

Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах.

Земченков А.Ю.¹, Андрусев А.М.^{1,2}, Виталюева М.А.³

1. Общероссийская общественная Организация Нефрологов Российское Диализное Общество; 123182 г. Москва, ул. Пехотная, д. 3, корп. 3.
2. ГБУЗ «Городская клиническая больница №52 ДЗ Москвы» 123182 г. Москва, ул. Пехотная, д. 3
3. Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга; 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., 1.

Renal Replacement Therapy in new legislative conditions

Zemchenkov A.Yu.¹, Andrushev A.M.^{1,2}, Vitaliueva M.A.³

1. Russian Dialysis Society; Pehotnaia str., 3, bld. 3. 123182, Moscow, Russian Federation;
2. City clinical hospital #52, Moscow; Pehotnaia str., 3. 123182, Moscow, Russian Federation
3. Public Health committee of St.-Petersburg Government; Malaya Sadovaya str., 1, 191023, St.-Petersburg, Russian Federation

Представлены изменения в нормативных документах Правительства РФ, Министерства здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, вышедших в конце 2015 года, и краткое обсуждение их влияния на условия оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в заместительной почечной терапии.

New normative documents of Government, Health care Ministry and Federal Fund for compulsory health insurance issued in December 2015 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.

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

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

24.12.15 Министерство здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) [совместным письмом \[1\]](#) выпустили «[Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования](#)» в 2016 году. Этот документ заменил соответствующие рекомендации, направленные в регионы РФ письмом [МЗ РФ 15.12.14 \(№11-9/10/2-9454\) \[2\]](#). Еще годом ранее аналогичным документом был [приказ ФОМС №229 от 14.11.13 \[3\]](#). Кратко история вопроса представлена в публикации в нашем журнале [ранее \[4\]](#).

Указанные документы постепенно конкретизируют рекомендованные способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) параллельно с происходящим расширением географии применения оплаты по клинко-статистическим группам – КСГ (или по клинко-профильным группам). При этом Рекомендации на 2016 год не только расширяют зону применения КСГ, увеличивая их

количество, но и серьезно меняют условия их использования, по крайней мере, в отношении оплаты заместительной почечной терапии. Несколько изменился и статус этого документа. Как и ранее, письмо Минздрава направлено в регионы *во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. N 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год"* [5] (далее - Программа), предписывающего Минздраву РФ совместно с Федеральным фондом ОМС давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования. Но теперь, безымянные ранее, разработчики обозначены *“рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи”*, которая утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2015 № 931 (ранее состав рабочей группы не публиковался). Кроме того, в письме появился новый раздел по способам оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Следует отметить, что в 2014 году Минздрав России и ФОМС на постановление Правительства РФ откликнулись двумя документами: *письмом* с [Методическими рекомендациями о способах оплаты](#) [2] и *письмом* о [формировании и экономическом обосновании территориальной программы госгарантий на 2015 и на плановый период 2016 и 2017 годов](#) [6]. Во втором разделе последнего содержалось важное положение:

*«14. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа 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, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи».*

Подчеркнем, что последняя фраза осталась неразъясненной; и в благоприятном варианте ее можно было 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 доставка части пациентов осуществляется за счет медицинских организаций (МО), а расходы были включены в тариф, В 2015 году изменений в этой части не произошло; (кроме того, небольшая часть пациентов, *требующих сопровождения*, по-прежнему доставляется Скорой помощью, а инвалиды I группы имеют возможность пользоваться социальным такси).

Важнее было в этом положении другое – диализ был отнесен к *специализированной помощи*, что в сочетании с Методическими рекомендациями 2014 года, в которых содержались КСГ99 (гемодиализ) и КСГ100 (перитонеальный диализ) означало, что диализ относится к специализированной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и в стационарных условиях.

В конце 2015 года аналогичное письмо было датировано [21.12.15 \(№ 11-9/10/2-7796\)](#) и относится к 2016 году без последующего «планового периода» [7]. Пункт о заместительной почечной терапии, поменяв номер в разделе, претерпел существенное изменение.

*«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. 30)

Соответственно, и Методическими рекомендациями 2016 года диализ уже не относится исключительно к специализированной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и в стационарных условиях. 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 мы постараемся рассмотреть 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 19.12.15 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»](#) [5] установлен **способ оплаты за законченный случай лечения** заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) [, который используется] **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,*
- *социально-значимых заболеваний,*
- *а также – **процедур диализа** (оплата осуществляется за услугу).*

*«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, установлен в Методических рекомендациях 2016 года в Приложении 4 (без учета коэффициента дифференциации) в расчете на единицу оплаты):

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТОИМОСТЬ УСЛУГ ДИАЛИЗА

N	Код	Услуга	Условия оказания	единица оплаты	стоимость 1 услуги, рубли
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5705
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5990
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6175,5
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	5234,5

5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	15737
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	16442,75
7	A18.05.003.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	14325,5
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	17148,5
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	29852
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация продолжительная крови	стационарно	сутки	31263,5
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	32675
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4528,6
13	A18.30.001.001	Перитонеальный проточный диализ	стационарно	день обмена	22171,6
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5587,18
15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4881,46

Обратите внимание, что в [действующей редакции приказа Минздрава России от 27.12.2011. N 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» \(Минздрава России от 10.12.2014 № 813н\) \[8\]](#) **таких услуг пока нет**, кроме пп. 3 и 12 («Гемодиализ» и «Перитонеальный диализ»); в действующей редакции приказа номеру услуги A18.05.002.001 соответствует «Альбуминовый гемодиализ». Таким образом, для системы оплаты по федеральной модели КСГ используется проект новой Номенклатуры медицинских услуг, не утвержденной приказом Минздрава России.

«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 2015 года?

В документе указано, что инструкция по группировке случаев, включающая в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, **представляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования в электронном виде**. В 2014 году это было [отдельное письмо ФОМС \[9\]](#) со вложенной [30-страничной инструкцией в Word](#) и файлом Excel «Группировщик_КС» ([с дополнением от 06.02.15](#)). В 2015 году многие положения инструкции перенесены непосредственно в текст Методических рекомендаций.

«Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной

медицинской карты^а стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования»

Тем не менее, [22.01.2016 ФОМС письмом №362/21-3/и \[10\]](#) направляет в территориальные фонды файлы Excel «Расшифровка КСГ КС» и «Расшифровка КСГ ДС» с расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара в условиях дневного стационара, соответственно, а также [«Инструкцию по группировке случаев, в том числе, правила учета дополнительных классификационных критериев»](#), в которой повторены некоторые положения основного текста Рекомендаций 2016.

В разделе 10 [«Инструкции...»](#) описаны особенности формирования отдельных групп, к которым отнесена «Оплата медицинской помощи с применением методов диализа». Помимо положений, содержащихся в основном тексте Рекомендаций 2016, в «Инструкции...» установлен рекомендуемый диапазон доли заработной платы (от 20 до 40%) в стоимости услуги по проведению диализа за исключением услуг продолжительных методов ЗПТ и перитонеального диализа, для которых рекомендована доля 15-30%. Кроме того, приведены примеры суммирования в рамках одного случая лечения оплаты по КСГ и по фактически выполненному за этот период числу услуг. Возможное применение понижающих или повышающих коэффициентов к КСГ (КУС, КУ, КСЛП) не распространяется на стоимость услуг.

Таким образом, 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 Методическому письму содержит следующие КСГ (Таблица 1):

Таблица 1. Выдержка из Приложения 1 к [Методическим рекомендациям 2016](#)

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказанной в **стационарных условиях**) (стр. 53 письма)

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости
18	Нефрология (без диализа)	1,69
112	Почечная недостаточность	1,66
113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
114	Гломерулярные болезни	1,71
	(стр. 49-50 письма)	
202	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86

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

^а В [«Инструкции по группировке случаев...» \[10\]](#) содержатся **рекомендации** по ведению историй болезни диализного пациента в течение календарного года в условиях дневного стационара по форме №1030 приказа МЗ СССР от 04.10.1980, а в амбулаторных условиях – по форме № 025/у - АБСОЛЮТНО неадекватных для диализных пациентов, хотя никем не отменен приказ Минздрава России №254 от 13.08.2002, который ввел форму №003- 1/у – хоть и не совершенную, но никаким официальным документом не улучшенную.

около 36,0 тыс. рублей. Сумма, конечно, скромная, но, например, для урологических КСГ средневзвешенный коэффициент затратноности составляет 1,2, для специализированных терапевтических профилей – 1,04÷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?

Обратите внимание, что КСГ для стационарных условий и для дневного стационара имеют независимую нумерацию. Приложение 2 к Методическому письму содержит следующие КСГ:

Таблица 2. Выдержка из Приложения 2 к [Методическим рекомендациям 2016](#)

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратноности КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказанной в **условиях дневного стационара**) (стр. 59 письма)

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратноности
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

В случае использования КСГ 40 для месячного амбулаторного ведения пациента (при предположительной 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 диализе^b](#).

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

Вместе с тем, в представленных Рекомендациях 2016 не содержится разъяснений по использованию КСГ 39 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ». При предположительной базовой ставке для дневного стационара 13,0 тыс. руб. на месяц расчетный объем финансового обеспечения 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.

Выпущенная [22.01.2016 «Инструкция...»](#) [10] также не разграничивает области применения КСГ 40 и КСГ 41.

Рекомендациями 2016 установлено, что переход на оплату помощи по КСГ в конкретном регионе возможен лишь после «*расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций*» - серьезного экономического анализа ожидаемого изменения объемов финансирования при таком переходе. Санкт-Петербургу «не хватило» периода 2015 года для накопления данных и проведения анализа – и оно

^b 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].

будет продолжено в 2016 году (медицинская помощь будет оплачиваться по утвержденным в [Генеральном тарифном соглашении на 2016 год](#) тарифам (без изменений в сравнении с 2015 годом), а параллельно будет проводиться моделирование ситуации финансирования медицинских организаций при переходе на федеральную модель КСГ (в предположении, что они перешли на КСГ). Подобная практика осуществлялась в системе ОМС Санкт-Петербурга и в течение 2 полугодия 2015 года.

Далее:

«Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по КСГ или КПП 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 госпитализаций и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций»

В сопровождающем письме Минздрава России [файле в формате Excel «Группировщик КС 16.12»](#) вы найдете не только разнообразные методы диализной терапии, но и множество вариантов операций по созданию/реконструкции диализного доступа. Указанные услуги пока отсутствуют в действующей Номенклатуре медицинских услуг. Зато появилась возможность не прятать названия реальных операций по созданию диализного доступа за эвфемизмами вроде «артериализации русла». Хотя различных операций в списке обозначено достаточно много, все это – практически единственная КСГ - 113 («Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа») с приемлемым для большинства операций коэффициентом относительной затратоёмкости – 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. Только имплантация ПД катетера отнесена к КСГ 271 «Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) с коэффициентом затратоёмкости 1,19 (26 тысяч, - тут экономичность зависит от политики поставщиков катетеров).

Таблица 3. Сопоставление услуг и КСГ для диализного доступа. Выдержка из таблицы Детальный группировщик файла [«Группировщик КС 16.12»](#)

A11.30.025	Замена удлинителя катетера для перитонеального диализа	113
A11.30.026	Реинтеграция катетера для перитонеального диализа с использованием видеоэндоскопических технологий	113
A16.12.026.024	Баллонная ангиопластика сосудистого доступа для экстракорпорального диализа	113
A16.12.028.018	Стентирование сосудистого доступа для экстракорпорального диализа	113
A16.12.055.003	Чрезкожная ангиопластика сосудистого доступа для диализа	113
A16.12.071	Бужирование сосудов для доступа экстракорпорального диализа	113
A16.12.072	Имплантация сосудистого трансплантата (сосудистого доступа) для диализа	113
A16.12.073	Закрытие сосудистого трансплантата (сосудистого доступа) для диализа	113
A16.12.074	Удаление сосудистого трансплантата (сосудистого доступа) для диализа	113
A16.30.021	Имплантация катетера для перитонеального диализа	271
A16.30.077	Удаление катетера для перитонеального диализа	113

Обратите внимание, что в действующей редакции приказа МЗ РФ от 27 декабря 2011 г. N 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (изменен приказом МЗ от 10.12.2014 № 813н) [8] **таких услуг пока нет.**

Сопоставление услуг из Номенклатуры медицинских услуг и КСГ представлено в сопровождающем письмо файле Excel «Группировщик_КС_16.12»

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

В основной текст Методических рекомендаций 2015 переместились из прошлогоднего отдельного письма ФФ ОМС от 18.12.14 [9] комментарии, конкретизирующие некоторые общие положения для проведения диализа в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (п. 5.4 Раздела I Методических рекомендаций):

«Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. 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.» (Эти же положения повторены в [«Инструкции...» от 22.01.2016 \[10\]](#)).

В том же разделе 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.»

Раздел 7 [«Инструкции по группировке случаев...» \[10\]](#) также определяет, что

*«Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния [например, ОПП - А.3.], входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием **закономерного** прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи целесообразно оплачивать по двум КСГ.»*

Раздел 8 [«Инструкции по группировке случаев...»](#) [10] конкретизирует рекомендуемый перечень случаев, для которых тарифным соглашением региона РФ установлены КСЛП (коэффициент сложности лечения пациента) – Приложение 3 к Рекомендациям 2016. Среди этих состояний могут быть: сахарный диабет I и II, типов, состояния после трансплантации органов и (или) тканей и некоторые сочетания видов лечения.

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 неразрешенной 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 объёмом 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, гемодиафильтрация, 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 – А.3.].

«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.»

Такая оговорка в отношении коэффициента дифференциации сделана в соответствии с его назначением:

«Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.»

Для стоимости сеансов заместительной почечной терапии в качестве услуг, дополнительно выставляемых 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 Методических рекомендаций, 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 (КПГ), а при проведении в амбулаторных условиях обеспечиваются за счет иных источников (средств бюджета).

Используя термин «заместительная почечная терапия», два рассмотренных документа связывают, тем не менее, с системой КСГ только диализ. Трансплантация почки финансируется, как и некоторые другие виды ВТМП, по нормативам, установленным Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 N 1382 [5] "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" (Таблица 4 в Приложении 2).

Заслуживает упоминания еще два рекомендованных показателя в Письме МЗРФ от 21.12.15 № 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 дней на 1000 жителей в год, в том числе, 8,7 дней – для взрослых) (Приложение 4 к письму) [7]. На прежнем уровне воспроизведено рекомендуемое значение показателей нагрузки на одну должность врача в многопрофильной больнице – 12 коек на 1 врачебную должность (Приложение 8) [7].

Таким образом, мы получили значительно более продвинутый подход к системе оплаты лечения диализом, чем тот, который недавно обсуждался на заседании Профильной комиссии Минздрава России по нефрологии (12.11.2015), когда все

фактически сводилось к единственной КСГ98 (образца 2015 года). Тем не менее, Рекомендаций 2016, 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.

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 (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости 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 затратоемкости - устанавливаемый *настоящими рекомендациями* коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке

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

Таблица 4. Источники финансирования некоторых видов ВТМП, финансируемых ФФ ОМС через Терфонды и через федеральный бюджет вне системы КСГ/КПГ – по нормативам, установленным [Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 N 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год"](#)

из Раздела I. Перечень видов ВТМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета ФФ ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС					сумма
37. Терапевтическое лечение сосудистых осложнений сахарного диабета (нефропатии, диабетической стопы, ишемических поражений сердца и головного мозга), включая заместительную инсулиновую терапию системами постоянной подкожной инфузии	E10.2, E10.7, E11.2, E11.7	сахарный диабет 1 и 2 типа с поражением почек и множественными осложнениями	терапевтическое лечение	комплексное лечение, включая молекулярно-генетическую диагностику, многокомпонентную заместительную терапию гломерулярных поражений при сахарном диабете (диабетическая нефропатия), проведение диализа	164122
из Раздела II. Перечень видов ВТМП, не включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из ФФ ОМС в виде иных межбюджетных трансфертов					
55. Трансплантация почки	N18.0, N04, T86.1	терминальная стадия поражения почек. Врожденный нефротический синдром. Отмирание и отторжение трансплантата почки	хирургическое лечение	трансплантация почки	840220
64. 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	хирургическое лечение опухолевых образований паращитовидных желез (парааденомэктомия, удаление эктопически расположенной парааденомы, тотальная парааденомэктомия с аутотрансплантацией паращитовидной железы в мышцы предплечья с применением интраоперационного ультразвукового исследования, выделением возвратного нерва, интраоперационным определением динамики уровня паратиреоидного гормона и предоперационной кальцийснижающей подготовкой, включающей применение кальцимиметиков, программным гемодиализом у пациентов с ХБП	93280

1. Письмо МЗ РФ № 11-9/10/2-7938 и ФФ ОМС 8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Health care Ministry and Federal Fund for CHI Directive 11-9/10/2-7938 / 8089/21-и (24.12.2015) “ O metodicheskikh rekomendatciakh po sposobam oplaty` meditsinskoj` pomoshchi za schet sredstv obiazatel`nogo meditsinskogo strahovaniia”. ([text](#)) ([pdf](#))
2. Письмо МЗ от 15 декабря 2014 года (№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 клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования». Health care Ministry Directive «Rekomendacii po sposobam oplaty` spetsializirovannoi` meditsinskoj` pomoshchi v statcionarny`kh usloviiah i v usloviiah dnevnogo statcionara na osnove grupp zabolevanii`, v tom chisle cliniko-statisticheskikh grupp (KSG) i cliniko-profil`ny`kh grupp (KPG), za schet sredstv sistemy` obiazatel`nogo meditsinskogo strahovaniia». ([text](#)) ([pdf](#))
3. Приказ ФФ ОМС от 14 ноября 2013 г. N 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 клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования". Federal Fund for CHI Order #229 (14.11.2013) “Ob utverzhenii "Metodicheskikh rekomendacii` po sposobam oplaty` spetsializirovannoi` meditsinskoj` pomoshchi v statcionarny`kh usloviiah i v dnevny`kh statcionarakh na osnove grupp zabolevanii`, v tom chisle cliniko-statisticheskikh grupp (KSG) i cliniko-profil`ny`kh grupp (KPG) za schet sredstv sistemy` obiazatel`nogo meditsinskogo strahovaniia". ([text](#))
4. Земченков А.Ю. Заместительная почечная терапия в новых нормативных документах. *Нефрология и Диализ*. 2014; 16(4): 414-417. Renal replacement therapy in new legislative documents. *Nephrology and Dialysis*. 2014; 16(4): 414-417. ([pdf](#))
5. Постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. N 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год". Government Resolution #1382 (19.12.2015) " O Programme gosudarstvenny`kh garantii` besplatnogo okazaniia grazhdanam meditsinskoj` pomoshchi na 2016 god".([text](#)) ([pdf](#))
6. Письмо МЗ РФ от 12.12.14 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на период 2016 и 2017 годов». Health care Ministry Directive #11-9/10/2-9388 (12.12.2014) “O formirovanii i e`konomicheskom obosnovanii territorial`noi` programmy` gosudarstvenny`kh garantii` besplatnogo okazaniia grazhdanam meditsinskoj` pomoshchi na 2015 god i na period 2016 i 2017 godov”. ([pdf](#))
7. Письмо МЗ РФ от 21.12.15 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». Directive #11-9/10/2-7796 (21.12.2015) “O formirovanii i e`konomicheskom obosnovanii territorial`noi` programmy` gosudarstvenny`kh garantii` besplatnogo okazaniia grazhdanam meditsinskoj` pomoshchi na 2016 god”. ([text](#)) ([pdf](#))
8. Приказ МЗ РФ от 27 декабря 2011 г. N 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг в ред. Приказов МЗ РФ от 28.10.2013 N 794н и от 10.12.2014 N 813н. Health care Ministry Order #1664н (27.12.2015) «Ob utverzhenii nomenclatury` meditsinskikh uslug». ([text](#))
9. Письмо ФОМС от 18.12.14 № 56/38/21-3/н «О дополнении к методическим рекомендациям». Federal Fund for CHI Directive #56/38/21-3/н (18.12.14) ([text](#)) ([pdf](#))
10. Письмо ФОМС от 22.01.2016 г. №362/21-3/и о направлении расшифровки групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара и Инструкции по группировке случаев ([письмо](#)) ([инструкция](#))