42	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
43	Другие болезни почек	0,80

Обратите внимание, что КСГ для стационарных условий и для дневного стационара имеют независимую нумерацию. Приложение 2 к Рекомендациям 2017 содержит следующие КСГ (Таблица 3).

В случае использования КСГ 40 для месячного ведения амбулаторного пациента (при предпо-

жительной базовой ставке для дневного стационара 13,0 тыс. руб.) на обследование и медикаментозную терапию в течение месячного лечения в амбулаторном режиме расчетный объем финансового обеспечения составит около 20,0 тыс. руб. – сумма, в принципе, близкая к той, которая получалась (и, в целом, одобрялась Федеральным фондом) при расчете стандартов месячного ведения пациента на диализе².

Таким образом, мы окончательно возвратились к исходной схеме сочетания КСГ для амбулаторного ведения (госпитализации) и услуг для процедур диализа – схеме, которая существует в Санкт-Петербурге с 2010 года, отойдя от идеи объединить их в одном КСГ 98 в соответствии с Методическими рекомендациями 2014.

Вместе с тем, в представленных Рекомендациях 2017 по-прежнему не содержится прямых разъяснений по различиям в использовании КСГ40 и КСГ41. При предположительной базовой ставке для дневного стационара 13,0 тыс. руб. на месяц расчетный объем финансового обеспечения по КСГ41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» составит более 40,0 тыс. руб. – сумма, если и не перекрывающая все возможные потребности, то достаточная для финансового обеспечения лекарственной терапии для большинства пациентов даже без дополнения из системы ДЛО.

В сопровождающем письмо Федерального фонда ОМС файлах в формате Excel «Расшифровка_КС(АС)_2017» (лист «Группировщик детальный») вы найдете множество вариантов операций по созданию/реконструкции диализного доступа, хотя все это – практически единственная КСГ-113 («Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа») с приемлемым для большинства операций коэффициентом относительной затратоемкости – 1,82 (при предположительной базовой ставке для круглосуточного стационара в сумме 22 тыс. руб. – получается около 40,0 тыс. руб., хотя отдельные операции в эту сумму, безусловно, не уложатся. Имплантация ПД катетера, ранее вынесенная в другой КСГ («Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) – КСГ277 с коэффициентом затратоемкости 1,19) теперь также отнесена к КСГ113, как и другие операции по формированию диализного доступа.

Указанные услуги, как и разнообразные виды диализа, пока отсутствуют в действующей Номенклатуре медицинских услуг (приказ МЗ РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в редакции приказа МЗ от 29.09.2016

² Письмо ФОМС от 31.03.14 №1086/21-3 Директору департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России [о проектах стандартов специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающих лечение гемодиализом и перитонеальным диализом].

№ 751н) [10]. Зато появилась возможность не прятать названия реальных операций по созданию диализного доступа за искусственно сопоставленными именованными в перечне услуг названиями операций, например, «артериализация венозного русла».

Важно отметить, что КСГ «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа» есть в списке КСГ как для стационарных (КСГ113 с коэффициентом затратоёмкости 1,82), так и для условий дневного стационара (КСГ 42 с коэффициентом затратоёмкости 3,17). С учетом различия в базовой ставке сумма выделяется практически одинаковая – 40,0 тыс. рублей. Вопрос о создании диализного доступа в условиях дневного стационара – актуальный для сегодняшней практики «вынужденного» стационарозаменения: до половины первичных сосудистых доступов в Санкт-Петербурге создаются в условиях сверхкоротких госпитализаций.

В основном тексте Рекомендаций 2017 сохранились комментарии из прошлогодних Рекомендаций, конкретизирующие некоторые общие положения для проведения диализа в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (п. 5.4 Раздела I Методических рекомендаций):

«При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях».

В п. 5.2 того же раздела представлены важные положения для случаев сочетания в одной госпитализации ВТМП и специализированной помощи – например, при развитии ОПП после сердечно-сосудистой хирургии (возможно, в результате контраст-индуцированной нефропатии):

«При направлении в медицинскую организацию ... с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов [по-видимому, диализ может быть такой подготовкой – А.З.], которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования».

«После оказания в медицинской организации ... высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10».

Проведение диализа в амбулаторных условиях

Разделение диализа на проводимый в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (в стационарных условиях), в основном, происходит от так и не разрешенной дилеммы о включении или *не включении* расходов на медикаментозную терапию (строго говоря, непосредственно не связанную с сеансами диализа) в стоимость сеанса. Действительно, медикаментозная коррекция анемии, артериальной гипертензии, минеральных и костных нарушений при ХБП, белково-энергетической недостаточности и прочих синдромов ХПН может быть не всегда привязана к сеансам диализа (ни по кратности, ни по пути введения препаратов). Что же касается диагностических процедур, необходимых с разной кратностью для пациентов на диализе, то почти никакие из них не связаны с процедурой диализа, в том числе, с ее кратностью в месяц.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение [обращение – это несколько посещений] (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников».

Вместе с тем, в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях (как и некоторые другие виды расходов, например, при диспансеризации и профилактических осмотрах) **не включаются**.

Следующим положением тарифы на услуги диализа при его проведении в амбулаторных условиях приравниваются к стоимости услуг диализа при его проведении в условиях стационара или дневного стационара:

Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиализация, перитонеальный диализ). При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания [в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара]. Перечень рекомендованных тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи».

Для стоимости сеансов заместительной почечной терапии в качестве услуг, дополнительно выставаемых к КСГ при проведении диализа в условиях дневного стационара, в тексте существует дополнительная оговорка (которой нет для проведения диализа в амбулаторных условиях):

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Означает ли такое различие между текстами для условий дневного стационара и амбулаторных условий различные подходы (и, значит, применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг **для амбулаторных условий допустимо**), или это неполное копирование текста (техническая ошибка) – из Рекомендаций 2017, как и ранее – не ясно.

В целом, данные положения означают, что стоимость услуг диализа не зависит от условий его проведения – стационар, дневной стационар, в амбулаторных условиях. Отличие заключается только в обеспечении лекарственными препаратами для профилактики осложнений – при проведении диализа в стационарных условиях либо в условиях дневного стационара данные расходы включаются в стоимость соответствующей КСГ (КПП), а при проведении в амбулаторных условиях обеспечиваются за счет иных источников (средств бюджета).

Вместе с тем, в 2016 году разброс стоимости услуг диализа утвержденных территориальными фондами регионов был очень существенным, коэффициент

вариации по разным услугам составил от 11% до 31% (не считая ПД); отклонение от рекомендованной стоимости, например, для сеанса стандартного гемодиализа составила 246 ± 992 рубля (от -1349 до +4008 рублей; от -24% до 70%). Самым большим разбросом характеризовалась стоимость дня лечения перитонеальным диализом: отклонение от рекомендованной стоимости -102 ± 1402 рубля (от -2664 до +9261 рублей; от -59% до +202%). На Рисунке 1 представлен разброс региональных тарифов на все варианты диализных методов (по информации, доступной на сайтах территориальных фондов).

Распределение региональных тарифов по каждой методике указывает на длинный хвост в сторону увеличения от установленных на федеральном уровне тарифов (медианы – вблизи 25-ой персентиля) за исключением тарифов на перитонеальный диализ, для которого картина обратная – длинный хвост в сторону снижения от установленных на федеральном уровне тарифов (медиана – вблизи 75-ой персентиля), хотя, в целом, отклонения региональных тарифов от установленных на федеральном уровне хорошо коррелирует (Рисунок 2).

Обращает на себя группа регионов (овал А на Рисунке 2), вавое снизивших федеральный тариф на ПД при совпадении регионального тарифа с федеральным для ГД.

В целом, регионы более «благоприятно» относятся к тарифам на ГД, чем к базовой ставке для дневного стационара, по которой все в большем числе

регионов осуществляется амбулаторное ведение пациентов на диализе: значительная часть регионов приняла федеральный тариф на гемодиализ, тогда как базовая ставка по дневному стационару имеет отчетливую тенденцию к снижению (Рисунок 3): медиана отклонения составляет -3415 (ИР -2019÷-4968) рублей (-26%) для базовой ставки ДС, тогда как для ГД медиана равна 0 (-10÷ +459 рублей).

Анализ возможного влияния тарифной политики регионов на обеспеченность диализом планируется представить по мере готовности данных Российского регистра пациентов на ЗПГ Российского диализного общества.

Используя термин «заместительная почечная терапия», два рассмотренных документа связывают, тем не менее, с системой КСГ только диализ. Трансплантация почки, как и некоторые другие виды ВТМП, финансируется по нормативам, установленным Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 [9].

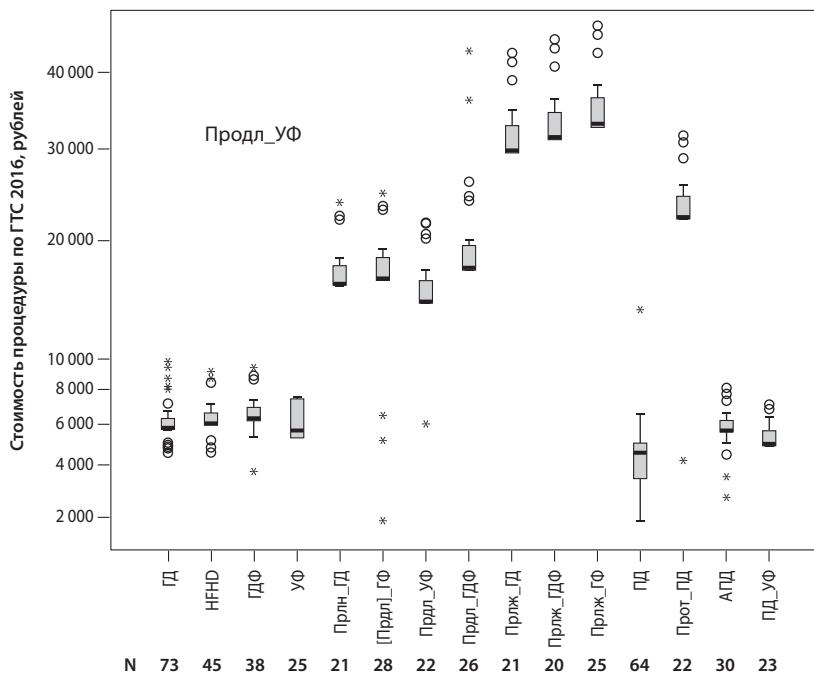


Рисунок 1. Разброс региональных тарифов на диализные процедуры
 Для удобства представления шкала стоимости – степенная (неравномерная).
 ГД – гемодиализ, ГДФ – гемодиализация, УФ – ультрафильтрация,
 НГНД – высокопоточный ГД, ПД – перитонеальный диализ,
 Прот_ПД – проточный ПД, АД – автоматизированный ПД,
 ПД_УФ – ПД при нарушении УФ (с использованием растворов с полимером глюкозы), Прлн – продленная методика, Прлж – продолжительная методика

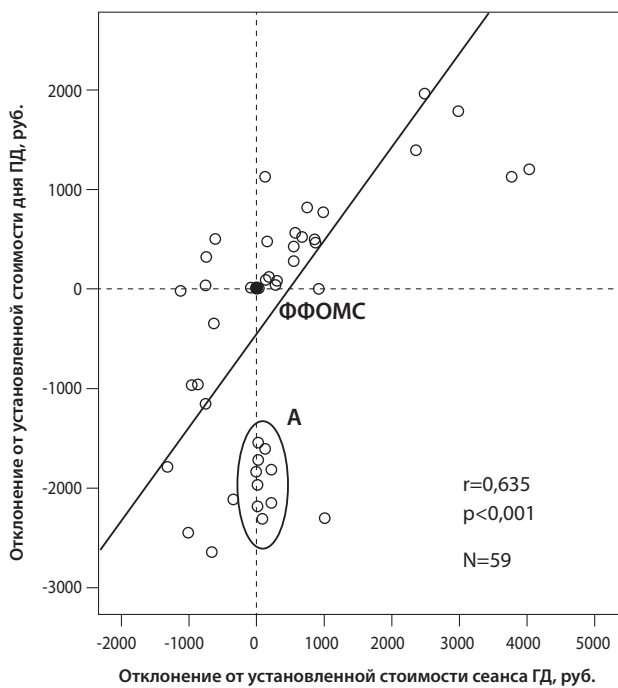


Рисунок 2. Корреляция между отклонениями региональных тарифов от установленных на федеральном уровне между ГД и ПД

А – группа регионов, вдвое снизивших федеральный тариф на ПД при совпадении регионального тарифа с федеральным для ГД.

Черная точка – точка отсчета отклонений от установленного значения Федеральным Фондом ОМС (ФФОМС)

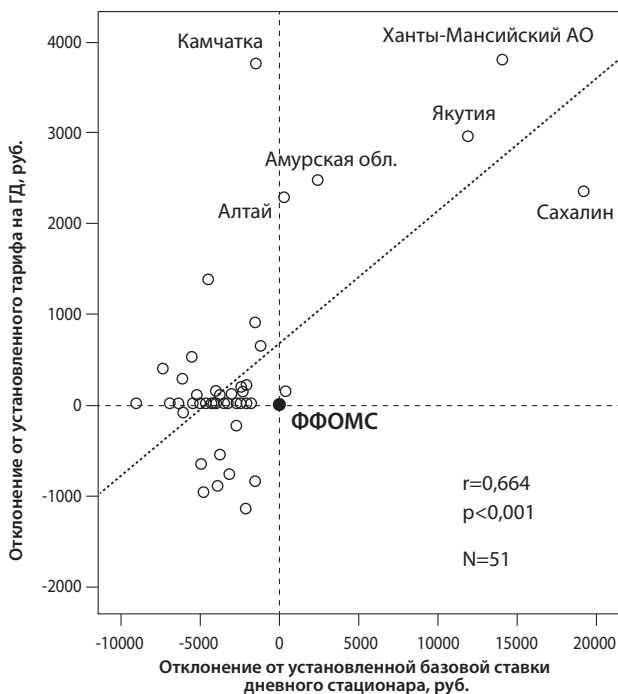


Рисунок 3. Корреляция между отклонением от установленных на федеральном уровне регионального тарифа на ГД и базовой ставки дневного стационара

Черная точка – точка отсчета отклонений от установленного значения Федеральным Фондом ОМС (ФФОМС)

Заслуживает упоминания еще два рекомендованных показателя в Письме МЗРФ от 23.12.16 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «нефрология» составляет 1,2 госпитализации на 1000 жителей в год при средней длительности пребывания в стационаре 11,5 дней (13,8 койко-дней на 1000 жителей в год, в том числе, 8,7 дней – для взрослых, 5,1 – для детей) (Приложение 4 к письму) [6]. На прежнем уровне воспроизведено рекомендуемое значение показателей нагрузки на одну должность врача в многопрофильной больнице – 12 коек на 1 врачебную должность и на 1 сестринский пост – 15 коек (Таблица 7.1) [6].

Финансовые затраты на проведение диализа весьма существенны; Рекомендации 2017 специально определяют особые правила определения базовой ставки дневного стационара при превышении специально рассчитываемого «порогового значения» числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии. Некоторые виды помощи (например, лечение гиперпаратиреоза) для федеральных медицинских организаций финансируются из федерального бюджета (см. Приложение 2. Таблица 4).

Таким образом, на 2017 год («и на плановый период 2018 и 2019 гг.») закреплен реализованный в 2016 году подход, определяющий оплату месячного ведения амбулаторного пациента на диализе или госпитализации по КСГ в сочетании с оплатой за фактически проведенные за этот период сеансы диализа по установленным на федеральном уровне тарифам. В небытие ушла идея объединить лечение пациента и сеансы диализа в единственной КСГ98 (образца 2015 года).

Тем не менее, Рекомендации 2017, как и все рекомендации, остаются необязательным к исполнению документом, и регионы будут существенным образом влиять на то, как они будут воплощены в жизнь. В конце концов, КСГ это, прежде всего, математическая модель финансового обеспечения медицинской помощи, и регионам РФ необходимо провести оценку расходов на нефрологию в целом, в том числе подлежащую оплате по КСГ (при переходе на федеральную модель), а также реализацию мер, направленных на ограничение роста потребности в заместительной почечной терапии путем реализации нефропротективной стратегии.

Авторы *благодарят* сотрудников Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга за ценные замечания и предложения, без которых представление об обсуждаемых документах было бы неполным.

Никто из авторов не имеет конфликтов интересов.

Литература

1. Земченков А.Ю. Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах. Нефрология и Диализ. 2014. 16(4): 414-417.
2. Земченков А.Ю., Андрусев А.М., Виталюева М.А. Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах. Нефрология и диализ. 2015; 17(4):467-477.
3. Письмо МЗ РФ от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454 «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПП), за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
4. Письмо МЗ РФ от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7983 и ФОМС от 24.12.2015 8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
5. Письмо МЗ РФ от 22.12.2016 № 11-8/10/2-8266 и ФОМС от 22.12.2016 12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
6. Письмо МЗ РФ от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».
7. Письмо Федерального Фонда от 22.01.2016 № 362/21-3/и (в ред. от 29.04.2016) «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015» (вместе с "Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев").
8. Письмо Федерального Фонда ОМС №12708/26-2/и от 27.12.2016 о направлении в электронном виде расшифровок КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и инструкции по группировке случаев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях.
9. Постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 г. № 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов".
10. Приказ МЗ РФ от 27.12.2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг в ред. Приказов МЗ РФ от 28.10.2013 # 794н, от 10.12.2014 № 813н и от 29.09.2016 N 751н.
11. Приказ Федерального Фонда ОМС от 14.11.2013 г. № 229 «Об утверждении "Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПП) за счет средств системы обязательного медицинского страхования". Federal Fund of obligatory medical insurance Order 14.11.2013 №229.

Дата получения статьи: 13.01.2017

Дата принятия к печати: 13.01.2017

Приложение 1

Определения:

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Оплата медицинской помощи по КСГ (КП) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средняя стоимость законченного случая лечения. Размер базовой ставки устанавливается на год отдельно для стационарных условий и для условий дневного стационара, но может корректироваться не чаще 1 раза в квартал. устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации

Коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый *настоящими рекомендациями* коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Приложение к Программе государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
на 2017 года и на плановый период 2018 и 2019 годов**

из Раздела II. Перечень видов ВТМП, не включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС федеральным государственным учреждениям, дотаций федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда ОМС в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов РФ и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ	N18.0, N04, T86.1	Терминальная стадия поражения почек. Врожденный нефротический синдром. Отмирание и отторжение трансплантата почки.	хирургическое лечение	трансплантация почки	864510
55. Трансплантация почки					
66. Комбинированное лечение сосудистых осложнений сахарного диабета (нефропатия, диабетической стопы, ишемических поражений сердца и головного мозга), включая реконструктивные органосохраняющие пластические операции стопы, заместительную инсулиновую терапию системами постоянной подкожной инфузии, с мониторингом гликемии, в том числе у пациентов с трансплантированными органами	E10.6, E10.7, E11.6, E11.7, E13.6, E13.7, E14.6, E14.7	Сахарный диабет 1 и 2 типа с сочетанным поражением сосудов почек, сердца, глаз, головного мозга, включая пациентов с трансплантированными органами.	хирургическое лечение, терапевтическое лечение	комплексное лечение, включая имплантацию средств точного мониторинга гликемии с компьютерным анализом вариабельности суточной гликемии с целью предупреждения и коррекции жизнеугрожающих состояний комплексное лечение, включая хирургическое и (или) лазерное лечение, диабетической ретинопатии	86300
Комплексное лечение тяжелых форм тиреотоксикоза, гиперпаратиреоза	E21.0, E21.1, E35.8, D35.8	Первичный, вторичный и третичный гиперпаратиреоз с тяжелыми полиорганными поражениями, резистентный к консервативному лечению. Первичный гиперпаратиреоз в структуре МЭН-1 и МЭН-2 синдромов. Гиперпаратиреоз с жизнеугрожающей гиперкальциемией.	хирургическое лечение, терапевтическое лечение	хирургическое лечение опухолевых образований паращитовидных желез (парааденоэктомия, удаление эктопически расположенной парааденомы, тотальная парааденоэктомия с аутоотрансплантацией паращитовидной железы в мышцы предплечья с применением интраоперационного УЗИ, выделением возвратного нерва, интраоперационным определением динамики уровня паратиреоидного гормона и предоперационной кальцийснижающей подготовки, включающей применение кальциймиметиков, программным ГДУ пациентов с ХБП	