

УДК 338.26

ПУТИ РАЗВИТИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.М. Чилилов¹, Л.В. Лapidус²,
М.В. Пирогов³

¹ Институт хирургии им. А.В. Вишневского,

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

³ Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Прошло не многим более года, когда термин «клинико-статистическая группа заболеваний» перестал быть предметом теоретической дискуссии между организаторами и экономистами здравоохранения, а приобрел легитимность в качестве единицы оплаты стационарной медицинской помощи, гарантируемой государством. Это было зафиксировано постановлением правительства по утверждению программы государственных гарантий по бесплатному предоставлению медицинской помощи в Российской Федерации на 2013 год. Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС, в конце 2013 года были разработаны рекомендации, определившие сущность КСГ и порядок их практического применения. Новые решения по использованию КСГ, в том числе при формировании целевых программ здравоохранения, и необходимость дальнейшего совершенствования этого организационно-экономического инструмента рассмотрена в данной статье.

Ключевые слова: *клинико-статистические группы, государственные гарантии, программа ОМС, стандарты медицинской помощи.*

В соответствии с Постановлением правительства РФ, утвердившим программу государственных гарантий на 2015 г. (и плановый период до 2017 г.), оплата стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи должна осуществляться за случай госпитализации, оцененный в деньгах, а не за количество койко-дней, проведенных пациентом в стационаре.

Очевидно, что для различных заболеваний пациентам, получающим медицинскую помощь в одном и том же профильном отделении, необходимо оказать разное число медицинских услуг, которые будут зависеть не только от диагноза заболевания, но и от состояния пациента, выбранной методики лечения, на-

WAYS OF DEVELOPING THE STANDARDISATION OF CONTEMPORARY RUSSIAN

A.M. CHILILOV,
M.V. PIROGOV, L.V. LAPIDUS

A little more than a year has passed since the term «clinical and statistical group» (CSG) had ceased to be an object of theoretical disputes among public health organizers and economists and gained legitimacy as a unit of payment for the state-guaranteed in-patient health care. This act was recorded by the resolution of the government on the approval of state guarantees for ensuring free health care in the Russian Federation for 2013. Recommendations that determine the essence of CSG and the order of their practical application had been developed by the Health Ministry of the RF and the Federal Compulsory Health Insurance Fund late in 2013.

This article considers new decisions on the application of CSG, including the formation of public health purpose-oriented programs and also the need of further improvement of this organizational and economic instrument.

KEYWORDS: *clinical and statistical groups (CSG), state guarantees program, Compulsory Health Insurance Program, medical care standards.*

личия сопутствующих заболеваний и т.п. Несмотря на эту очевидность и способность любой медицинской организации выставить счет на лечение по конкретному случаю, основная доля финансирования стационарной помощи из средств ОМС до 2013 г. осуществлялась на профильный койко-день или за случай госпитализации в профильное отделение стационара.

Решение о прекращении фактической деятельности стационаров через профильный койко-день является стратегически верным, но требует формирования единицы измерения, которая могла бы стать не только единицей оплаты в стационаре, но и единицей планирования и управления деятельностью медицин-

ских организаций. Участие медицинских организаций в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с 2012 г. стало носить заявительный характер и с 2013 г. после перехода на «полный» тариф в системе ОМС стало экономически привлекательным для негосударственной системы здравоохранения. Это повысило требования к точности и объективности планирования деятельности медицинских организаций. При этом необходимо отметить, что к 2012 г. по меньшей мере четвертая часть российских регионов, реализовавших территориальные программы ОМС, использовали в своей практике полученные расчетным или экспертным путем [1] те или иные единицы оплаты, характеризующие в стоимостном выражении затраты на наборы медицинских услуг и лекарственных средств, необходимых «среднему» пациенту с тем или иным заболеванием или состоянием.

Это были разные, во многом самобытные организационно-экономические решения, имеющие, как правило, только региональное применение. Различные МЭСы (медико-экономические стандарты), КЭСы (клинико-экономические стандарты), КЗГ (клинико-затратные группы), КСГ (клинико-статистические группы) и т.п., зачастую по-разному описывали одинаковые состояния пациентов и давали совершенно несопоставимые финансовые результаты. Попытка упорядочить этот процесс в 2006–2007 гг. (т.н. пилоты по 18 субъектам РФ) практических результатов не принесла.

Необходимость формализации любой медицинской помощи, и не только при круглосуточном пребывании пациента, стала особенно актуальна в свете реформирования нормативной базы здравоохранения, начавшейся в 2008 г. и завершившейся в 2011 г. принятием закона «Об основах охраны здоровья в РФ».

В рамках данного закона эта формализация приобрела форму федерального стандарта медицинской помощи, описывающего «среднего» пациента по набору услуг в соответствии с единой номенклатурой услуг в здравоохранении и лекарственных средств, зарегистрированных в России в соответствии с международными непатентованными наименованиями.

Международная и отечественная практика формализации (усреднения) лечебного процесса использует различные подходы в зависимости от основной задачи, которая должна выполняться при практическом применении единиц формализации [5].

Рассматривая все многообразие применяемых формализаций лечебного процесса, можно выделить три характерные группы, представленные на рис. 1:

1. Клинические протоколы (руководства) для описания и оценки используемой клинической практики;
2. Стандарты медицинской помощи для оценки ресурсного обеспечения лечебного процесса (специалисты, оснащение, медицинские технологии и т.п.);
3. Клинико-статистические группы заболеваний (в международной практике это диагностически-род-

ственные группы – DRG) для определения и регулирования финансовых ресурсов здравоохранения [4].

Хотя перечисленные способы формализации отличаются по форме и содержанию и используются для различных целей, все они содержат информацию по модели пациента (диагноз, возраст, длительность лечения, фаза и стадия заболевания и т.п.) и средние наборы медицинских (и иных) услуг, медикаментов и предметов медицинского назначения.

Использование того или иного метода формализации медицинской помощи для обеспечения организационно-экономических отношений зависит от информации, содержащейся в единицах формализации. И здесь существуют определенные ограничения как для стандартов медицинской помощи, так и для клинико-статистических групп болезней.

Для стандартов медицинской помощи:

- отсутствует ресурсная и стоимостная характеристика;
- не учитывается специфика региональной заболеваемости и организационная структура здравоохранения (лечебная сеть);
- не дифференцированы уровни, этапы, медицинские профили и специальности;
- они не обеспечивают охват всего многообразия заболеваний и состояний пациентов, не учитывают альтернативность медицинских технологий;
- формируются и корректируются на федеральном уровне.

Для клинико-статистических групп:

- рекомендованы к применению для оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи;
- не связаны со стандартами медицинской помощи (диагнозами, услугами и лекарственными средствами);
- не имеют полных перечней медицинских услуг и медикаментов (только по хирургическим КСГ дан перечень операций, а по некоторым комбинированным терапевтическим КСГ приведен перечень медицинских услуг);
- не дифференцированы по возрасту (за исключением небольшого перечня комбинированных КСГ) и уровням, и не учитывают сопутствующие заболевания;

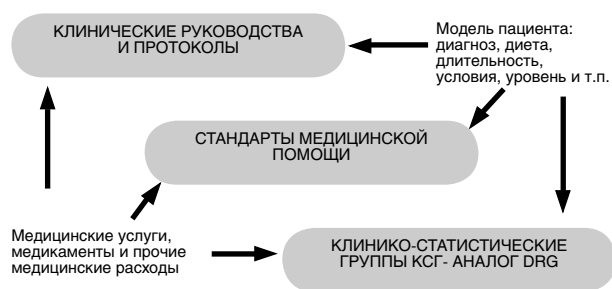


РИС. 1.

Способы формализации медицинской помощи

- не имеют абсолютной стоимости, имеют только относительные коэффициенты;
- не имеют параметров по длительности лечения;
- отсутствует утвержденный алгоритм расчета коэффициента затратоемкости (КЗ), не представлены калькуляции экономических расчетов;
- не обеспечивают охват всего многообразия заболеваний и методов лечения (всего 258).

Программа государственных гарантий (базовая программа ОМС) на 2015 г. расширяет сферу применения клинко-статистических групп заболеваний на дневные стационары и определяет порядок планирования стационарной медицинской помощи в госпитализациях, определяя эквивалентность единиц планирования и оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС. Медицинская реабилитация не попадает под общее правило – норматив планирования по реабилитации определен в койко-днях, а оплата в законченных случаях реабилитации, в том числе с использованием КСГ или клинко-профильных групп (КПП), а также стандартов медицинской помощи.

Опыт использования клинко-статистических групп в 2013–2014 гг. определил необходимость их дальнейшего совершенствования в части увеличения числа групп, введения КСГ, для которых группировка осуществляется с использованием набора различных критериев, т.н. «комбинированные» КСГ.

Эти и другие новации совершенствования отечественной системы КСГ нашли свое отражение в разработанных и утвержденных Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования методических рекомендациях по способам оплаты¹.

Вышеназванные «новые» рекомендации по КСГ во многом дублируют положения, зафиксированные в предыдущих «старых» рекомендациях. Вместе с тем имеется ряд новых интересных положений, определяющих основной вектор развития отечественной системы КСГ.

1. КСГ²⁰¹⁵ не могут использоваться для социально-значимых заболеваний при реализации методов лечения по высокотехнологичной медицинской помощи, вошедшей в 2015 г. в программу ОМС (как специализированная медицинская помощь) и для отдельных методов и технологий, на которые программой государственных гарантий установлены отдельные нормативы (экстракорпоральное оплодотворение, медицинская реабилитация, паллиативная помощь и т.п.).

2. Расчет величины коэффициента относительной затратоемкости (КЗ) для клинко-статистических групп и клинко-профильных групп проведен с учетом

стоимости стандартов медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения РФ, а также стоимости набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, на которые стандарты не установлены.

3. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих основных параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

- наличие или отсутствие хирургических операций;
- диагноз по МКБ-10;
- возрастная категория пациента;
- вес при рождении (для новорожденных);
- сопутствующий диагноз (осложнение заболевания) по МКБ-10;
- код применяемой медицинской технологии.

КСГ²⁰¹⁵ подразделяются на три подгруппы: хирургические (включающие операции), терапевтические и комбинированные (хирургические и терапевтические). Формирование комбинированных групп осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии.

4. Сформирована таблица КСГ²⁰¹⁵, содержащая 258 позиций с указанием номера КСГ, наименования, подгруппы, профиля и коэффициента затратоемкости. Кроме того, дана структура данного коэффициента по видам ресурсных расходов с выделением стоимости труда, лекарственных средств, питания и всех остальных расходов, включаемых в тариф ОМС.

5. В список медицинских услуг, определяющих «хирургические» КСГ, включены некоторые услуги, не относящиеся к разделу «операции» номенклатуры медицинских услуг, а ряд операций исключен из списка. Сформированы новые медицинские услуги как критерии выбора КСГ²⁰¹⁵, дополнительные к номенклатуре медицинских услуг, утвержденных Минздравсоцразвития РФ в 2013 г. (119 новых медицинских услуг, в том числе 93 простых и 26 сложных).

6. Даны однозначные алгоритмы выбора конкретной КСГ²⁰¹⁴ по различным критериям в зависимости от групповых признаков и подгруппы КСГ. Данные алгоритмы предоставлены Федеральным фондом ОМС в виде инструкции по группировке «терапевтических», «хирургических» и «комбинированных» КСГ.

7. В «новых» рекомендациях заложены базовые подходы к обеспечению финансового баланса системы ОМС, как для отдельной медицинской организации, так и в целом для территориальной программы ОМС. В совокупности они позволяют прогнозировать затраты системы ОМС путем определения базовой ставки финансового обеспечения одного случая госпитализации в стационар, прогнозируемого числа случаев лечения заболеваний, оплачиваемых по различным КСГ²⁰¹⁵ (формируется на основе медицинской статистики), коэффициента затратоемкости по *i*-ой КСГ²⁰¹⁵, коэффициента курации, коэффициента уровня и управленческого коэффициента.

¹ Информационное письмо Минздрава России от 15.12.2014 г. №11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Очевидно, что первый шаг в направлении к достижению клинико-экономического баланса сделан на основе единых для всего здравоохранения страны подходов с использованием федеральных КСГ²⁰¹⁵, что позволяет обеспечить предсказуемость, сопоставимость и управляемость системы ОМС во всех субъектах РФ, а в обозримом будущем формировать субвенции федерального фонда ОМС с учетом обеспечения региональных балансов и структуры пролеченных больных [3]. В тоже время, существует достаточно много экспертных (субъективных) критериев, необходимых для полноценного использования КСГ²⁰¹⁵ как инструмента организационно-экономических отношений в общественном здравоохранении.

Рассмотрим некоторые из них. Прежде всего, это малое число КСГ²⁰¹⁵, объективно не отражающее особенности реализации лечебно-диагностического процесса лечения различных заболеваний (состояний) и их ценовой интерпретации в разрезе одного из критериев группировки (по нозологии или по операции).

Приведем пример на основе расчета ресурсных затрат по двум различным заболеваниям, включенным в КСГ2014№40 («Нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда»), терапевтическая, КЗ – 1,93 и КСГ2014№39 («Стенокардия, кроме нестабильной и хроническая ишемическая болезнь сердца»), терапевтическая, КЗ – 1,09.

Расчет стоимости проводился авторами в соответствии со стандартами медицинской помощи по «Нестабильной стенокардии, острому и повторному инфаркту миокарда без подъема сегмента ST – СМП1», «Острому инфаркту миокарда с подъемом сегмента ST – СМП2» и «Хроническая ишемическая болезнь сердца – СМП3».

Результаты расчета стандартов медицинской помощи (в ценах 2014 г. по Ямало-Ненецкому автономному округу) для СМП₁ составили 57546,4 руб. с длительностью лечения 12 дней, для СМП₂ – 109449,05 руб. с длительностью лечения 15 дней, а для СМП₃ – 46704,41 руб. с длительностью лечения 14 дней. Эти данные позволяют определить относительные коэффициенты стоимости в рамках данного профиля (были рассчитаны 24 СМП по кардиологии) для СМП₁ – 0,97, для СМП₂ – 1,85, а для СМП₃ – 0,74.

Сопоставляя затратоемкость КСГ²⁰¹⁵ с относительными коэффициентами стоимости, полученными на основе СМП, можно сделать вывод о некорректном включении всех типов инфаркта в одну КСГ²⁰¹⁵ с нестабильной стенокардией, т.к. относительная стоимость лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств отличается почти вдвое. Лекарственный блок для СМП₁ составляет 62251,47 руб., т.е. 57% себестоимости! Доля лекарственных средств по «новым» рекомендациям для КСГ²⁰¹⁵№ 40 составляет 34%, а для успешного лечения острого инфаркта своевременная и полноценная лекарственная терапия – залог

успеха, а зачастую именно она позволяет сохранить жизнь пациента. Затраты на лечение «Ишемической болезни сердца» по стандарту ниже «Нестабильной стенокардии» на 25%. Учитывая, что перечисленные болезни чаще всего лечатся в кардиологии, по данным статистики региона можно спрогнозировать степень искажения суммы финансирования по КСГ²⁰¹⁵ и стоимостью стандарта медицинской помощи.

Приведенный пример наглядно показывает необходимость взвешенного подхода к числу КСГ, корректно обеспечивающих стоимостные пропорции, к группировке диагнозов и операций при формировании КСГ, к расчету коэффициентов затратоемкости.

Отечественная практика применения МЭС, КЗГ, КСГ и т.п., до начала применения «федеральных» КСГ предполагает некоторую оптимальную величину данных единиц оплаты, обеспечивающую компромисс между разумной группировкой заболеваний и их детализацией. Среднее количество данных единиц оплаты составляет 1,5–2,5 тысячи для применения в практике финансирования законченных случаев лечения. Международная тридцатилетняя практика использования диагностически-родственных групп болезней (аналог российских КСГ²⁰¹⁵) дает аналогичное число единиц оплаты, которые с успехом используются как единицы планирования медицинской помощи.

Рассматривая текущую эволюцию КСГ²⁰¹⁴ необходимо отметить правильность включения нескольких критериев для выбора КСГ при оплате конкретного случая лечения. Это процесс закономерно приведет к росту «комбинированных» КСГ и уменьшению числа «хирургических» КСГ, и этот процесс уже начался.

Необходимость применения различных корректирующих коэффициентов (курации, уровня и управления) при существующей группировке заболеваний и услуг в рамках КСГ²⁰¹⁵ является на сегодня совершенно очевидной, как и необходимость увязки новых правил финансирования за случай (результат) лечения и сложившегося использования ресурсов медицинскими организациями в условиях региональной специфики и постоянного дефицита ресурсов здравоохранения и финансовых средств.

По своей экономической сути выше названные корректирующие коэффициенты должны опираться на вариабельность наборов услуг и лекарственных средств, предоставляемых пациентам, и рассчитываться по тому же алгоритму, что и КСГ, т.е. в соответствии со стандартами медицинской помощи или наборами услуг (медикаментов и т.п.) при отсутствии стандартов.

Однако в реальной жизни (де-факто) эти коэффициенты имеют экспертную природу, опирающуюся на сложившиеся финансовые пропорции по уровню оказания медицинской помощи, по тяжести состояния пациента и наличию сопутствующих заболеваний (курация) и т.п.

На рис. 2 представлена схема общего подхода по совершенствованию федеральных КСГ²⁰¹⁵ для поэтапно-

го процесса достижения оптимального соотношения между принципом группировки заболеваний (или услуг оперблока), а также точностью и обоснованностью стоимостного позиционирования, основанного на нормативно-расчетном методе и использующего полноценные наборы медицинских услуг и лекарственных средств (предметов медицинского назначения), описывающих «среднего» пациента по соответствующей группировке (аналогично стандарту медицинской помощи).

На первом этапе совершенствования федеральных КСГ²⁰¹⁵ осуществляется анализ статистики по пролеченным пациентам для определения средней длительности лечения по КСГ в зависимости от возраста пациента, уровня и условий оказания медицинской помощи. Так же необходимо определить актуальность использования каждой из федеральных КСГ на разных уровнях, для детей и взрослых, а также в условиях дневного стационара. По данным статистики необходимо определить и экспертно зафиксировать для оперативных КСГ²⁰¹⁵ перечень основных диагнозов, при которых сгруппированные операции могут применяться. Тем самым хирургические КСГ²⁰¹⁵ преобразуются в комбинированные с двумя ведущими критериями. Это полезно для корректной «привязки» КСГ²⁰¹⁵ к стандартам медицинской помощи, для правильного расчета стоимостных характеристик, а также использования КСГ²⁰¹⁵ для планирования объема госпитализаций по уровню региональной заболеваемости.

Первый этап совершенствования КСГ²⁰¹⁵ был реализован с использованием аналитических данных по Рязанской и Тверской областям, где с 2013 г. осуществлялась оплата с использованием КСГ [2].

После обработки информации были сформированы 1015 КСГ на базе 258 КСГ²⁰¹⁵, которые позволили обеспечить охват оказанной медицинской помощи по двум уровням, детям и взрослым и по стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи (табл. 1).

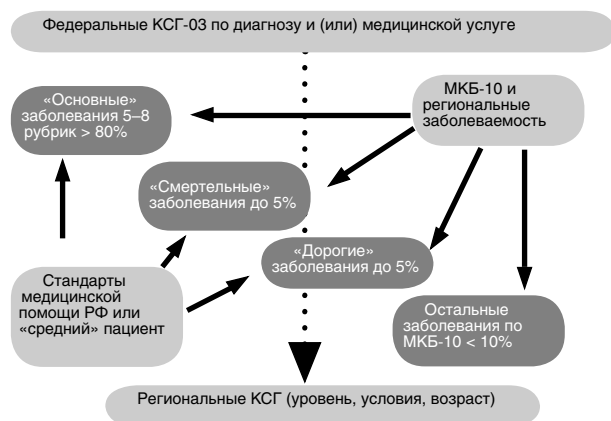


Рис. 2.

Схема совершенствования КСГ 2015

На рис. 3 приведен пример одной из сформированных хирургических КСГ

Представленная КСГ содержит модель пациента по форме, предусмотренной стандартом медицинской помощи, перечень нозологий по МКБ-10, длительность (среднюю, минимальную и максимальную).

Тариф (стоимость КСГ) определяется по следующей формуле:

$$T = \text{ФН} \times \text{Кур} \times \text{Кус} \times \text{Кв} \times \text{Ксф} \times \text{КЗ},$$

где Т – тариф в рублях; ФН – финансовый норматив госпитализации по базовой программе ОМС; Кур – коэффициент уровня (первый уровень – 1; второй – 1,2; третий – 1,35); Кус – коэффициент условий оказания (стационар – 1; дневной стационар – 0,75); Кв – коэффициент возраста (дети – 1,05; взрослые – 1; пенсионеры – 1,1); Ксф – территориальный коэффициент стоимости ресурсов здравоохранения (в примере – 1; Чукотская область – 3); КЗ – коэффициент затратоемкости по федеральным КСГ.

Кроме размера тарифа приводится и его структура по четырем видам расходов, с использованием рекомендаций по КСГ (приложение № 2).

Для данной хирургической КСГ приводится полный перечень услуг оперблока (операций) по номенклатуре медицинских услуг.

Все сформированные региональные КСГ имеют ссылку на свой федеральный прототип (на примере № 16) и его коэффициент затратоемкости (2,9565), что позволяет с одной стороны обеспечить сопоставимость отчетных данных в структуре федеральных КСГ, а с другой стороны учесть специфику регионального здравоохранения, заболеваемости и структуры лечебной сети.

Используется универсальная (фасетная) кодировка региональных КСГ, позволяющая сохранить преемственность с федеральными КСГ и проследить всю «историю» их совершенствования на региональном уровне.

На втором этапе формируются региональные КСГ, не имеющие федеральных прототипов для бывшей высокотехнологичной помощи, для реанимационной помощи, для медицинской реабилитации и т.п.

На третьем этапе решаются задачи в соответствии со схемой, представленной на рис. 2, осуществляется выделение из состава федеральных прототипов диагнозов или услуг, требующих самостоятельной стоимостной характеристики. Например, выделение острого инфаркта миокарда из КСГ № 39 в самостоятельную региональную КСГ. При этом основными кандидатами на уточнение являются заболевания, входящие в перечень основных по данному классу болезней, «смертельных» или дорогостоящих. Допускается формирование КСГ по этапам медицинской помощи (этап диагностики, интенсивного лечения, медицинской реабилитации и т.п.).

ТАБЛИЦА 1.

Региональные КСГ

Уровень	Условия	Возраст/оперативность	Тип ксг	Кол-во
Первый	Стационар	Взрослые-конс.	К	5
Первый	Стационар	Взрослые-конс.	Т	99
Первый	Стационар	Взрослые-опер.	К	11
Первый	Стационар	Взрослые-опер.	О	79
Первый	Стационар	Дети-конс.	К	5
Первый	Стационар	Дети-конс.	Т	103
Первый	Стационар	Дети-опер.	К	12
Первый	Стационар	Дети-опер.	О	79
Первый	Стационар дневной	Взрослые-конс.	К	5
Первый	Стационар дневной	Взрослые-конс.	Т	96
Первый	Стационар дневной	Взрослые-опер.	К	2
Первый	Стационар дневной	Взрослые-опер.	О	11
Первый	Стационар дневной	Дети-конс.	К	4
Первый	Стационар дневной	Дети-конс.	Т	98
Первый	Стационар дневной	Дети-опер.	К	2
Первый	Стационар дневной	Дети-опер.	О	11
Третий	Стационар	Взрослые-конс.	К	5
Третий	Стационар	Взрослые-конс.	Т	99
Третий	Стационар	Взрослые-опер.	К	11
Третий	Стационар	Взрослые-опер.	О	79
Третий	Стационар	Дети-конс.	К	5
Третий	Стационар	Дети-конс.	Т	103
Третий	Стационар	Дети-опер.	К	12
Третий	Стационар	Дети-опер.	О	79
Итого				1015

Тип КСГ: К – комбинированный, О – хирургический, Т – терапевтический

На четвертом этапе осуществляется полноценное наполнение всех имеющихся КСГ полным перечнем медицинских услуг по «среднему» пациенту и перечнем лекарственных средств, что необходимо для проведения полноценных экономических расчетов и корректировки коэффициента затратоемкости.

Адаптация федеральных КСГ 2015 г. к региональным особенностям позволяет на практике решить следующие задачи регионального здравоохранения:

1. Описать проблему и оценить необходимый ресурсный потенциал;

2. Рассчитать стоимость региональной программы ОМС и запланировать ее адекватную реализацию в медицинских организациях;

3. Обеспечить клинико-экономический баланс регионального здравоохранения;

4. Обосновать особенности региональной реализации программы ОМС и учесть это при расчете субвенции федерального фонда ОМС;

5. Направить финансовые ресурсы на выбранные медицинские технологии;

6. Реализовать систему текущего мониторинга выполнения целевой программы, вплоть до пациента, услуги и лекарства;

7. Оценить стоимость труда врачей и среднего персонала с учетом числа и сложности выполненных услуг, наполнив «эффективный» контракт объективным и измеряемым содержанием.

“Хирургические” КСГ РФ 2014
Клинико-статистическая группа № Q163121 . RF.0
Операция на женских половых органах(уровень затрат 5)

Профиль(специальность):	Акушерство и гинекология	Условия оказания:	Длит.ср/мин/макс.	8,4	6,7	10,1
Уровень помощи:	третий		СТАЦИОНАР	Взрослые	ОПЕРБЛОК	
Заболевания по МКБ-10:	D25.1 Интрамуральная лейомиома матки N70.1 Хрон.сальпингит и оофорит D25.9 Лейомиома матки неуточненная N83.2 Др. и неуточ. кисты яичника					
Тариф(руб) , в том числе:	56718,33					
Фонд оплаты труда :	41971,56	Страховые взносы :	0,00			
Лекарства:	9074,9	Питание:	1134,37	Прочие мед.расходы	0,00	
Инструмент (оборудование):	0,00	Мягкий инвент :	0,00	Хоз. расх:	4537,47	
Рентабельность:	0,00					
Базовая КСГ РФ :	16			Относительный коэффициент затрат (КЗ) :	2,9565	
Специалист:	КСГ РФ					
Другие профили (специальности):						

Перечень операций для « оперативных » КСГ :

A 16.20.011.013	Роботассистированная расширенная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками
A 16.20.013.003	Роботассистированная расширенная гистерэктомия (экстирпация матки) с транспозицией яичников
A 16.20.013.004	Роботассистированная транспозиция яичников
A 16.20.014.001	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками
A 16.20.014.002	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с маточными трубами
A 16.20.063.011	Экстирпация матки с придатками роботассистированная
A 16.20.063.012	Экстирпация матки с маточными трубами роботассистированная
A 16.20.063.013	Экстирпация матки расширенная роботассистированная
A 16.20.063.014	Экстирпация матки без придатков роботассистированная
A 16.20.063.015	Роботассистированная радикальная

Рис. 3.

Пример одной из сформированных хирургических КСГ

ЛИТЕРАТУРА

1. КОМАРОВ Ю.М. Медицинское страхование: для Голландии или для России // Медицина. 2014. № 1.
2. УСТЮГОВ А.В. Система ОМС в 2013 году: итоги работы в новых условиях // Здравоохранение. 2014. № 9.
3. ЧАСОВСКИХ Т.А. Вопросы практической реализации одноканального финансирования скорой медицинской помощи через систему
4. ЧИЛИЛОВ А.М., ПИРОГОВ М.В. Практика применения нормативов ресурсного обеспечения в российской системе здравоохранения // ГлавВрач. 2014. № 3.
5. HANVORAVONGCHAI P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints. Washington: The World Bank, 2013.

Чилилов Абдула Магомедович,
н.с. отделения ортопедии и артрологии Института хирургии им. А.В. Вишневского

☎ 117997, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27,
e-mail: Chirilov Abdula Magomedovich

Пирогов Михаил Васильевич,
д.э.н., профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере ФАПО Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

☎ 119571, г. Москва, пр-т Вернадского, д. 82, стр. 1

Лapidус Лариса Владимировна,
д.э.н., профессор экономического факультета Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова,

☎ 119991, г. Москва, Ленинские горы, д. 1