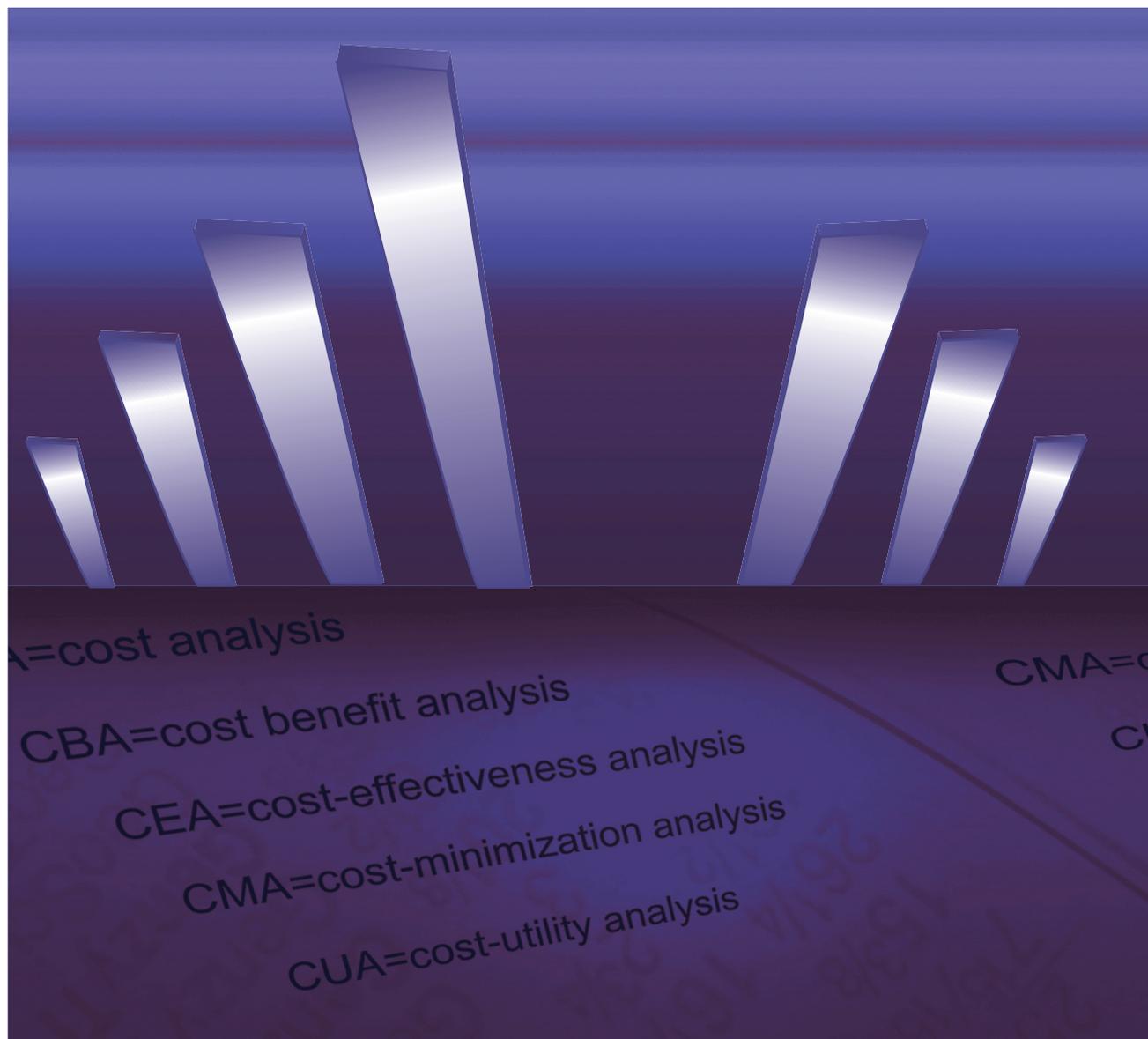


# Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2017 Vol. 10 No4

[www.pharmacoeconomics.ru](http://www.pharmacoeconomics.ru)

- Оценка фармакоэкономической целесообразности расширения практики применения профилактического подхода к терапии гемофилии А в Российской Федерации
- Международный опыт лекарственного обеспечения населения в амбулаторном секторе

№4 Том 10  
2017

# Подходы к формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с применением стандартов медицинской помощи

Ледовских Ю. А.<sup>1</sup>, Семакова Е. В.<sup>1,2</sup>, Авксентьева М. В.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, Москва

## Резюме

Согласно действующему законодательству стандарты медицинской помощи создают основу для формирования программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Структура стандарта обеспечивает возможность расчета затрат на реализацию ПГГ, однако опыт работы над стандартами показывает, что необходимо изменить подходы к их созданию и создавать стандарты на законченный случай лечения заболеваний. В статье предложены подходы к актуализации стандартов, способствующие совершенствованию методики расчета затрат, а также их гармонизации с системой оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний.

## Ключевые слова

Стандарт медицинской помощи, программа государственных гарантий (ПГГ), затраты на оказание медицинской помощи, клинико-статистические группы (КСГ).

Статья поступила: 20.10.2017 г.; в доработанном виде: 29.11.2017 г.; принята к печати: 21.12.2017 г.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

## Для цитирования

Ледовских Ю. А., Семакова Е. В., Авксентьева М. В. Подходы к формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с применением стандартов медицинской помощи. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2017; 10 (4): 53-60. DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.053-060.

## THE STATE GUARANTEES PROGRAM OF FREE MEDICAL CARE: APPROACHES TO STANDARDIZE THE COSTS OF MEDICAL CARE

Ledovskikh Yu. A.<sup>1</sup>, Semakova E. V.<sup>1,2</sup>, Avksent'eva M. V.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Centre of Expertise and quality control of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Federal State Educational Institution of Higher Professional Education, Moscow

<sup>3</sup> Research Financial Institution of the Ministry of Finance of the Russian Federation, Federal State Budget Institution, Moscow

## Summary

According to the current legislation, the standards of medical care lay the ground for the development of a program on state guarantees (SGP) to deliver free medical care to the citizens. While this standard provides an opportunity for calculating the costs of implementing the SGP, the past experience indicates the need for changes to produce new standards that would consider the "completed treatment" factor. The article proposes approaches to updating the standards and improving the methodology of cost calculation. In addition, this analysis is expected to help optimize the cost of medical care in various clinical and statistical groups.

**Key words**

Standard of medical care, program of state guarantees, cost of medical care, clinical and statistical groups.

Received: 20.10.2017; in the revised form: 29.11.2017; accepted: 21.12.2017.

**Conflict of interests**

The authors declare they have nothing to disclose regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

**For citation**

Ledovskikh Yu. A., Semakova E. V., Avksent'eva M. V. The state guarantees program of free medical care: approaches to standardize the costs of medical care. FARMAKOEKONOMIKA. Modern pharmacoepidemiology and pharmacoepidemiology. [FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya]. 2017; 10 (4): 53-60 (in Russian). DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.053-060.

**Corresponding author**

Address: Khokhlovskii per., 10-5, Moscow, Russia, 109028.

E-mail address: jledovskikh@gmail.com (Ledovskikh Yu. A.).

В статье 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] (далее – 323-ФЗ) определено, что программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи (порядки) и на основе стандартов медицинской помощи (стандарты), а также данных медицинской статистики. Исходя из порядков и стандартов также осуществляется страховое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС) [4].

Порядок определяет требования к маршрутизации пациентов, нормативам оснащённости медицинских организаций техникой и численности медицинского персонала. Стандарт же включает перечни медицинских услуг, лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека изделий, компонентов крови и пр. с указанием частоты и кратности их применения. Первые стандарты медицинской помощи в той форме, которую мы с некоторыми изменениями имеем сегодня, были разработаны в 2004 г. Их структура исходно была сформирована с целью обеспечения возможности расчета затрат на оказание медицинской помощи на их основе [2]. Предполагалось, что по мере разработки стандартов по всем основным заболеваниям можно будет оценить потребность в финансовом обеспечении здравоохранения.

Однако разработка стандартов оказалась намного более трудоемким и долговременным процессом, чем ожидалось. По результатам проведения аудита формирования и финансового обеспечения в 2013-2014 гг. и реализации в 2013 г. ПГГ и базовой программы ОМС Счетной палатой Российской Федерации было выявлено, что стандартами покрыто только 17,2% заболеваний, требующих стационарного лечения [5]. В заключении Счетной палаты говорилось о необходимости утверждения недостающих стандартов, расчета их стоимости и формирования на их основе финансового обеспечения ПГГ. Также было отмечено, что в отсутствие утвержденных стандартов не могут быть корректно сформированы клиничко-статистические группы заболеваний (КСГ), в соответствии с которыми с 2013 г. осуществляется оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара за счет средств ОМС.

После вынесенного заключения Счетной палаты Министерство здравоохранения Российской Федерации провело работу по разработке проектов стандартов и часть из них были утверждены, однако до сих пор утвержденных стандартов недостаточно для полного охвата всех нозологий.

Таким образом, отсутствие стандартов по ряду заболеваний расценивалось как основная проблема, затрудняющая кор-

ректный расчет финансовой потребности ПГГ. В то же время и сейчас среди врачей и организаторов здравоохранения продолжается спор по поводу целесообразности применения табличных стандартов в принципе и один из аргументов против этого – значительное число ошибок в них [1]. Следует признать, что до настоящего времени не было утверждено единой методики разработки стандартов, несмотря на неоднократные указания специалистов на необходимость ее создания. Одновременно по мере накопления опыта работы над стандартами пришло понимание, что некоторые методические подходы к их формированию должны быть пересмотрены.

На наш взгляд, если продолжать использовать стандарты для обоснования ПГГ, следует не только унифицировать подходы к разработке стандартов и расчету затрат на их основе, но и обеспечить согласование стандартов со способами оплаты медицинской помощи.

До настоящего времени основное внимание уделялось стандартам специализированной медицинской помощи в условиях стационара круглосуточного или дневного, поэтому рассмотрим сказанное выше на их примере. В ПГГ на 2018 г. [6] определено, что единицей объема медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного или дневного стационара, является законченный случай лечения, и оплата производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в т.ч. КСГ). В методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС также указано, что единицей оплаты случая лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара является случай госпитализации, что соответствует законченному случаю лечения [7].

Закономерно возникает вопрос, соответствуют ли утвержденные стандарты медицинской помощи законченному случаю лечения? Анализ их содержания позволяет утверждать, что не всегда.

Объем медицинских вмешательств в стандартах специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара при ряде острых заболеваний (состояний), действительно соответствует законченному случаю лечения. Примером может быть стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании, в котором отражен перечень медицинских услуг и лекарственных препаратов, необходимых при родовспоможении и наблюдении в послеродовом периоде в условиях родильного дома [8].

Однако стандарты специализированной медицинской помощи при хронических заболеваниях объединяют в себе медицинские вмешательства, которые не могут быть применены к одному пациенту в рамках одной госпитализации, то есть

Приказ Министерства здравоохранения РФ	Наименование стандарта медицинской помощи	Значение элемента модели пациента «фаза»
1596н от 28 декабря 2012 г.	Стандарт специализированной медицинской помощи при бронхоэктатической болезни	Обострение
1241н от 20.12.2012 г.	Стандарт специализированной медицинской помощи детям при В12-дефицитной анемии (в дневном стационаре)	Первичный курс
1699н от 29.12.2012 г.	Стандарт специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе стандартного риска, консолидация ремиссии (в дневном стационаре)	Консолидация ремиссии

Таблица 1. Примеры значений элемента модели пациента «фаза».

Table 1. Examples of values for the patient model element "the phase".

не соответствуют законченному случаю лечения. Например, стандарт специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах описывает терапию данных заболеваний с применением препаратов, относящихся как к базовым противоревматическим, так и к ингибиторам фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) [9]. Разные группы препаратов в зависимости от клинической ситуации применяются у разных пациентов или последовательно у одного пациента, но в рамках разных случаев госпитализации. При этом длительность пребывания в стационаре и ресурсоемкость законченного случая лечения будут существенно отличаться в зависимости от группы применяемых лекарственных препаратов.

Рассмотрим другой пример. В стандарте специализированной медицинской помощи при меланоме кожи с генерализацией или рецидиве заболевания (химиотерапевтическое лечение) указана средняя длительность лечения – 10 дней, однако она не отражает реальную продолжительность законченного случая лечения и не является оптимальной с точки зрения планирования необходимых объемов медицинской помощи и затрат [11]. В стандарте перечислено несколько препаратов, которые не применяются одновременно у одного пациента и относятся к разным схемам химиотерапии с разными режимами применения.

Так, лекарственный препарат ломустин принимается однократно в рамках одного цикла химиотерапии, тогда как препарат дакарбазин вводится в течение первых пяти дней цикла. Таким образом, максимальная длительность введения химиотерапевтических препаратов в случае, предусмотренном стандартом, составляет 5 дней. При этом часть пациентов может быть выписана из стационара на 6-й день, а для части пациентов, получающих однодневную схему химиотерапии, длительность госпитализации может составлять 2 дня, что, естественно, влияет на стоимость оказываемой помощи.

Кроме того, проведение химиотерапии подразумевает циклическое применение лекарственных препаратов, при котором полный курс лечения состоит из нескольких циклов. Однако в стандарте не отражена кратность его применения в год для одного пациента, т.е. не показано, сколько циклов химиотерапии необходимо провести в рамках курса, в то время как эти данные важны с точки зрения планирования расходов.

Таким образом, на наш взгляд, необходимым этапом совершенствования расчета затрат на основе стандартов медицинской помощи является привязка содержания стандартов к законченному случаю лечения в конкретных условиях. Иными словами, вместо одного стандарта медицинской помощи больному с конкретным злокачественным новообразованием, описывающего химиотерапевтическое лечение в стационарных условиях, должно быть создано несколько стандартов, каждый из которых посвящен отдельной схеме химиотерапии. Вместо одного стандарта,

совмещающего разные способы хирургического лечения, должно быть создано несколько стандартов – по одному для каждого вида операции. Нельзя не отметить, что при таком подходе существенно увеличится число стандартов, но только так удастся связать стандарт и рассчитанные на его основе затраты с планированием объемов оказания медицинской помощи и способами ее оплаты, а значит, и с ПГГ.

Кроме того, нуждаются в изменениях и другие подходы к формированию содержания стандартов. Так, следует обратить внимание на элементы модели пациента, которые указываются в «паспортной части» стандарта. Опыт работы над стандартами показывает, что их перечень не позволяет в полной мере детализировать и корректно описать клиническую ситуацию, соответствующую законченному случаю лечения.

На сегодняшней день в стандартах медицинской помощи указаны следующие элементы модели пациента:

- возрастная категория;
- пол;
- фаза;
- стадия;
- осложнения;
- вид медицинской помощи;
- условия оказания медицинской помощи;
- форма оказания медицинской помощи;
- средние сроки лечения (количество дней);
- коды международной классификации болезней МКБ-10.

Для части элементов значения очевидны и определены, например, «пол» – мужской, женский, любой. Однако для других используются значения, описывающие разные ситуации. Примером могут быть характеристики «фаза» (табл. 1), «стадия» (табл. 2).

Примеры, приведенные в таблицах 1 и 2, показывают, что значения элементов моделей пациента, используемых в стандартах медицинской помощи, не унифицированы. Они также подтверждают, что данный перечень недостаточен для описания клинических ситуаций, отраженных в стандарте, в результате чего важные с точки зрения определения законченного случая лечения элементы указываются в других частях стандарта. Например, в стандарте специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях яичников (герминогенные опухоли яичников, гранулезостромальные опухоли) II-IV стадии (дистанционная лучевая терапия на остаточную опухоль) метод лечения указан в наименовании стандарта, так как нет возможности отразить данную информацию с использованием имеющихся элементов модели пациента [10]. Они не позволяют описать клинические ситуации и детализировать их до законченного случая лечения.

На наш взгляд, перечень элементов в модели пациента в стандартах медицинской помощи должны быть следующими:

- возрастная категория;
- пол;

Приказ Министерства здравоохранения РФ	Наименование стандарта медицинской помощи	Значение элемента модели пациента «стадия»
1699н от 29.12.2012 г.	Стандарт специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе стандартного риска, консолидация ремиссии (в дневном стационаре)	Первый острый период: группа стандартного и промежуточного риска (ремиссия)
753 от 09.11.2012 г.	Стандарт медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями полости рта II-IV а стадии (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия)	II-IV А

Таблица 2. Примеры значений элемента модели пациента «стадия».

Table 2. Examples of values for the patient model element "the stage".

– диагнозы в соответствии с международной классификацией болезней МКБ-10;

– вид медицинской помощи;

– условия и форма оказания медицинской помощи;

– фазы и стадии/степени тяжести течения заболевания;

– средняя длительность случая оказания медицинской помощи;

– вид медицинского вмешательства;

– метод медицинского вмешательства;

– кратность применения стандарта (для одного пациента, в год);

– иные критерии, влияющие на формирование стандарта (при наличии).

В данном перечне отсутствует такой элемент, как «осложнения». В стандарт целесообразно включать только перечень медицинских услуг и лекарственных препаратов, необходимых для типичного случая лечения без учета осложнений. При этом на типичные осложнения должны быть разработаны отдельные стандарты, отражающие объем медицинских вмешательств, необходимых при лечении осложнений. Это положение соответствует ранее разработанным рекомендациям по методике формирования стандартов, но до сих пор является поводом для дискуссий.

Перечень значений элементов модели пациента «вид медицинского вмешательства» и «метод медицинского вмешательства» следует разрабатывать для каждой группы заболеваний отдельно, так как они должны учитывать особенности терапии и ведения пациента. Например, для стандартов при злокачественных новообразованиях «видом медицинского вмешательства» могут быть: диагностика, хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия и т.д. «Методом медицинского вмешательства» в рамках хирургического лечения может быть непосредственный способ проведения операции – эндоскопическая резекция, экстирпация и т.д.; для химиотерапии – схемы химиотерапии, для лучевой терапии – схемы лучевой терапии в зависимости от используемой технологии лучевой терапии и объема лучевой терапии, например, конформная лучевая терапия (разовая очаговая доза – 2 Гр, суммарная очаговая доза – 50 Гр).

По мнению авторов, необходимо также пересмотреть структуру стандарта в части медицинских услуг и лекарственных препаратов.

В настоящее время перечень медицинских услуг представлен в двух разделах:

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния:

- прием (осмотр, консультация) врача-специалиста;
- лабораторные методы исследования;
- инструментальные методы исследования;
- иные методы исследования.

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением:

- прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста;
- наблюдение и уход за пациентом средним и младшим медицинским работником;
- лабораторные методы исследования;
- инструментальные методы исследования;
- хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения;
- немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации;
- иные методы исследования.

При этом не существует правила отнесения услуги к разделу медицинских мероприятий для диагностики заболеваний и медицинских услуг для лечения заболеваний в случае заполнения одноименных подразделов – прием (осмотр, консультация) врача-специалиста, лабораторные методы исследования, инструментальные методы исследования. Если в случае острых заболеваний провести формальное разделение достаточно просто, то в случае хронических заболеваний – затруднительно, это может приводить к ошибочному дублированию медицинских услуг в стандартах.

На наш взгляд, перечни медицинских услуг должны состоять из следующих разделов:

- приемы (осмотры, консультации) врачей-специалистов, ежедневные осмотры врачами-специалистами с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала;
- лабораторные медицинские услуги;
- инструментальные медицинские услуги;
- хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения;
- медицинские услуги для анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения;
- иные медицинские услуги.

Данные изменения упростят заполнение стандарта, минимизируют ошибки при заполнении перечней медицинских услуг, что особенно важно, так как подобные ошибки приводят к завышению стоимости оказания медицинской помощи в соответствии со стандартом при расчете.

Необходимо также пересмотреть форму представления лекарственных препаратов в составе стандарта.

В настоящее время в разделе лекарственных препаратов стандарта указываются фармакотерапевтические группы по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, международные непатентованные наименования, единицы измерения, средние суточные дозы, средние курсовые дозы и показатели усредненной частоты предоставления лекарственных препаратов.

Таким образом, в стандарте не находит отражения лекарственная форма препарата, однако очевидно, что она имеет не только клиническое, но и экономическое значение. Например, цена за 1 мг действующего вещества лекарственного препарата ципрофлоксацин на основании сведений Государственного реестра предельных отпускных цен может составлять как 0,002216 руб. для пероральной лекарственной формы, так и 2,501 руб. для парентеральной [11]. В данном примере разница между наиболее дорогой и наиболее дешевой лекарственной формой препарата составляет более 1000 раз.

Считаем целесообразным дополнить форму представления лекарственных препаратов в стандартах медицинской помощи следующими элементами с определенным перечнем значений:

- путь введения (парентеральный, пероральный, глазной и т.д.);
- тип лекарственной формы по агрегатному состоянию (твердый, жидкий, мягкий и т.д.);
- тип лекарственной формы по виду высвобождения (обычный, пролонгированный, кишечнорастворимый и т.д.).

Дополнительно необходимо отметить, что в перечне лекарственных препаратов не должны указываться препараты, необходимые для проведения медицинских услуг (например, лекарственные препараты, необходимые для проведения рентгенологических исследований или проведения анестезии), т.к. затраты на данные препараты должны быть учтены в стоимости соответствующей услуги. В случае их указания в перечне лекарственных препаратов при расчете стоимости стандарта медицинской помощи стоимость данных лекарственных препаратов будет посчитана дважды.

Внедрение в практику указанных подходов вместе с корректным статистическим учетом использования стандартов позволит более точно рассчитывать стоимость оказания медицинской помощи, способствуя лучшему планированию ПГГ.

Расчет общей стоимости оказания медицинской помощи с применением стандартов может быть осуществлен на любом уровне – уровне медицинской организации, субъекта Российской Федерации и страны в целом. Результаты анализа при этом могут быть использованы для достижения различных целей – например, оценки эффективности использования ресурсов (работы оборудования, койки), планирования и постановки задач на будущий период.

Основная идея расчета общей стоимости оказания медицинской помощи с применением стандартов, в целом, очевидна и соответствует ранее предложенному [2]. Следует умножить стоимость оказания медицинской помощи в соответствии с конкретным стандартом на планируемое количество случаев его применения в год, а затем сложить все полученные для отдельных стандартов величины.

При этом стоимость оказания медицинской помощи по конкретному стандарту складывается из ожидаемой стоимости предоставления каждого из его элементов (медицинских услуг, лекарственных препаратов и т.д.).

Ожидаемая стоимость предоставления элемента стандарта, в свою очередь, определяется как произведение ожидаемого объема и стоимости предоставления элемента.

Ожидаемый объем предоставления каждого элемента стандарта определяется самим стандартом и рассчитывается как произведение следующих показателей:

- для медицинских услуг – усредненный показатель частоты предоставления, усредненный показатель кратности применения;
- для лекарственных препаратов – усредненный показатель частоты предоставления, средняя курсовая доза;
- для имплантируемых медицинских изделий – усредненный показатель частоты предоставления, среднее количество;
- для лечебного питания – усредненный показатель частоты предоставления, количество.

Основная сложность при оценке стоимости оказания медицинской помощи в соответствии со стандартом возникает на этапе расчета стоимости предоставления каждого отдельного элемента стандарта. До настоящего времени единой методики расчета стоимости медицинской помощи по стандартам, приемлемой для прогнозирования расходов на здравоохранение в масштабах страны, создать не удалось. Все имеющиеся наработки упираются в большое разнообразие подходов к ведению больных, неизбежно приводящее к различиям в расходах, отсутствие управленческого учета в медицинских организациях и невозможность вследствие этого объективно оценить затраты в репрезентативной выборке.

Наибольшую сложность представляет расчет стоимости медицинских услуг. Теоретически стоимость предоставления медицинской услуги может быть рассчитана с применением фактических данных от медицинских организаций и на основе нормативного подхода. Возможно также сочетание этих методов, если нормативное время не уточняется либо отсутствует.

Нормативный подход предполагает оценку длительности оказания медицинской услуги, применяемого оборудования, времени участия медицинского персонала (врачей, медсестер, санитарок), используемых расходных материалов, в т.ч. лекарственных препаратов, необходимых для непосредственного оказания медицинской услуги (например, препаратов для анестезии). В целом, нормативный подход подразумевает составление для каждой медицинской услуги технологической карты с описанием перечня и объема всех ее компонентов.

Применение технологических карт медицинских услуг накладывает определенные требования на уровень развития информационно-аналитических систем, сильно облегчающих и разработку карт, и последующую оценку стоимости заложенных ресурсов. Расчет стоимости медицинских услуг с применением технологических карт в масштабах страны в настоящее время представляется труднореализуемым.

Также возможен упрощенный метод, исключая работу по составлению технологических карт, – оценка условных единиц трудоемкости (УЕТ) для каждой услуги с последующим расчетом стоимости каждой УЕТ. В рамках данного метода могут быть совмещены нормативный и фактический подходы: при нормативном определении УЕТ ее стоимость может быть рассчитана на основе данных фактических затрат медицинских организаций.

При высоком уровне развития систем учета потребляемых ресурсов и оказанной медицинской помощи в медицинских организациях, при возможности точного расчета затрат, понесенных на каждый случай лечения в соответствии со стандартом, от нормативного подхода можно отказаться. Фактические данные, полученные от медицинских организаций (от всех или только от отобранных по определенным критериям), позволяют оценивать стоимость предоставления как медицинских услуг, так и других элементов стандарта. Дополнительно, фактические данные могут лечь в основу работы по актуализации объемов предоставления отдельных элементов стандартов на основе лучших практик, применяемых в наиболее эффективных медицинских организациях. К сожалению, в настоящее время о персонализированном учете затрат при оказании медицинской помощи можно говорить только в рамках пилотных проектов в отдельных медицинских организациях страны.

Расчет затрат на лекарственные препараты много проще, чем на медицинские услуги, но все равно характеризуется определенными трудностями. О важности учета лекарственной формы, применяемой при оказании медицинской помощи, с точки зрения влияния на затраты уже говорилось ранее. В зависимости от формы стоимость единицы действующего вещества (грамма мази, дозы и т.п. в зависимости от характеристик лекарственного препарата) может различаться в сотни раз, что существенно влияет

на итоговую стоимость оказания медицинской помощи по стандарту.

Значения итоговых затрат на лекарства существенно отличаются в зависимости от источника информации о ценах. При этом стоимость единицы измерения лекарственного препарата может определяться, исходя из предельных отпускных цен [11] или рассчитываться на основе данных фактических закупок лекарственного препарата за определенный период времени.

Первый подход является достаточно грубым, однако более простым в реализации. Он не учитывает реалий рынка лекарственных препаратов и может завышать оцениваемую стоимость. Другим недостатком подхода является то, что при расчете средней стоимости все зарегистрированные лекарственные препараты, на которые установлены предельные цены, представляются одинаково важными (им придается одинаковый вес), тогда как в действительности некоторые препараты могут не закупаться и даже не производиться.

Второй подход представляется более точным и позволяет осуществлять расчет стоимости единицы измерения лекарственного препарата по ряду сценариев: минимальная, средняя, максимальная и др. В рамках подхода также можно учитывать период времени, за который производились закупки препарата.

При этом очевидная сложность применения подхода заключается в трудоемкости его реализации. К тому же, стоимость препаратов может быть подвержена колебаниям, связанным с изменениями структуры рынка, появлением дженериков, включения препаратов в ограничительные перечни и др. Таким образом, трудоемкий процесс расчета закупочной стоимости лекарственного препарата может оказаться бесполезным при планировании бюджета на будущий период.

При определении стоимости имплантируемых медицинских изделий также можно использовать данные фактических закупок, но процесс осложняется отсутствием единой классификации, в соответствии с которой изделия могли бы быть указаны в контрактах.

Наиболее простым способом определения стоимости имплантируемых медицинских изделий при расчете стоимости оказания медицинской помощи по стандартам представляется использование стоимостей, устанавливаемых в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1517 «О государственном регулировании цен на медицинские изделия, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

После расчета ожидаемой стоимости оказания медицинской помощи в соответствии с каждым стандартом необходимо оценить количество случаев лечения за определенный период (год), и это также представляет собой нерешенную проблему.

При планировании оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС в будущем году целесообразно использовать данные прошлого года, полученные из реестров пролеченных больных. В настоящее время такие сведения подаются субъектами Российской Федерации, использующими федеральную модель КСГ, в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 24 февраля 2016 года № 23 «Об утверждении порядка представления сведений об оплате медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний».

Однако при этом нужно понимать, что случаи лечения в соответствии со стандартами в данный момент не соответствуют фактически сложившимся случаям, оплачиваемым в системе КСГ, ни по длительности, ни по модели пациента.

В то же время 323-ФЗ содержит норму о необходимости учета сведений о примененных при оказании медицинской помощи стан-

дартах. После разработки недостающих стандартов и гармонизации утвержденных стандартов с КСГ данная норма может быть крайне эффективна при планировании и оценке реализации ПГГ.

Но даже в ситуации идеально функционирующей системы учета сведений об оказанной медицинской помощи следует помнить о том, что в связи с ограниченностью ресурсов фактически сложившаяся структура госпитализаций может не соответствовать потребности населения в определенных видах и методах медицинских вмешательств.

Для оценки потребности населения в медицинской помощи целесообразно использовать следующий механизм:

1. На первом этапе следует определить количество человек, перенесших конкретное заболевание;

2. Затем нужно оценить долю пациентов, которым требуется оказание медицинской помощи с применением каждого вида медицинского вмешательства, предусмотренного клиническими рекомендациями и лучшими практиками (при этом сумма долей может составить единицу и более, так как один человек может получить медицинскую помощь с применением различных технологий);

3. После этого необходимо определить долю каждого метода медицинского вмешательства в пределах вида медицинского вмешательства (сумма долей может составить единицу и более);

4. При перемножении первых трех показателей получаем количество человек в пределах нозологии, которым требуется предоставление медицинской помощи с применением каждого возможного метода медицинского вмешательства, по которому разработан стандарт;

5. Умножив количество человек из пункта 4 на кратность применения стандарта в год, получаем количество случаев оказания медицинской помощи с применением конкретного метода медицинского вмешательства в год (количество случаев применения каждого стандарта);

6. На последнем этапе полученное количество случаев следует распределить по условиям оказания медицинской помощи (стационарно, в дневном стационаре, амбулаторно), учитывая потенциал применения стационарзамещающих технологий.

Доля пациентов, которым требуется предоставление отдельных видов и методов медицинского вмешательства (пункты 2 и 3), определяется на основе доказательной базы, данных о лучших практиках, в т.ч. зарубежных, а также экспертных оценок.

Количество случаев применения стандарта, рассчитанное по алгоритму, может отличаться от фактического как в большую, так и в меньшую сторону, так как население может недополучать качественную, но дорогостоящую медицинскую помощь, которая в условиях ограниченных ресурсов замещается менее эффективной, но при этом более доступной.

Используя описанные выше подходы, можно оценить количество случаев и стоимость оказания медицинской помощи по каждой нозологии, а следовательно, и по каждому профилю медицинской помощи.

### Заключение

Использование стандартов медицинской помощи для обоснования ПГГ требует доработки методики их создания и применения для расчета затрат. Недостаточно провести анализ количества утвержденных стандартов и разработать недостающие. При актуализации стандартов следует придерживаться единой методологии их формирования с применением предложенных подходов, направленных в т.ч. на гармонизацию отдельных элементов системы здравоохранения (в частности, способов оплаты медицинской помощи, таких как КСГ, и стандартов). Для более точного расчета финансовой потребности ПГГ необходимо ввести в практику ведения статистической отчетности учет стандартов, применяемых при оказании медицинской помощи.

Предложенный алгоритм оценки реальной потребности в финансовом обеспечении ПГГ может быть использован для сравнения фактического и необходимого объема финансирования здравоохранения. При этом вопросы привлечения в систему дополнительных средств требуют дальнейшей проработки. Стандарты могут быть прикладным инструментом для конкретизации ПГГ, позволяя четко разграничить источники финансирования оказания медицинской помощи на разных уровнях системы здравоохранения.

В то же время разработка и своевременная актуализация стандартов требует скоординированных действий всех участников процесса организации, оказания и оплаты медицинской

помощи и является весьма дорогостоящей в администрировании. Опыт зарубежных стран показывает, что планирование объемов оказания и финансирования медицинской помощи может осуществляться более простыми методами, например, путем распределения имеющихся ресурсов по КСГ, исходя из сложившейся практики. В статье были представлены механизмы планирования ПГГ, которые обеспечат корректное осуществление расчетов в рамках действующего законодательства. Однако при изменении норм 323-ФЗ подходы могут пересмотрены и, возможно, при соблюдении должного уровня точности расчетов новые методики окажутся менее ресурсоемкими в реализации.

### Литература:

1. Перхов В. И., Янкевич Д. С. Еще раз о стандартах медицинской помощи: кому они нужны? Менеджер здравоохранения. 2017; 9: 55-60.

2. Хальфин Р. А., Какорина Е. П., Воробьев П. А., Авксентьева М. В., Лукьянцева Д. В. и др. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004; 9: 3-11.

3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

4. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ.

5. Для финансового обеспечения программы госгарантий необходимо в короткие сроки утвердить стандарты медпомощи. URL: [http://audit.gov.ru/press\\_center/news/18265?sphrase\\_id=3715911](http://audit.gov.ru/press_center/news/18265?sphrase_id=3715911). Дата обращения: 11.10.2017.

6. Постановление Правительства РФ от 8.12.2017 N 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

7. Письмо Минздрава России N 11-7/10/2-8080, ФФОМС N 13572/26-2/и от 21.11.2017 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2012 г. № 584н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании».

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 687н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1266н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях яичников (герминогенные опухоли яичников, гранулезостромальные опухоли)».

11. Государственный реестр предельных отпускных цен. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx>. Дата обращения: 11.10.2017.

### References:

1. Perkhov V. I., Yankevich D. S. *Menedzher zdravookhraneniya* (in Russian). 2017; 9: 55-60.

2. Khal'fin R. A., Kakorina E. P., Vorob'ev P. A., Avksent'eva M. V., Luk'yantseva D. V. et al. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* (in Russian). 2004; 9: 3-11.

3. The federal law "On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation" of November 21, 2011 N 323-FZ

[*Federal'nyi zakon «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii»* ot 21.11.2011 N 323-FZ (in Russian)].

4. Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" of 29.11.2010 N 326-FZ [*Federal'nyi zakon «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiiskoi Federatsii»* ot 29.11.2010 N 326-FZ (in Russian)].

5. For financial support of the program of state guarantees, it is necessary to approve the standards of medical care in a short time (in Russian). URL: [http://audit.gov.ru/press\\_center/news/18265?sphrase\\_id=3715911](http://audit.gov.ru/press_center/news/18265?sphrase_id=3715911). Accessed: 11.10.2017.

6. Decree of the Government of the Russian Federation of 8 December 2017 No. 1492 "On the Program of State Guarantees of Free Medical Assistance to Citizens for 2018 and for the Planning Period of 2019 and 2020" [*Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 8.12.2017 N 1492 «O Programme gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoj pomoshchi na 2018 god i na planovyi period 2019 i 2020 godov»* (in Russian)].

7. Letter No. 11-7 / 10 / 2-8080 of the Ministry of Health of the Russian Federation, ФФОМС N 13572 / 26-2 / and on 21.11.2017 "On methodological recommendations on how to pay for medical care from the means of compulsory medical insurance" [*Pis'mo Minzdrava Rossii N 11-7/10/2-8080, FFOMS N 13572/26-2/i ot 21.11.2017 «O metodicheskikh rekomendatsiyakh po sposobam oplaty meditsinskoj pomoshchi za schet sredstv obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya»* (in Russian)].

8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 6, 2012 No. 584n "On the approval of the standard of specialized medical care for spontaneous childbirth in the occipital presentation" [*Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii ot 6 noyabrya 2012 g. № 584n «Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoi meditsinskoj pomoshchi pri samoproizvol'nykh rodakh v zatylochnom predlezhanii»* (in Russian)].

9. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 7, 2012, No. 687n "On the approval of the standard for specialized medical care in ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis" [*Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii ot 7 noyabrya 2012 g. № 687n «Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoi meditsinskoj pomoshchi pri ankiroziruyushchem spondilite, psoriaticheskom artrite, drugikh spondiloartritakh»* (in Russian)].

10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 20, 2012 No. 1266n "On the approval of the standard of specialized medical care for malignant neoplasms of the ovaries (germinogenous ovarian tumors, granulosa-stromal tumors" [*Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii ot 20 dekabrya 2012 g. № 1266n «Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoi meditsinskoj pomoshchi pri zlokachestvennykh novoobrazovaniyakh yaichnikov (germinogennye opukholi yaichnikov, granulezostromal'nye opukholi»* (in Russian)].

11. State register of maximum selling prices (in Russian). URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx>. Accessed: 11.10.2017.

**Сведения об авторах:**

Ледовских Юлия Анатольевна – к.м.н., начальник отдела методического обеспечения стандартизации ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России. Адрес: Хохловский переулок, вл. 10, стр. 5, Москва, Россия, 109028. Тел.: +7(495)7831905. E-mail: jledovskih@gmail.com.

Семакова Евгения Васильевна – заместитель начальника отдела методического обеспечения стандартизации ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России. Адрес: Хохловский переулок, вл. 10, стр. 5, Москва, Россия, 109028. Тел.: +7(495)7831905; научный сотрудник Центра оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Адрес: проспект Вернадского, д. 82 стр.1, Москва, Россия, 119571. РАНХиГС, ИПЭИ, Лаборатория оценки технологий в здравоохранении. Тел.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. e-mail: semakova-ev@yandex.ru.

Авксентьева Мария Владимировна – д.м.н., ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, ведущий научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первого московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Адрес: проспект Вернадского, д. 82 стр.1, Москва, Россия, 119571. РАНХиГС, ИПЭИ, Лаборатория оценки технологий в здравоохранении. Тел.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. e-mail: avksent@yahoo.com.

**About the authors:**

Ledovskikh Yulia Anatolievna – MD, PhD, Chief of the Department of Methodological Support for Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: Khokhlovskii per., 10-5, Moscow, Russia, 109028. Tel.: +7(495)7831905. E-mail: jledovskih@gmail.com.

Semakova Evgeniya Vasilievna – Deputy Chief of the Department of Methodological Support for Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: Khokhlovskii per., 10-5, Moscow, Russia, 109028. Tel.: +7(495)7831905; research fellow of Centre for health technology assessment of Applied economic research Institute of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address: Vernadskogo prospect, 82-1, Moscow, Russia, 119571, RANEPА, Centre for health technology assessment. Tel.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. e-mail: semakova-ev@yandex.ru.

Avxentyeva Maria Vladimirovna – MD, PhD (doctor of medical sciences), Leading research fellow of the Centre for health technology assessment of Applied economic research Institute of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Leading research fellow of Centre for health finance of Research Financial institution of the Ministry of Finance and Professor of High school of healthcare administration of the Sechenov First Moscow state medical university. Address: Vernadskogo prospect, 82-1, Moscow, Russia, 119571, RANEPА, Centre for health technology assessment. Tel.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. e-mail: avksent@yahoo.com.

# XVIII ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ

ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

# 12 АПРЕЛЯ

# ПЛАТИНОВАЯ

# УНЦИЯ 2017

СБОР ГОЛОСОВ ВТОРОГО ЭТАПА ПРОДЛИТСЯ  
С 21 ФЕВРАЛЯ 2017 ПО 31 МАРТА 2018

ПОДРОБНОСТИ НА САЙТЕ  
[WWW.UNCIA.RU](http://WWW.UNCIA.RU)

КОНТРОЛЬ СООТВЕТСТВИЯ  
ПРОЦЕДУРЫ ПРОВЕДЕНИЯ ГОЛОСОВАНИЯ  
РЕГЛАМЕНТУ КОНКУРСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ  
ИНФОРМАЦИОННЫЙ  
ПАРТНЕР



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



123317, МОСКВА, ПРЕСНЕНСКАЯ НАБЕРЕЖНАЯ, 6/2, БАШНЯ «ИМПЕРИЯ»  
+7 (495) 775-73-65 ДОБ. 35645, +7 (495) 786-25-43 ДОБ. 667  
ФАКС: +7 (495) 334-22-55, E-MAIL: INFO@UNCIA.RU