

Таким образом, разработаны механизмы повышения качества лечебно-профилактического процесса и предоставляемого лечения. Реформы в системе здравоохранения постепенно ведут к:

- повышению доступности и качества медицинской помощи;
- раннему выявлению и предотвращению роста заболеваемости;
- формированию у населения культуры здоровья / здорового образа жизни;
- улучшению состояния здоровья населения России.

Это способствует увеличению продолжительности жизни, росту рождаемости и снижению смертности.

Литература

1. Постановление правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». - <http://base.garant.ru/70643470>.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». - <http://base.garant.ru/12191967>.

Манухина Е.В., Борисова Н.В., Музычук С.И.

МОДЕРНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, г. Рязань

Манухина Елена Васильевна - зам. директора по медицинским вопросам; manuxina.ev@tfoms-rzn.ru,

Борисова Наталья Викторовна - начальник отдела мониторинга территориальной программы ОМС; borisova.nv@tfoms-rzn.ru,

Музычук Светлана Ивановна - начальник сектора отдела мониторинга территориальной программы ОМС; muzychuk.si@tfoms-rzn.ru.

Резюме. С 2013 г. в Рязанской области специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оплачивается на основе клинико-статистических групп болезней. Это способствовало сокращению средней по региону длительности госпитализации на 5,6 дня, позволило оптимизировать коечную сеть в разрезе профилей медицинской помощи в соответствии с потребностью населения и упростить систему планирования медицинской помощи.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, клинико-статистическая группа болезней.

MODERNIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE AT A REGIONAL LEVEL

Abstract. modernization of the Inpatient specialized medical care is paid on the basis of diagnosis-related groups of diseases in the Ryazan region since 2013. This fostered reduction in regional average length of hospitalization by 5.6 days, allowed to optimize bed network in terms of medical care profile according to population needs and to simplify care planning system.

Key words: specialized medical care, diagnosis-related group of diseases.

В России, согласно вектору повышения качества и доступности медицинской помощи, совершенствовалась ее оплата, с внедрением прогрессивных способов, обеспечивающих эффективное использование средств обязательного медицинского страхования. Один из прогрессивных способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара и стационарно, – это оплата на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ), формируемых из заболеваний, относящихся к одному профилю (специальности), имеющих сходные методы лечебно-диагностического процесса и сходную среднюю ресурсоемкость (стоимость, структуру затрат и используемых ресурсов). Принцип данного способа заключается в оплате за результат лечения единицы объема медицинской помощи (законченный случай) с учетом ресурсных затрат: «большая оплата за больший объем работы», за более квалифицированный труд специалистов и лечение более сложных случаев. Министерством здравоохранения РФ совместно с ФОМС для унификации подходов утверждены Методические рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи, принципы которых легли в основу работы, проведенной в Рязанской области.

На их основании в медицинских организациях Рязанской области с 01.01.2013 г. была внедрена в первую очередь оплата специализированной медицинской помощи, оказанной стационарно, за законченный случай лечения с агрегированием нозологических форм по этиолого-патогенетическому и стоимостным параметрам КСГ.

Первоначально при формировании КСГ с целью дифференциации стоимости лечения в качестве основного признака учитывался профиль нозологии: терапевтический или хирургический; в качестве дополнительного признака – возраст: дети и взрослые (лица в возрасте старше 17 лет). При этом к хирургическим отнесены КСГ при выполнении оперативных вмешательств, учет которых ведется медицинскими организациями, согласно номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 г. № 1664н.

Однако, формирование стоимости КСГ осуществлялось на основе стоимости тарифных групп по профилям с применением в отношении хирургических КСГ повышающего коэффициента оперативного вмешательства.

Совместным приказом Минздрава Рязанской области и ТФОМС Рязанской области от 29.12.2012 № 1913/469 было утверждено 1 467 КСГ для оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной стационарно. В течение 2013 г. совместно с главными внештатными специалистами Минздрава Рязанской области осуществлялось изменение агрегирования нозологических форм в КСГ. Итогом явилось уменьшение количества КСГ до 1 208 по состоянию на 01.01.2014 г. (приказ Минздрава Рязанской области и ТФОМС Рязанской области от 26.12.2012 г. № 1813/366).

Приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 г. № 229 утверждены рекомендации, определившие иной алгоритм формирования и оплаты специализированной медицинской помощи по КСГ. Оплата медицинской помощи в условиях стационара также осуществляется по стоимости законченного случая госпитализации, входящего в соответствующую КСГ, но технология формирования стоимости КСГ основывается на стоимости медицинских технологий (мероприятий), необходимых для достижения наилучшего результата лечения пациента, и не зависит от длительности госпитализации. Стоимость КСГ определяется произведением базовой ставки финансирования, коэффициента затратоемкости КСГ и поправочных коэффициентов.

Под базовой ставкой финансирования специализированной медицинской помощи понимается средний объем финансового обеспечения в расчете на 1 пролеченного больного. Коэффициент затратоемкости КСГ устанавливается на федеральном уровне и определяется как отношение затратоемкости КСГ к базовой ставке финансирования. Решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС с учетом дополнительных критериев утверждаются поправочные коэффициенты: коэффициент уровня/подуровня оказания специализированной медицинской помощи и управленческий коэффициент выравнивания.

В 2014 г. в Рязанской области осуществлялся пилотный проект по переходу с оплаты по региональным КСГ на оплату по федеральным КСГ, в рамках которого происходило «погружение» 1 208 КСГ регионального уровня в 258 федеральных КСГ. С 01.01.2015 оплата специализированной медицинской помощи, оказанной стационарно, в Рязанской области осуществлялась по КСГ на основе ежегодно утверждаемых рекомендаций Минздрава России и Федерального фонда ОМС.

За 2015-2017 гг. увеличилось количество установленных КСГ (2015 г. – 258; 2016 г. – 308; 2017 г. – 315). С 2016 г. медицинская по-

мощь по профилю «медицинская реабилитация» оплачивается в рамках КСГ, а не по койко-дням, как в 2015 г. Из года в год совершенствуется как наполнение клинико-статистических групп, которые предусматривают все многообразие лечебных и диагностических технологий, так и методика расчета базовой ставки и коэффициентов. Кроме того, изменения коэффициентов затратоемкости КСГ все более отражают реальные затраты по выделенным группам заболеваний.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, с 2016 г. в Рязанской области также осуществляется по КСГ, включая акушерско-гинекологическую помощь с применением репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение). При этом отдельно оплачивается гемодиализ.

В Рязанской области при формировании механизма определения стоимости КСГ осуществлялся переход от индивидуальных коэффициентов (коэффициентов выравнивания) к коэффициентам подуровня через групповые коэффициенты. В связи с тем, что при формировании коэффициентов подуровней в рамках одного уровня прогнозировалось резкое снижение (на 40-60%) финансового обеспечения отдельных медицинских организаций, работающих в системе ОМС, комиссией по разработке территориальной программы ОМС принято решение о постепенном переходе к рекомендуемым значениям коэффициентов.

Расчет коэффициентов уровня для медицинских организаций Рязанской области, оказывающих специализированную медицинскую помощь в течение 2015-2016 гг. в условиях стационара и дневного стационара, производился экспертным методом – путем математической группировки значений коэффициентов в рамках одного уровня. Поэтапное приведение коэффициентов подуровня в соответствие с рекомендациями осуществляется на основе проводимых Минздравом Рязанской области структурных преобразований больничной сети: маломощные ЦРБ в 2016 г. вошли в состав крупных (кустовых) больниц, выполняющих функции межрайонных центров как структурные подразделения, что определило положительные изменения коэффициентов подуровней и количества медицинских организаций в уровне.

В 2017 г. в рамках каждого уровня сформировано до 5 подуровней, что соответствует требованиям рекомендаций. Группировка в пять подуровней с поэтапными изменениями коэффициентов для каждой медицинской организации позволяют сохранить финансовый баланс в целом по региону, не снижая уровень финансирования каждой медицинской организации более, чем на 10%. На 2017 г. запланирована реструктуризация лечебной сети на основе оптимизации потоков (маршрутизации) больных, обеспечения доступности и качества медицинской помощи, эффективности расходования средств ОМС в части оказания специализированной медицинской помощи стационарно и в

условиях дневного стационара, что позволит привести значения коэффициентов к установленным рекомендациями.

При оплате законченных случаев лечения по КСГ медицинские организации проводят догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях, что привело к уменьшению сроков госпитализации в среднем по региону на 5,6 дня. Так, средняя длительность госпитализации, по данным отчетных форм, в 2012 г. – 14,9 дня; в 2013 г. – 10,6; в 2014 г. - 10,1; в 2015 г. - 9,6; и в 2016 г. - 9,3. Кроме того, переход на оплату специализированной медицинской помощи по КСГ в Рязанской области позволил ежегодно оптимизировать коечную сеть в разрезе профилей медицинской помощи в соответствии с потребностью населения по территориальному признаку.

Внедрение принципа оплаты медицинской помощи на основе КСГ позволило: упростить систему планирования и оплаты специализированной медицинской помощи; обеспечить предсказуемость затрат финансирующей стороны в рамках плановых объемов специализированной медицинской помощи; снизить «разброс» затрат на специализированную медицинскую помощь, оказываемую однотипными медицинскими организациями; обеспечить управление расходами в медицинских организациях; скорректировать темпы изменений госпитализированной заболеваемости; стимулировать внедрение прогрессивных технологий и клинических рекомендаций (протоколов лечения), обеспечив повышение качества и доступности медицинской помощи за счет эффективного расходования средств ОМС.

Маркелова Е.Н., Перепелкина Н.Ю.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Маркелова Елена Николаевна – аспирант;
markelova.lena@mail.ru,

Перепелкина Наталья Юрьевна - д.м.н., профессор,
зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2;
np_oz_zo@mail.ru.

Резюме. Представлена динамика заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения за 2011-2015 гг. в Оренбургской области. Заболеваемость взрослого населения увеличилась на 12,6%, а смертность снизилась на 7,9%.