

РЕЗОЛЮЦИЯ
ЗАСЕДАНИЯ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО НЕФРОЛОГИИ
КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

г. Москва

17 мая 2022 г.

По результатам проведения рабочего совещания участники выделили ряд первоочередных проблем:

1. В настоящее время действующим законодательством, а именно Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и Письмом Минздрава России от 04.02.2022 N 11-7/И/2-1631 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" четко установлен порядок расчета тарифа на медицинскую услугу и тарифа клинико-статистической группы (КСГ). Однако, по результатам мониторинга ситуации в регионах РФ, можно отметить, что территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) позволяют себе отойти от регламентируемых методик расчета тарифа на услугу, а также тарифа на клинико-статистическую группу (КСГ). Это особенно четко прослеживается при анализе стоимости тарифа на услугу А18.05.002 «Гемодиализ», который значительно разнится от региона к региону. В случае проведения расчета тарифа, в строгом соответствии с нормативными документами, разница между тарифами была бы, но не столь разительна.

2. В различных регионах РФ отличаются условия оказания заместительной почечной терапией. Так, в ряде регионов данный вид медицинской помощи осуществляется в условиях круглосуточного стационара и условиях дневного стационара, а в других условиях круглосуточного стационара и условиях амбулаторно-поликлинической помощи, без определенных обоснований. Причем в некоторых регионах помощь в условиях

дневного стационара осуществляется без дополнительной клинико-статистической группы (КСГ)

3. На сегодняшний день, в регионах РФ отсутствует единая стандартизированная методология расчета тарифов (клинико-статистической группы (КСГ)) на лекарственную терапию пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП V ст.), получающих лечение методами диализа, а также, как следствие – отсутствуют единые методологические подходы по расчету и выделению объемов финансирования на проведении лекарственной терапии, даже при наличии утвержденных позиций в прейскуранте обязательного медицинского страхования (ОМС).

4. В отдельных регионах РФ не проработан вопрос финансирования и способов оплаты транспортировки пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП V ст.), получающих лечение методами диализа от места жительства до места лечения и обратно. Данная услуга является не медицинской, а социальной, вследствие чего транспортировка пациентов не может финансироваться из средств обязательного медицинского страхования (ОМС). В тоже время низкий уровень межведомственного взаимодействия в ряде регионов препятствует организации доставки пациентов от места жительства до места проведения диализа и обратно.

В целях решения вышеуказанных проблем участники совещания рабочей группы по профилю «нефрология» в рамках антикризисных мероприятий для создания управляемой и контролируемой ситуации по организации и проведению заместительной почечной терапии (ЗПТ) методами диализа:

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Рекомендуем рассмотреть возможность разработки и утверждения временного «Стандарта специализированной медицинской помощи пациентам

с хронической болезнью почек 5 стадии, получающих лечение методами гемодиализа или перитонеального диализа», либо «технологической карты процедуры гемодиализа и перитонеального диализа» с учетом необходимости проведения лекарственной терапии, в том числе препаратов, используемых для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз-стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат-связывающие вещества, кальциомиметики, препараты витамина «Д» и др.) - клинко-статистической группы (КСГ) ds18.002 "Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ".

2. Рекомендуем разработать и определить совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС) единые подходы по определению условий проведения лечения заместительной почечной терапии (ЗПТ) методами диализа в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара, без вариантов комбинации данных видов медицинской помощи.

Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:

1. Рекомендуем проработать расчет тарифа на услугу А18.05.002 «Гемодиализ» в соответствии с утвержденной методикой расчета и с учетом технологии и фактического наполнения, отражающих реальные финансовые затраты на оказание услуги «Гемодиализ». Эксперты рабочей группы готовы предоставить для расчетов детальную информацию по технологии применения и фактическому наполнению («технологическую карту») услуги «Гемодиализ».

2. Рекомендуем проработать расчет тарифа на услугу А18.30.001 «Перитонеальный диализ» в соответствии с утвержденной методикой расчета и «Стандарта специализированной медицинской помощи при почечной недостаточности. Проведение обмена перитонеального диализа», утвержденного Приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 г. №1271н.

3. Рекомендуем проработать расчет тарифов на клинико-статистической группы (КСГ) ds18.002 "Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ" в соответствии с учетом фактического наполнения данной клинико-статистической группы (КСГ), установленного Письмом Минздрава России от 04.02.2022 N 11-7/И/2-1631 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования", с целью уточнения стоимости исходя из наполнения клинико-статистической группы (КСГ). Данная группа включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальциомиметики, препараты витамина «Д»).

4. ТФОМС РФ рекомендуем ввести осуществление расчетов стоимости тарифов на клинико-статистической группы (КСГ) в соответствии с установленной Письмом Минздрава России от 04.02.2022 N 11-7/И/2-1631 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" методикой расчета, с применением такого коэффициента затратоемкости, который обеспечивает объем финансирования лекарственной терапии, рассчитанный Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

5. Совместно с Министерством здравоохранения РФ единые подходы по определению условий проведения лечения заместительной почечной терапии (ЗПТ) методами диализа в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара.

Комитету Государственной Думы по охране здоровья:

1. Внести в Протокол комитета вопрос по проблемам лекарственного обеспечения в рамках клинико-статистических групп клинико-статистической группы (КСГ) пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии,

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

2. Вынести вопрос на комиссию Партии «Единая Россия» о закреплении за регионами обязательств по незамедлительной выработке решения и механизма финансирования из регионального бюджета социальной услуги по транспортировке пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП V ст.), получающих лечение методами диализа, от места жительства до места лечения и обратно.

3. Провести совещание в Комитете Государственной Думы по охране здоровья, совместно с Комитетом Государственной Думы по контролю за исполнением законодательства, с привлечением экспертов профильных ведомств, по вопросу неисполнении Федерального закона о создании Государственных Федеральных регистров по нозологиям и недостаточного объема финансирования на их создание, что приводит к искаженным Федеральным статистическим данным.

Руководитель Рабочей группы
по «НЕФРОЛОГИИ»
Комитета Государственной Думы
по охране здоровья



А.П. Петров