

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.02.007

Анализ влияния оказываемой медицинской организацией специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС на структуру затрат медицинской организации (на примере Белгородской области)

Оксана Юрьевна Александрова¹, Никита Сергеевич Веселов², Ольга Владимировна Царева³

^{1–2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

³Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, г. Москва, Российская Федерация

¹aou18@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7246-4109>

²nsveselov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-4197-4710>

³otsareva@ffoms.gov.ru

Аннотация. В статье проведен сравнительный анализ сведений об оплаченной за счет средств обязательного медицинского страхования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. На примере Белгородской области выявлены объективные параметры медицинских организаций, приводящие к обоснованному увеличению среднего объема расходов средств обязательного медицинского страхования в расчете на один случай лечения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование (ОМС), клинко-статистические группы заболеваний (КСГ)

Для цитирования: Александрова О. Ю., Веселов Н. С., Царева О. В. Анализ влияния оказываемой медицинской организацией специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС на структуру затрат медицинской организации (на примере Белгородской области) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 2. С. 39–43. doi:10.69541/NRIPH.2025.02.007.

Original article

Analysis of the impact of specialized medical care provided by a medical organization within the obligatory medical health insurance program on the cost structure of a medical organization (using the example of the Belgorod region)

Oxana Yu. Alexandrova¹, Nikita V. Veselov², Olga V. Tsareva³

^{1–2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

³The Federal Fund for Mandatory Medical Insurance, Moscow, Russian Federation

¹aou18@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7246-4109>

²nsveselov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-4197-4710>

³otsareva@ffoms.gov.ru

Annotation. The article provides a comparative analysis of information on specialized medical care provided at the expense of mandatory medical insurance. Using the example of the Belgorod region, objective parameters of medical organizations have been identified, leading to a reasonable increase in the average amount of expenses of compulsory medical insurance funds per case of treatment.

Key words: Mandatory Medical Insurance, Diagnostic-Related Groups (DRG)

For citation: Alexandrova O. Yu., Veselov N. S., Tsareva O. V. Analysis of the impact of specialized medical care provided by a medical organization within the obligatory medical health insurance program on the cost structure of a medical organization (using the example of the Belgorod region). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(2):39–43. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.02.007.

Введение

Начиная с 2021 года модель клинко-статистических групп заболеваний (далее — КСГ) устанавливается Правительством Российской Федерации в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с частью 3.1. статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Таким образом, модель КСГ, которая до этого формировалась Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — ФОМС) и направлялась в адрес руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальных фондов ОМС в составе Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, становится обязательной для использования при оплате ме-

дицинской помощи за счет средств ОМС не только при оплате медицинской помощи ФОМС в федеральных медицинских организациях в рамках базовой программы ОМС, но и при реализации территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации.

Несмотря на установление модели КСГ на федеральном уровне, фактическая стоимость КСГ, используемая при оплате медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, не является фиксированной и определяется на основе установленных тарифным соглашением субъекта Российской Федерации параметров, перечень которых закреплен Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утверждаемыми приказом Минздрава России.

Вместе с тем, ряд российских исследователей отмечали сохранение проблемы дифференциации размера тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, несмотря на использование при оплате единой модели КСГ, установленной на федеральном уровне[1].

Главным параметром, характеризующим объем затрат медицинских организаций при оплате по КСГ, является коэффициент относительной затратоемкости, который напрямую зависит от выбранной для оплаты КСГ и используется для определения стоимости случая лечения. Из-за различий коэффициентов относительной затратоемкости у разных КСГ медицинские организации, оказывающие различную медицинскую помощь, получают средства ОМС в размере, позволяющем в среднем обеспечить возмещение всех расходов, включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС.

Кроме коэффициентов относительной затратоемкости существенный вклад в дифференциацию стоимости КСГ (даже в пределах одного субъекта Российской Федерации) вносит применение коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации. Значение указанного коэффициента в 2021 году в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения» могло составлять от 0,8 до 1,4, в связи с чем использование данного коэффициента могло приводить к дифференциации стоимости аналогичных КСГ до 75% в пределах одного субъекта Российской Федерации. При этом объективные критерии и порядок расчета значений коэффициентов подуровня медицинской организации на федеральном уровне не установлены.

Материалы и методы

Проведен анализ сведений о расходовании средств ОМС всеми медицинскими организациями, участвовавшими в оказании медицинской помощи в стационарных условиях в рамках реализации территориальной программы ОМС Белгородской области в 2021 году.

При подготовке настоящей статьи использовались сведения об оплаченной медицинской помощи, сбор которых осуществляется ФОМС, сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями, собираемые в рамках форм статистического наблюдения, а также тарифные соглашения Белгородской области, действовавшие в рассматриваемом периоде.

В целях недопущения нарушения требований подпункта 9 статьи 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» наименования медицинских организаций, сведения о которых использовались при подготовке настоящей статьи, обезличены и представлены в статье в формате «МО1», «МО2» и т. д.

В работе использованы методы: аналитический, статистический.

Результаты

В ходе сравнения сведений о фактическом объеме расходования средств ОМС в расчете на одну госпитализацию медицинских организаций разных уровней (рисунок 1), авторами выявлено, что при среднем объеме расходов (определение «среднего объема расходов» осуществлялось путем деления объема средств, который в соответствии со сведениями о расходовании средств ОМС был направлен медицинскими организациями на оказание медицинской помощи в стационарных условиях, на количество оказанных в рамках территориальной программы ОМС госпитализаций), в Белгородской области в расчете на 1 случай госпитализации в течение 2021 года в размере 45,4 тыс. руб., соответствующий объем расходов составил:

- в медицинских организациях первого уровня — 25,7 тыс. руб. (от 14,4 до 50,8 тыс. руб.; медиана — 18,8 тыс. руб.);
- в медицинских организациях второго уровня — 37,8 тыс. руб. (от 17,6 до 57,2 тыс. руб.; медиана — 31,4 тыс. руб.);
- в медицинских организациях третьего уровня — 57,6 тыс. руб. (от 41,7 до 133,2 тыс. руб.; медиана — 62,3 тыс. руб.).

Таким образом, несмотря на довольно сильную зависимость среднего объема расходов медицин-

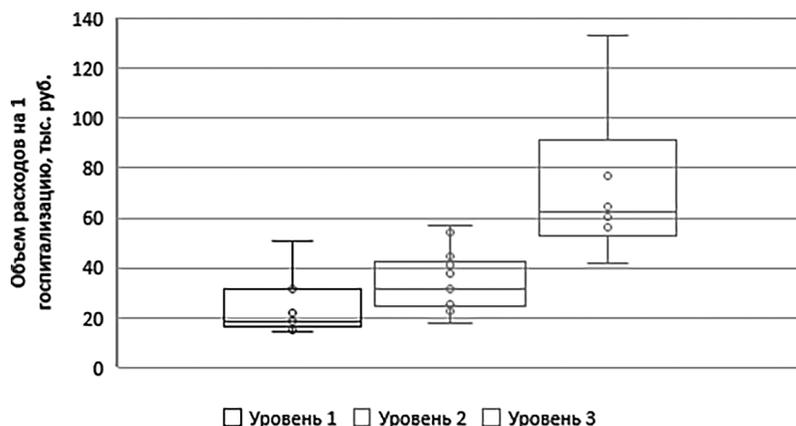


Рис. 1. Объем расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях в зависимости от уровня медицинской организации.

ской организации в расчете на 1 госпитализацию от уровня медицинской организации, в каждом из трех уровней встречаются медицинские организации, объем расходов в расчете на 1 госпитализацию в которых существенно отклоняется от среднего значения по соответствующему уровню.

Основной интерес, по мнению автора представляют медицинские организации, которые наиболее сильно выбиваются из общего массива медицинских организаций соответствующего уровня.

Одной из таких медицинских организаций является медицинская организация 2 уровня «МО2», средний объем расходов в расчете на госпитализацию составил 57,2 тыс. руб., что практически соответствует среднему объему затрат для медицинских организаций 3 уровня.

Для того, чтобы определить причину таких различий в среднем объеме затрат, рассмотрим более детально медицинскую помощь, оказываемую «МО2» в сравнении с иными медицинскими организациями 2 уровня. Учитывая, что медицинские организации 2 уровня не оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, для указанных целей автором будет использоваться значение среднего сложившегося коэффициента относительной затратоемкости КСГ в стационарных условиях, используемых для оплаты медицинской помощи в «МО2» в 2021 году. Коэффициент относительной затратоемкости напрямую влияет на стоимость КСГ и отражает особенности затрат, которые медицинская организация несет при оказании медицинской помощи, входящей в соответствующую КСГ.

Действительно, в сравнении со средним значением коэффициента относительной затратоемкости, сложившегося по медицинским организациям 2 уровня (2,23), среднее значение коэффициента относительной затратоемкости в «МО2» составило 3,83, что превышает среднее значение 2 уровня на 72%.

Вместе с тем, автором отмечается, что при аналогичном сравнении средней стоимости КСГ в стационарных условиях среди медицинских организаций 2 уровня, сложившейся при оплате медицинской помощи за счет средств ОМС, средняя стоимость в «МО2» составила 69,6 тыс. руб., что также существенно выше средней стоимости КСГ по медицинским организациям 2 уровня (42,2 тыс. руб.).

Таким образом, более высокий объем затрат в «МО2» в расчете на 1 госпитализацию в сравнении с иными медицинскими организациями 2 уровня обусловлен оказанием в «МО2» в среднем более затратоемкой медицинской помощи по сравнению с иными медицинскими организациями 2 уровня.

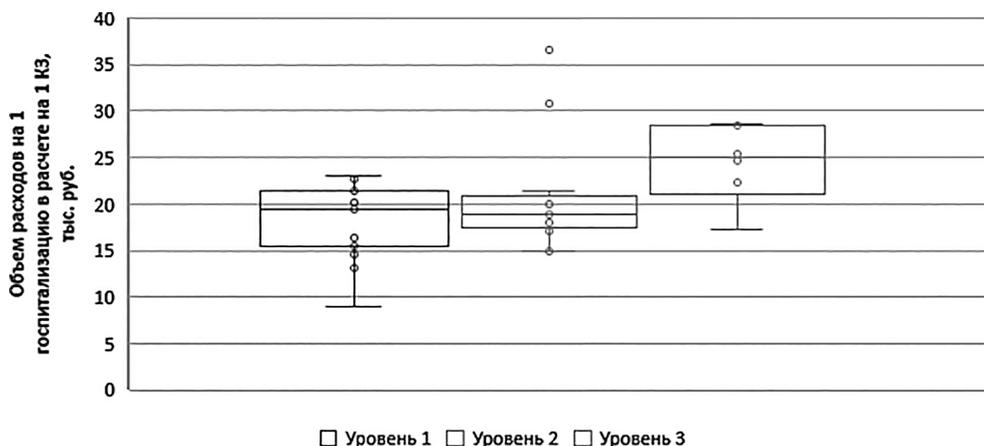


Рис. 2. Объем расходов в расчете на 1 КЗ на оказание медицинской помощи в стационарных условиях в зависимости от уровня медицинской организации.

Учитывая изложенное, описанная выше аномалия в виде отклонения среднего объема затрат в «МО2» по большей части объясняется структурой оказываемой данной медицинской организацией медицинской помощи и не свидетельствует о том, что затраты «МО2» принципиально отличаются от иных медицинских организаций 2 уровня.

В целях поиска иных параметров, которые имеют устойчивое влияние на расходы медицинских организаций, за исключением коэффициента относительной затратоемкости введем параметр, который исключает влияние коэффициента относительной затратоемкости КСГ — объем затрат в расчете на 1 случай, деленный на сложившееся среднее взвешенное значение коэффициента относительной затратоемкости.

Для того, чтобы сравнивать сопоставимые величины в том числе по медицинским организациям 3 уровня, оплата медицинской помощи в которых осуществляется не только с использованием модели КСГ, но и по нормативам финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи, для расчета вышеуказанного параметра из объема расходов и объема госпитализаций медицинских организаций 3 уровня автором будет исключен объем средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, и объем случаев высокотехнологичной медицинской помощи, сведения о которых также отражаются в статистических формах.

Указанный объем расходов в расчете на 1 КЗ представлен на рисунке 2. На рисунке отчетливо видно, что соответствующий объем расходов в медицинских организациях 3 уровня в расчете на 1 КЗ в среднем превышает аналогичный параметр в медицинских организациях 1 и 2 уровня. Соответствующий объем расходов составил:

- в медицинских организациях первого уровня — 17,2 тыс. руб. (от 9,0 до 23,0 тыс. руб.; медиана — 19,4 тыс. руб.);
- в медицинских организациях второго уровня — 18,1 тыс. руб. (от 15,0 до 36,6 тыс. руб.; медиана — 18,9 тыс. руб.);

Сведения о медицинской помощи, оказанной отдельными медицинскими организациями второго уровня

Медицинская организация	Количество случаев оказания МП	Средний объем расходов в расчете на 1 случай	СКЗ	Средняя длительность
МО24	1 229	31,4	0,859	13,37
МО25	3 180	44,4	1,438	17,72
Иные МО 2 уровня (в среднем по 11 МО)	7 474,3	37,6	2,281	9,97

— в медицинских организациях третьего уровня — 23,4 тыс. руб. (от 17,2 до 28,6 тыс. руб.; медиана — 25,0 тыс. руб.).

По результатам анализа сведений, представленных на рисунке 2, считаем возможным сделать вывод, что факт оказания высокотехнологичной медицинской помощи, являющийся в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Минздрава России, критерием отнесения медицинской организации к третьему уровню, действительно оказывает устойчивое влияние на объем расходов медицинских организаций, связанный с оказанием специализированной медицинской помощи, что подтверждается сведениями о расходах медицинских организаций.

При этом существенная дифференциация соответствующего объема расходов между медицинскими организациями первого и второго уровня авторами не отмечается, а медианное значение среди медицинских организаций первого уровня (19,4 тыс. рублей) даже незначительно превышает медианное значение среди медицинских организаций второго уровня (18,9 тыс. рублей).

Вместе с тем из всех медицинских организаций второго уровня, сведения о расходах которых представлены на рисунке 2, существенно выделяются 2 медицинские организации:

- «МО25», объем расходов в расчете на 1 КЗ в которой составил 30,87 тыс. руб.;
- «МО24», объем расходов в расчете на 1 КЗ в которой составил 36,57 тыс. руб.

Учитывая существенное отклонение затрат указанных медицинских организаций от затрат иных медицинских организаций второго уровня, рассмотрим их подробнее, сравнив, в первую очередь, общие параметры оказываемой медицинской помощи — количество случаев лечения, средний объем расходов в расчете на 1 случай, среднее значение коэффициента относительной затратноемкости (СКЗ), а также среднюю длительность лечения.

Таким образом, для обеих указанных медицинских организаций характерен объем расходов в расчете на 1 случай, который в целом соответствует среднему объему расходов по иным 11 медицинским организациям 2 уровня (37,6 тыс. руб.).

При этом средний объем расходов в расчете на 1 КЗ по указанным МО существенно выше иных 11 медицинских организаций 2 уровня, что главным образом объясняется:

- сложившимся значением СКЗ ниже иных медицинских организаций 2 уровня, что при со-

поставимом уровне расходов в расчете на 1 случай приводит к росту объема расходов в расчете на 1 КЗ;

- средней длительности выше иных медицинских организаций 2 уровня, что имеет существенное значение в условиях действующих способов оплаты «за случай оказания медицинской помощи»;
- количеством случаев оказания медицинской помощи ниже иных медицинских организаций 2 уровня, что при прочих равных условиях может приводить к увеличению объема расходов в расчете на 1 случай за счет эффекта масштаба.

Обсуждение

В ходе поиска возможной причины превышения средней длительности случая лечения в МО24 и МО25 над иными медицинскими организациями 2 уровня выявлено, что доля случаев медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в МО24 и МО25 составляет 100%, при этом медицинская помощь в условиях дневного стационара в рамках обязательного медицинского страхования в указанных медицинских организациях не оказывалась.

МО24 и МО25 являлись единственными медицинскими организациями на территории Белгородской области с такими особенностями. Кроме указанных медицинских организаций медицинскую реабилитацию в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Белгородской области оказывали 4 медицинские организации, причем доля случаев медицинской реабилитации, оплаченных в МО24 и МО25 составила 76,1% от всего объема медицинской помощи по указанному профилю в течение года, а доля случаев по профилю «медицинская реабилитация» в общем объеме случаев лечения в остальных 4 медицинских организациях составила не более 27,3%.

Считаем необходимым отметить, что объем расходов в расчете на 1 КЗ, сведения о котором представлены на рисунке 2, в каждой из 6 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», превышал соответствующий объем расходов, сложившийся в целом по медицинским организациям соответствующего уровня.

При этом в соответствии с действующими Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения ко второму уровню относятся в том числе медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры. Вместе с тем, для МО24 и МО25 Тарифным соглашением Белгородской области на 2021 год были установлены максимально возможные в соответствии с Тре-

бованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения значения коэффициента подуровней — 1,2, что позволяет дополнительно увеличивать объем средств, получаемый указанными медицинскими организациями на 20%.

Заключение

Несмотря на то, что при сравнении объема расходования средств ОМС в расчете на 1 госпитализацию (см. рисунок 1) указанные медицинские организации не выделялись, по результатам выполненного анализа выявлены объективные критерии, которые приводят к увеличению объема расходов в расчете на единицу КЗ для медицинских организаций, преобладающая доля случаев в структуре оказания медицинской помощи в которых приходится на медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация»:

- сравнительно невысокое значение сложившегося СКЗ в сравнении с иными медицинскими организациями 2 уровня, что при сопоставимом уровне расходов в расчете на 1 случай приводит к росту объема расходов в расчете на 1 КЗ;
- превышение средней длительности случая лечения по профилю «медицинская реабилитация» над средней длительностью лечения в целом по всей оказываемой медицинской помощи, что имеет существенное значение в условиях действующих способов оплаты «за случай оказания медицинской помощи»;
- меньшее количество случаев оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих только медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация» по сравнению с иными медицинскими организациями 2 уровня, что при прочих равных условиях приводит к увеличению объема расходов в расчете на 1 случай за счет эффекта масштаба.

Указанные особенности, в свою очередь, влияют на необходимость возмещения затрат в объеме на

1 КЗ в размере, превышающем среднее значение коэффициента уровня медицинской организации 2 уровня, установленное Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения (среднее значение — 1,05; максимально возможное значение — 1,2).

Таким образом, по результатам проведенного анализа на примере медицинских организаций Белгородской области выявлено, что существенная доля оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», приводит к возникновению обоснованной необходимости установления повышающих коэффициентов подуровня для соответствующих медицинских организаций. Таким образом, по нашему мнению, оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» следует считать одним из объективных критериев, приводящим к увеличению объема затрат медицинских организаций в расчете на 1 КЗ, вследствие чего указанные сведения могут быть использованы в целях обоснования установления повышающего коэффициента подуровня для соответствующих медицинских организаций.

Вместе с тем, учитывая, что медианные значения объема расходов в расчете на 1 КЗ в медицинских организациях Белгородской области оказались крайне близки, на лицо наличие иных требований. Данные предпосылки требуют более подробной проработки в ходе подготовки нормативных правовых актов и рекомендаций в сфере оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шишкин С. В., Понкратова О. Ф. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2021;(1):75—99.

REFERENCES

1. Shishkin, S.V. & Ponkratova, O. F. Territorial Disparity between Tariffs for Medical Care in the Compulsory Health Insurance. *Public Administration Issues. [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]*. 2021;(1):75—99 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 03.02.2025; одобрена после рецензирования 02.04.2025; принята к публикации 20.06.2025. The article was submitted 03.02.2025; approved after reviewing 02.04.2025; accepted for publication 20.06.2025.