
Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах

(Изменения в нормативных документах, вышедших в конце 2014 года, и их влияние на условия оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в заместительной почечной терапии)

Земченков А.Ю.

Общероссийская общественная организация нефрологов

«Российское Диализное Общество»

**ГБУЗ «Городская Мариинская больница» – Городской нефрологический центр,
Санкт-Петербург**

**Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,
кафедра внутренних болезней и нефрологии**

**Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова,
кафедра нефрологии и диализа**

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

Keywords: dialysis, diseases-related groups, standards, tariff

Уважаемые коллеги!

В течение одного месяца (половину из которого составили новогодние праздничные дни) на федеральном уровне вышла целая серия нормативных документов, потенциально существенно меняющих условия оказания специализированной медицинской помощи, в частности – заместительной почечной терапии (ЗПТ).

Часть из этих документов не лишены неких неопределенностей, оставляющих возможности различной трактовки, поэтому представляется важным для организаторов медицинской помощи – начиная с заведующих отделениями – хорошо представлять себе сегодняшний противоречивый нормативный ландшафт, чтобы иметь возможность отстаивать интересы наших товарищей, наших пациентов, нашей службы в целом.

Условиями успешной работы службы является наличие качественного нормативного документа, регламентирующего деятельность диализных центров и сопряженных с ними структур, а также наличие базы для выделения адекватного финансирования. Безусловно, основу службы составляет кадровый потенциал, но вопросы его подготовки и переподготовки заслуживают обсуждения в более узкой специализированной аудитории организаторов обучения (и не будут затронуты ниже), а вопросы его успешной и благополучной работы напрямую зависят от нормативных документов и финансирования.

Стандарты и клинико-статистические группы (КСГ)

Последние два года существовавший ранее ориентир на создание значительного числа стандартов медицинской помощи начал постепенно замещаться движением в сторону системы КСГ – оплаты лечения пациентов на основе клинико-статистических групп.

Система КСГ имеет давнюю историю в мире страховой медицины (англо-язычный аналог – disease-related group – DRG) и появилась в рамках стремления уменьшить детализацию медицинских услуг, которая неизбежно стимулировала медицинские организации (МО) наращивать объемы этих услуг для повышения доходов.

Тем не менее, в течение предшествовавших лет диализная служба вступала в систему ОМС именно через создание медико-экономических стандартов (МЭС). В Санкт-Петербурге федеральное решение о постепенном переводе всего здравоохранения в систему ОМС в отношении диализной службы было

реализовано с начала 2010 года, для чего в ускоренном порядке в предновогодние недели 2009 года рабочей группой были созданы и утверждены Комитетом по здравоохранению медико-экономические стандарты. Они включали в себя два амбулаторных стандарта – месячное ведение пациента на гемодиализе и на перитонеальном диализе, а также 5 стационарных стандартов: по вводу в диализ и лечению осложнений, а также для лечения ОПП. Собственно сеансы гемодиализа и обмена перитонеального диализа оплачивались в качестве отдельных услуг, выставяемых к амбулаторным диализным МЭСам по ведению пациентов или к любым стационарным тарифам в случае госпитализации пациентов по любому поводу. Созданные впервые взявшейся за это дело рабочей группой в качестве «предварительных» (и не лишённые ошибок и опечаток), МЭСы так и не были изменены и функционируют и в 2015 году, поменяв в своем названии только аббревиатуру МЭС на КСГ перед прежним цифровым кодом.

В течение 2012-14 годов велась работа по подготовке проектов аналогичных федеральных стандартов, которые много месяцев обсуждались нефрологическим сообществом, но когда они были сданы в Минздрав (МЗ) и Федеральный Фонд ОМС (ФФ ОМС), там веяли уже другие ветры. Как и многочисленные стандарты по другим специальностям, стандарты медицинской помощи в области ЗПТ застыли на этапе проектов утверждающих приказов МЗ, с которыми и в настоящее время можно ознакомиться на сайте ведомства.

Следует отметить, впрочем, что успели оказаться утвержденными стандарты:

- «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при хронической болезни почек 4 стадии» (утвержден приказом МЗ РФ 20.12.12 №1270н и зарегистрирован Минюстом 01 марта 2013 года № 27424);
- «Стандарт специализированной медицинской помощи при хронической болезни почек 5 стадии в преддиализном периоде (амбулаторно)» (утвержден приказом МЗ РФ 20.12.12 №1269н и зарегистрирован Минюстом 15 февраля 2013 года № 27129);
- «Стандарт специализированной медицинской помощи при хронической болезни почек 5 стадии в преддиализном периоде, при госпитализации с целью подготовки к заместительной почечной терапии» (утвержден приказом МЗ РФ 20.12.12 №1268н и зарегистрирован Минюстом 11 февраля 2013 года № 26975).

Указанные стандарты при доброй воле местных органов управления здравоохранением могли бы использоваться для определения тарифов на оказание медицинской помощи в рамках преддиализного наблюдения за пациентами с ХБП 4-5. В Санкт-Петербурге аналогичную роль выполняют тарифы месячного ведения пациента на диализе (которые специальным распоряжением Комитета по здравоохранению разрешено использовать у преддиализных пациентов без проведения сеансов).

Можно также отметить, что неинтенсивная переписка по поводу неутвержденных стандартов Минздравом ведется, что можно было бы рассматривать как сохраняющуюся надежду. Тем не менее, сегодняшним магистральным направлением является развитие системы КСГ.

Впервые российская модель КСГ была выработана в пилотном проекте в трех регионах РФ в 2012 году и направлена территориальным фондам ОМС в составе рекомендаций¹ «Способы оплаты медицинской помощи...». В модели использованы два классификационных критерия, позволявшие отнести случай оказания медицинской помощи к определенной КСГ – код диагноза по МКБ-10 и код хирургического вмешательства в соответствии с «Номенклатурой медицинских услуг»². На быстро возросшем в 2013 году объеме статистического материала, собранного по практике использования модели в ряде регионов, в конце 2013 года была выпущена обновленная версия классификации КСГ и способов оплаты медицинской помощи первоначально в письме МЗ РФ от 11.11.2013³, а затем в форме приказа ФФ ОМС №229 от 14.11.2013.⁴

12 декабря 2014 года письмом 11-9/10/2-9388 Минздрав совместно с ФФ ОМС в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2014 года⁵ направляет в регионы разъяснения по вопросам формирования территориальных программ государственных гарантий.

В письме в отношении заместительной почечной терапии повторен тезис аналогичного письма 2013 года о том, что «заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диа-

лиза застрахованным лицам проводится в рамках *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...» с дополнением 2014 года «... при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи». Последняя фраза не вполне понятна; в благоприятном варианте ее можно трактовать как то, что в установленный тариф эти расходы не входят, а доставка пациентов финансируется из других средств. В Санкт-Петербурге доставка части пациентов за счет МО входит в тариф, и что делать теперь – непонятно (небольшая часть пациентов, *требующих сопровождения*, доставляется Скорой помощью).

Всего немного отдохнув за weekend, уже 15 декабря 2014 года МЗ РФ выпустил письмо №11-9/10/2-9454 с методическими рекомендациями «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 (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования».

По сути – это обновление приказа от 14 ноября 2013 г. N 229⁴, утвердившего аналогичные рекомендации в прошлом году. Вместо ранее введенных 201 КСГ обновленная версия включает в себя перечень из 258 групп заболеваний. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратоемкость (смотри ниже) лечения пациентов: *основные* классификационные критерии (код диагноза по МКБ-10 и код операции или специального метода лечения в соответствии с Номенклатурой) и *дополнительные* классификационные критерии (возрастная категория и пол, длительность лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах РФ. Расчет стоимости законченного случая осуществляется умножением базовой ставки (БС) на КЗ и другие корректирующие коэффициенты (коэффициент дифференциации при его наличии в регионе и поправочные коэффициенты: управленческий коэффициент, коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности курации пациента). Базовая ставка может различаться по регионам и рассчитывается как средняя стоимость законченного случая лечения (по факту некоторого предшествующего периода).

Отметим, что Клинико-Профильная Группа (КПГ) – более укрупненная группировка по сравнению с КСГ: 258 КСГ в версии 2015 года сгруппированы в 36 КПГ, каждая из которых имеет средневзвешенный коэффициент затратоемкости, которым тоже можно пользоваться наравне с коэффициентом затратоемкости для КСГ, если не детализировать данную группу.

Теперь по профилю нефрология существует не две КСГ, как в приказе 2013 года,

72	Почечная недостаточность	2,31
73	Гломерулярные болезни	1,63

с соответствующими коэффициентами относительной затратоемкости, а пять:

97	Почечная недостаточность, без диализа	2,01
98	Почечная недостаточность, диализ	3,67
99	Гемодиализ*	0,36
100	Перитонеальный диализ*	0,27
101	Гломерулярные болезни	1,63

Изменения сводятся к следующему: ранее существовавший общий КСГ 72 «Почечная недостаточность» разделился на КСГ 97 «Почечная недостаточность, без диализа» с уменьшением коэффициента до 2,01 и «Почечная недостаточность, диализ» с повышением коэффициента до 3,67. Предполагалось, что последний КСГ будет использоваться не только в случаях госпитализации диализных пациентов, но и для оплаты месячного ведения пациентов на амбулаторном диализе в условиях дневного стационара. В этом случае средства по данному КСГ адресованы ежемесячному (или с меньшей кратностью

в соответствии со стандартами) плановому обследованию пациента и медикаментозной терапии, направленной на коррекцию осложнений почечной недостаточности и диализа.

В тексте самих рекомендаций об этом и, вероятно, о многом другом прочитать нельзя. Поэтому в дополнение к рекомендациям со специальным сопроводительным письмом⁶ № 6538/21-3/и от 18.12.14 в адрес руководителей территориальных фондов председатель Федерального Фонда ОМС Н.Н. Стадченко направляет 34-страничный документ под названием «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев», на 29 и 30 страницах которого содержатся разъяснения по применению КСГ 98, 99 и 100. В «Инструкции...», в частности, можно прочитать, что:

- «[КСГ 98] предназначена для комплексного лечения пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении диализа»;
- условием использования КСГ 98 является проведение ГД или ПД: «Отнесение случая к данной группе осуществляется на основании сочетания диагноза и кода выполненной услуги А18.05.002 «Гемодиализ» или А18.30.001 «Перитонеальный диализ»;
- «к законченному случаю в данной ситуации целесообразно относить лечение в течение одного месяца»;
- «Лечение в рамках данной группы может осуществляться как в условиях круглосуточного, так и дневного стационара»;
- «[КСГ 99 и КСГ 100] предназначены для оплаты одной процедуры гемодиализа и одного дня перитонеального диализа»

По-видимому, при длительности лечения менее полумесяца КСГ 98 в качестве оплаты месячного ведения не используется, а оплачиваются только сеансы ГД и/или ПД:

- «необходимо пользоваться следующими правилами:
- при общей длительности лечения (не количество процедур) менее 14 дней оплата осуществляется по КСГ 99 и 100 за каждую процедуру;
- в остальных случаях оплата осуществляется по КСГ 98»

Отдельно в «Инструкции...» уделено внимание гемодиализу: «процедура гемодиализа рассматривается в целях оплаты аналогично гемодиализу», то есть, отдельной КСГ для ГДФ не предполагается. Вместе с тем, «с целью учета дополнительных затрат на её проведение целесообразно применение поправочных коэффициентов или выделение подгрупп». Следует учитывать, что выделить подгруппу с повышенным коэффициентом можно лишь создав одновременно группу с пониженным коэффициентом – так чтобы средневзвешенный коэффициент равнялся общему (до разделения групп (см. основной текст Рекомендаций). Возможно рассмотрение коэффициентов «КСКП» – коэффициент сложности курации пациента – и управленческого коэффициента. КСКП устанавливается субъектом Федерации для данного случая. Управленческий коэффициент вводится тарифным соглашением для конкретной КСГ для стимулирования МО к выполнению определенных технологий или оперативных вмешательств; он вводится единым для всех уровней оказания помощи. На оба коэффициента Рекомендациями накладываются ограничения. Главным из них является соблюдение принципа «бюджетной нейтральности»: введение повышающих коэффициентов должно сопровождаться соразмерным введением понижающих коэффициентов. Сложнее для целей введения повышенной оплаты за гемодиализ использовать коэффициент уровня оказания медицинской помощи, который может вводиться дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций.

В принципе, Рекомендации открывают возможность разделить КСГ 100 (день лечения ПД) на 4 обмена, с тем, чтобы иметь возможность проводить различное число сеансов, в том числе, и оправдать автоматизированный перитонеальный диализ, сопоставив его с 6 обменами (что кажется обоснованным как по объемам используемого раствора, так и по числу заливок, а также стоимости). Однако, все это – добрая воля территориальных фондов. Разрешить проблему можно и введением коэффициентов (см. выше).

Раздел 10 «Инструкции...», хоть и содержит упоминание о наших КСГ, фактически имеет отношение исключительно к «остальным», поскольку только указанные «три клинико-статистических группы [ЭКО, ГД и ПД] выделены только для условий дневного стационара». Для «остальных» «оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и круглосуточного стационара осуществляется в соответствии с единой группировкой». И вот если коэффициент затратоемкости, «установленный в Методических рекомендациях исходя из базовой ставки стационарной медицинской помощи некорректен для аналогичных случаев, оказанных в условиях дневного стационара», тогда «необходимо применять управленческие коэффициенты», очевидно – понижающие, не уменьшая, тем не менее, «расходы на медикаменты» «по сравнению с круглосуточным стационаром более чем на 70%».

Все потенциально используемые коэффициенты применяются к базовой ставке (БС), поэтому именно она в решающей степени будет влиять на тарифы, а также в определенной мере дифференцировать их по регионам России. Определенных актуальных значений БС пока получить не удалось, но для многих регионов она может оказаться близкой к 15 тыс. рублей; тогда тариф на сеанс ГД может оказаться 5,5 тыс. рублей, на сутки ПД – около 4 тыс. рублей; при этом надо помнить, что вся программа обследования и медикаментозной терапии должна быть обеспечена месячным наблюдением (КСГ 98) – 55 тыс. рублей. В Санкт-Петербурге в первой половине 2014 года за счет ДЛО и амбулаторных диагностических тарифов расходы на ведение пациентов составили 19 400 рублей в месяц; при этом только в отношении эритропоэтина терапию можно было считать достаточной, а обследование многих пациентов в существенной (и трудно оцениваемой) части велось за счет стационарных расходов.

Введение системы оплаты по КСГ в регионе не может быть немедленным. Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по системе КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %, необходимо проведение анализа структуры госпитализации и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе, утверждение на территории субъекта Российской Федерации управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ. В результате имитационного моделирования введения оплаты по КСГ в Санкт-Петербурге (по материалам структуры и стоимости госпитализаций за 10 месяцев 2014 года определили, что оплата по новой системе привела бы к изменению финансового обеспечения МО в широком диапазоне – от уменьшения на 44% до увеличения до 59%. Только введение управленческих коэффициентов по выработанным критериям от 0,63 до 1,43 позволили «удержать» изменение финансового обеспечения МО в пределах $\pm 10\%$ от фактического (поученного по прежней системе).

Проект изменения приказа МЗ от 18.01.12 №17н

К действующему Порядку оказания медицинской помощи по профилю «нефрология», утвержденному приказом МЗ РФ от 18.01.2012 №17н, относиться можно двояко.

С одной стороны, в нем *всего* несколько очевидных ошибок (гемодиализный аппарат назван «гемодиализатором»; к любому диализному центру предъявлено требование иметь ПЯТЬ (!) циклеров для перитонеального диализа – даже если центр не занимается перитонеальным диализом, что не затрудняло лицензирование; опущено требование из приказа МЗ №254 от 13.08.2002 иметь круглосуточную службу при организации трех смен диализа в сутки, сыгравшее в свое время значимую роль в увеличении сменности использования оборудования; не поместились в ячейку таблицы слова «перитонеального диализа», отчего непонятным осталось, на каких 5 больных предусматривается 1 должность медсестры; потребность в 1 должности нефролога на амбулаторном приеме на 50 000 населения кажется явно завышенной для большинства регионов; нефрологический центр описан совершенно не законченно и т.п.)

С другой стороны, приказ *совершенно* не касается важнейших вопросов организации нефрологической службы в целом, и заместительной почечной терапии – в особенности. Реальностью в последние годы стала значительная (более 40% в 2014 году) и быстро растущая доля пациентов, получающих ЗПТ в амбулаторных диализных центрах (в подавляющем большинстве – частных и часто – территориально удаленных от стационарных медицинских организаций), что, по-видимому, требует отдельной регламентации в Порядке. Попытки выстроить разумную маршрутизацию пациентов на региональном уровне юристы органов управления здравоохранением встречают возражением: «порядок организации медицинской помощи – функции федерального центра». Один из аспектов такой маршрутизации – вопрос о том, где и за счет чего решать «госпитальные» проблемы пациентов амбулаторных диализных центров (диализный доступ, осложнения, коморбидность). Этот вопрос отчасти решается, если в регионе существует тариф по стационарному лечению диализных пациентов, привлекательный для стационаров, а сами стационары обладают резервами как физических диализных мест, так и плановыми объемами финансирования дополнительных сеансов диализа и госпитализаций. Отчасти так было в Санкт-Петербурге, где из 20 диализных центров 8 были амбулаторными или функционально амбулаторными (фактически госпитализировать большинство пациентов не могли из-за отсутствия плановых объемов финансирования стационарной помощи). Тем не менее, наличие тарифа на стационарную помощь диализным пациентам позволяло крупным стационарам принимать при необходимости на себя всех пациентов амбулаторных диализных центров, хоть и не без некоторого режима «ожидания в очереди» для более или менее плановых пациентов. Есть опасения, что при взятом курсе на сокращение стационарной помощи такая очередь удлинится. Повысить привлекательность тарифа могло бы принятие нового в соответствии с КСГ 98 (смотри выше). Однако тарифами не решаются все вопросы маршрутизации пациентов, а тем более – организационные вопросы функционирования амбулаторных диализных центров.

В соответствии с Программой государственных гарантий ... на 2015⁷ и разъясняющим письмом⁸ МЗ РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы ... на 2015 и на плановый период 2016 и 2017 годов» сеансы гемодиализа и обмены перитонеального диализа относятся к специализированной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Организация работы дневного стационара описана только в приказе МЗ от 15.05.2012 № 543н по организации оказания *первичной медико-санитарной помощи*⁹, и работа диализного центра, оказывающего *специализированную* помощь в условиях дневного стационара, решительно не вписывается в этот документ (а тем более – в рамки приказа МЗ от прошлого тысячелетия – 09.12.1999 N 438 – об организации деятельности дневных стационаров¹⁰), а документация дневного стационара, утвержденная приказом МЗ РФ от 30.12.2002 №413¹¹ совершенно не соответствует потребностям фиксации медицинской информации в диализной службе. Из действующих документов только приказ МЗ РФ от 13.08.2002 №254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению РФ»¹² содержит приемлемую форму ведения медицинской документации диализного пациента (№ 003-1/у), но и эта форма по прошествии почти 15 лет от ее подготовки, безусловно, устарела. Таким образом, очевидно, что диализная служба нуждается в регламентации ведения медицинской документации, как для повышения надежности и качества работы, так и защиты от произвольных и иногда сомнительных требования контролирующих инстанций.

В тоже время известно, что на базе исходной формы № 025/у-04¹³ (скорректированной в 2004 году формы № 025/у из приказа МЗ СССР 1980 года¹⁴) создаются новые, адаптированные под конкретные условия. Например, для центров здоровья типовая учетная форма 025/у-04 была приказом МЗ от 19.08.2009 №597н¹⁵ преобразована в форму 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья», отвечающую особенностям этой работы.

Проект медицинской карты диализного пациента (получающего лечение в условиях дневного стационара) подготовлен рабочей группой Профильной комиссии по нефрологии МЗ РФ и подан на рассмотрение в МЗ РФ в мае 2014 года с соблюдением всех требований установленных форматов для подобных документов, однако судьба его неизвестна.

С проектом обновления Порядка оказания медицинской помощи по профилю «нефрология» можно ознакомиться на сайте РАО (www.perhro.ru) в разделе «Документы».

Обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами (ДЛО)

Наконец, еще одним жизненно необходимым и важнейшим документом, выпедшим под самый Новый Год, стало Распоряжение Правительства РФ¹⁶ от 30.12.2014 N 2782-р, объединившее ряд перечней лекарственных препаратов, ранее определявшихся разными нормативными документами.

1. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год – список препаратов, предельные цены на которые регистрируются МЗ РФ; следует помнить, что к этим предельным ценам добавляется региональная надбавка (около 15%) и НДС 10%. В принципе, считается, что формулярные комиссии МО и органов управления здравоохранением должны почти исключительно из этого списка формировать закупки, но здесь строгость законов и обязательность их исполнения находятся в традиционном для нашей страны сочетании.
2. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций – знаменитый список ДЛО, определявшийся ранее приказом МЗ 665¹⁷ (с последующими реакциями 2007-11 годов), в котором указанное выше наименование списка дополнялось словами «, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) *при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг*».

В списке появились ряд существенных для нас препаратов, в частности – эритропоэтины длительного действия. Правда, появление приказа не означает автоматического увеличения финансирования по данной статье расходов.

3. Перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей – набор лекарственных препаратов для «семи нозологий»; ожидалось, что он будет расширен на другие редкие болезни, тем самым освобождая местные бюджеты от больших расходов на редкие болезни, но этого не произошло.
4. Минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи (для аптек).

Одно время эпоха ДЛО казалась заканчивающейся с перспективой перехода к лекарственному страхованию (к 2020 году), особенно – в условиях движения к одноканальному финансированию и начавшегося массивного создания стандартов лечения. Появление среди клинико-статистических групп КСГ98, в принципе, открывает возможность перевода лекарственной терапии диализных пациентов в месячное ведение пациентов на диализе, а оказанию специализированной помощи в условиях дневного стационара не противоречит выдача амбулаторным пациентам препаратов для коррекции синдромов поздних стадий ХБП (артериальной гипертензии, анемии, минеральных и костных нарушений, белково-энергетической недостаточности и метаболических отклонений, патологии желудочно-кишечного тракта). Дополнительно такая возможность подчеркивается в новом проекте Порядка оказания медицинской помощи по профилю «нефрология». При оказании первичной медико-санитарной помощи расходы на медикаментозную терапию, как правило, не включаются в тариф.

По-видимому, в условиях современной экономической неопределенности перемены замедлятся, а может быть, наоборот – ускорятся. Определяющим фактором в этом и в других поднятых выше вопросах будут решения местных органов управления здравоохранением.

Для того чтобы помочь им двигаться в правильном направлении или – напротив – вмешаться в неблагоприятные тенденции, мы с вами должны уверенно владеть современной нормативной базой. Мы постараемся на регулярной основе обновлять эту статью, разместив ее (вместе с полными текстами

нормативных документов) на сайте Российского Диализного Общества. Замечания и уточнения с благодарностью принимаются.

- ¹ Письмо МЗ РФ от 20.12.2012 №14-6/10/2-5305 «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе, клиничко-статистических групп болезней (КСГ)».
- ² Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом МЗиСР РФ от 27.12.2011 №1664н в редакции приказа МЗ РФ от 28.10.2013 №794н.
- ³ Информационное письмо МЗ РФ от 11.11.2013 №66-1/10/2-84-05 «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболевания, в том числе, клиничко-статистических групп (КСГ) и клиничко-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
- ⁴ Приказ Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 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 клиничко-статистических групп (КСГ) и клиничко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
- ⁵ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
- ⁶ Письмо ФФ ОМС от 18.12.14 № 6538/21-3/н [О направлении расшифровки КСГ в соответствии с МКБ-10, Номенклатуры медицинских услуг и дополнительными критериями и Инструкции по группировке случаев, в том числе, правила учета дополнительных классификационных критериев].
- ⁷ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 и на плановый период 2016 и 2017 годов».
- ⁸ Письмо МЗ РФ от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 и на плановый период 2016 и 2017 годов»
- ⁹ Приказ МЗ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
- ¹⁰ Приказ Минздрава РФ от 09.12.1999 N 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
- ¹¹ Приказ МЗ РФ от 30.12.2002 № 413 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
- ¹² Приказ МЗ РФ от 13.08.2002 №254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации».
- ¹³ Приказ МЗ и СР РФ от 22.11.2004 № 255. «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
- ¹⁴ Приказ МЗ СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».
- ¹⁵ Приказ МЗ РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 08.06.2010 N 430н, от 19.04.2011 N 328н, от 26.09.2011 N 1074н).
- ¹⁶ Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2014 N 2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»
- ¹⁷ Приказ МЗ и СР от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 19.10.2007 N 651, от 27.08.2008 N 451н, от 01.12.2008 N 690н, от 23.12.2008 N 760н, от 10.11.2011 N 1340н)