



**Н.Г. Петрова,
Э.В. Комличенко,**

кафедра общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

О ПРОБЛЕМЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАНДАРТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В странах с развитой системой медицинского страхования и с преимущественно частной системой оказания медицинской помощи при оценке ее объемов, расчете необходимого количества финансовых ресурсов и с целью наиболее объективного контроля за качеством помощи широкое распространение получили стандарты (клинические, а чаще клинико-экономические), которые носят различное название (клинико-статистические, диагностически связанные группы — DRG и другие).

Система стандартизации стала развиваться и в нашей стране после введения обязательного медицинского страхования (то есть в 90-е годы XX в.).

Отраслевые стандарты объемов акушерско-гинекологической помощи, утвержденные в 1998 г., предусмотрены в первую очередь для аккредитации и лицензирования медицинских учреждений. При их составлении использовалась международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-Х).

Они включают два этапа диагностики (при установлении диагноза и в процессе проведения лечения) и лечения. Каждый этап имеет два уровня: минимальный (для классических случаев, не позволяющих выявить причину, степень тяжести, стадию заболевания) и максимальный.

В Санкт-Петербурге с 2008 г. для расчетов в системе обязательного медицинского страхования в случае стационарного лечения были введены медико-экономические стандарты, которые несколько отличаются от указанных отраслевых. В частности, здесь по аналогии с западной системой были выделены клинико-статистические группы. Каждой клинико-статистической группе соответствует определенный тариф в зависимости от длительности лечения, установлена средняя длительность лечения и его стоимость (например, при доброкачественных образованиях матки средняя длительность составляет 12 дней, а при лечении с эндоскопическими операциями — 10). Группе присваивается определенный балл, который умножается на утвержденную стоимость одного балла. Несколько меняется тариф при значительном отклонении сроков лечения от средних, а также отличается посуточный тариф.

Каждой клинико-статистической группе соответствует также перечень (и кратность) обязательных и дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций, определен характер медикаментозного лечения (группы препаратов), физиотерапевтического лечения

© Н.Г. Петрова, Э.В. Комличенко, 2010 г.



(характер и кратность процедур), характер оперативного, реанимационного и анестезиологического пособия. Кроме того, даны критерии медицинской эффективности (клиническое выздоровление, удаление патологического очага в гениталиях и т.д.).

В значительно меньшем объеме (по сравнению с отраслевым стандартом) перечислены виды анестезий, рекомендуемые лекарственные препараты. Если в отраслевом стандарте виды оперативного лечения «привязаны» к нозологии, то в региональном они перечислены отдельно (так же, как и виды анестезиологических пособий).

Характеризуя экономическую составляющую регионального стандарта, можно отметить следующее. В соответствии с тарифами территориальной программы ОМС средняя длительность лечения в рамках указанной выше КСГ предусмотрена в 12 дней, а стоимость лечения (включающая стоимость пребывания, то есть гостиничные услуги, обследования и медикаментозного лечения) в ценах 2008 г. увеличивается с 735 руб. за 1 койко-день до 8825 руб. (при лечении от 10 до 15 дней) и в последующем увеличивается, но уже с другим коэффициентом. Тарифы на лечение включают рекомендуемую длительность и соответствующую стоимость. При такой системе определения тарифов, с одной стороны, появляется стимул «не затягивать» пребывание больных в стационаре, но, с другой, единая рекомендуемая величина 12 дней длительности лечения при разных заболеваниях, включенных в одну группу, вряд ли может считаться обоснованной. Кроме того, объединение стоимости гостиничных услуг и лечебно-диагностических процедур не стимулирует врачей к выбору наиболее целесообразных с позиций соотношения «cost/quality» (цена/качество) схем медикаментозного лечения (при «расплывчатости» последних во всех стандартах).

В то же время и пациент, и страховщик должны дифференцировать для себя эти составляющие с тем, чтобы при ограничен-

ном объеме средств на лечение можно было выбирать палату той или иной степени комфортности или определить для себя, какую из указанных составляющих пациент предпочитает компенсировать из собственных средств, если сумма страховки (тариф) не покрывает реальных расходов ЛПУ.

Нельзя не отметить также, что тариф лечения по данной клинико-статистической группе ниже, чем по группе «доброкачественные образования матки с эндоскопическими операциями», что не стимулирует врачей к проведению последних.

Реальная стоимость лечения нередко значительно выше определенной по тарифу.

Следующей составляющей тарифа является стоимость анестезиологического пособия. Например, при наркозе эндотрахеальном она колеблется от 1109,76 руб. (при анестезиологическом риске II степени и длительности наркоза менее 1 часа) до 4644,36 руб. (при риске V степени и длительности более двух часов). Расчет, проведенный нами с учетом всех составляющих себестоимости (безотносительно риска, то есть подразумевается, что он минимален), показал, что стоимость одного часа наркоза составляет 1700 руб. (то есть выше минимальной на 54,1%). Определенная по тарифу стоимость тотальной внутривенной анестезии составляет 1103,76 руб., расчетная себестоимость — 1500 руб. (разница — 36,0%).

Третьей составляющей тарифа по ОМС является стоимость оперативного вмешательства. Например, при наличии доброкачественных опухолей матки могут применяться различные методы: от консервативной миомэтомии до экстирпации матки с придатками (абдоминальным доступом). Стоимость всех этих вмешательств одинакова и составляет 4688,36 руб. Столько же стоит влагалищная экстирпация матки. Выше стоимость консервативной миомэтомии и пангистерэктомии, выполняемых вагинальным доступом (8054,94 руб.), и еще выше — эндоскопической гистерэктомии с удалением и без удаления придатков (9731,33 руб.).





Важно отметить, что выбор того или иного метода оперативного лечения зависит от медицинских показаний, возможностей (квалификации) врача и ЛПУ и он существенно влияет на среднюю длительность лечения и, следовательно, на уровень оплаты (производя более дорогостоящую операцию, можно сократить длительность лечения, но при этом суммарно получить меньший уровень оплаты по ОМС, что невыгодно для ЛПУ).

Нами была сопоставлена длительность лечения больных с лейомиомой матки при различных методах оперативного лечения. Как видно из *рис. 1*, при использовании вагинального доступа (экстирпация, пангистерэктомия) средняя длительность лечения больных существенно ($P < 0,01$) ниже, чем при традиционном (абдоминальном) доступе.

Приведенный выше анализ свидетельствует о несовершенстве применяемых в настоящее время стандартов, используемых в системе ОМС, как с медицинской, так и с экономической точки зрения. Однако экономический аспект рассматриваемой проблемы значительно шире. Как отмечалось выше, выбор того или иного метода лечения (в том числе оперативного) определяется рядом обстоятельств объективного и субъективного характера, и не последним среди них являются

экономическая целесообразность и выгода (для врача и стационара) проведения более сложных, но и более эффективных (в том числе с позиций последующего качества жизни прооперированных пациенток) вмешательств. К тому же действительный переход на преимущественно экономические методы управления подразумевает в первую очередь соблюдение такого основополагающего принципа, как соответствие доходов и расходов. То есть оплата медицинских услуг как минимум должна соответствовать реальным расходам (издержкам) на их оказание.

С целью определения такого соответствия (или несоответствия) нами была рассчитана себестоимость отдельных гинекологических операций.

При расчете себестоимости и стоимости различных оперативных вмешательств при гинекологической патологии мы руководствовались «Методическими рекомендациями по расчету себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения» (утвержденными МЗ РФ 26.11.1992).

Мы сопоставили полученные значения и уровень существующих тарифов по ряду оперативных вмешательств (*табл. 1*). Проведенный анализ показал, что в среднем себестоимость примерно вдвое превышает

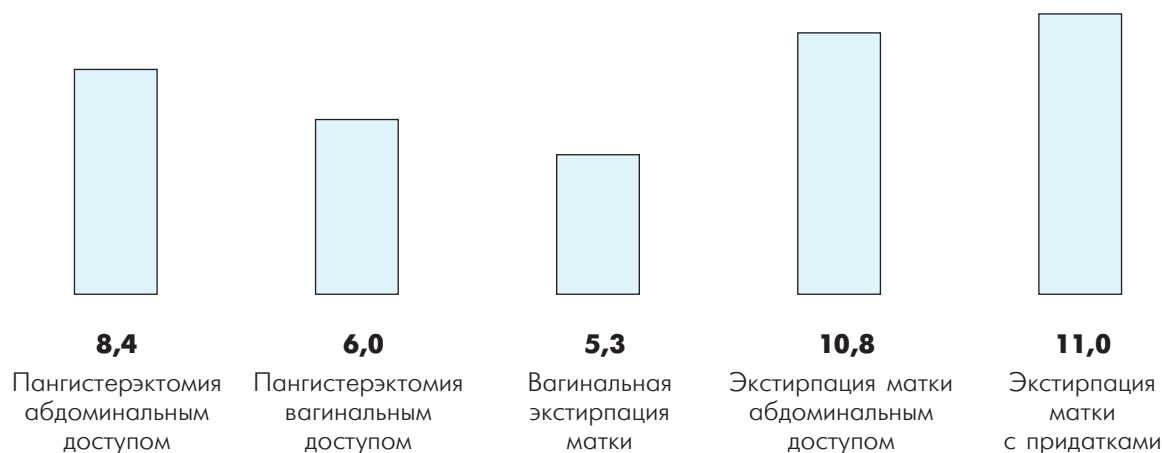


Рис. 1. Средняя длительность лечения больных с лейомиомой матки при разных методах лечения, дни



Таблица 1

Соотношение себестоимости различных оперативных вмешательств и тарифов на их проведение в системе ОМС

Вид вмешательств	Тариф (руб.) 1	Себестоимость (руб.) 2	Их соотношение 2/1
Эндоскопическая гистерэктомия	9731	17 239	1,8
Вагинальная экстирпация матки	4688	11 612*	2,5
		26 204	5,6
Эндоскопическое удаление кисты яичника	2543	5500	2,2
Экстирпация матки с придатками	4688	5500	1,2
Пангистерэктомия влагалищная	8054	22 000	2,7
Эндоскопическое удаление маточной трубы	2543	5500	2,2
Удаление кисты влагалища	1045	3260	3,1
Кольпоперинеоррафия	2479	9305	3,8

* Разные варианты операции

существующие тарифы (особенно высок разрыв при проведении операции по вагинальной гистерэктомии, которая в тарифах дана в одном варианте, а по фактической стоимости отличается в зависимости от размера матки и в зависимости от того, рожала женщина или нет).

Говоря о соотношении длительности лечения и его стоимости (в целом и отдельных составляющих), нельзя не отметить следующий момент. С увеличением длительности лечения увеличивается доля расходов, связанных с «содержанием» больных, и снижается процент стоимости оперативного лечения. Например, при влагалищной экстирпации матки без придатков (по поводу лейомиомы матки) в случае длительности лечения, составляющей 4 дня, доля расходов на «гостиничные услуги», обследование и неоперативное лечение составляет менее трети (30,3%), а при длительности лечения 8 дней — уже почти половину (46,5%). То есть рост составляет 53,2%. Соответственно удельный вес стоимости оперативного лечения снижается с 48,2 до 37,0%.

При операции экстирпации матки без придатков абдоминальным доступом в случае, если длительность лечения составляет 8 дней, доля расходов на пребывание, обследова-

ние, лечение — 43,8%, при длительности же госпитализации 16 дней — 54,8% (прирост 25,1%). Наибольший же прирост (55,5%) отмечается при двукратном увеличении длительности лечения (с 8 до 16 дней) при проведении абдоминальной гистерэктомии.

При разных видах вмешательств и одинаковой длительности лечения соотношение указанных составляющих меняется несущественно (доля анализируемых расходов колеблется от 42,0 до 46,5%).

Указанное еще раз доказывает необходимость оптимального сочетания выбора метода оперативного лечения и длительности пребывания больных в стационаре.

Таким образом, проведенный анализ доказал, что существующие стандарты гинекологической помощи и тарифы на ее оказание требуют своего совершенствования как с клинической точки зрения (с учетом современных подходов к диагностике и лечению различной патологии), так и с экономической (необходимость уровня оплаты, покрывающей издержки на оказание тех или иных услуг и стимулирующей врачей к использованию наиболее оптимальных для пациентов, но более сложных в техническом отношении методов лечения, главным образом оперативного).

