

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ТАРИФА НА ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТУ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*И.М. Барсукова*

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,  
Санкт-Петербург, Россия

В статье обоснована высокая значимость стандартизации и тарификации услуг скорой медицинской помощи, а также статистика успешного внедрения тарифов на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, в том числе в Санкт-Петербурге. Показано, что наличие специализированного тарифа на проведение тромболитической терапии в субъектах РФ явилось стимулирующим фактором внедрения этой современной технологии в работу скорой медицинской помощи, способствовало приведению алгоритма оказания медицинской помощи больным с острым и повторным инфарктом миокарда в соответствие с утвержденным стандартом, повышению качества оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, тарифы скорой медицинской помощи, медико-экономические тарифы

### Введение

В связи с вступлением в силу Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основные направления модернизации скорой медицинской помощи (далее – СМП) связаны с обеспечением доступности и качества медицинской помощи, рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения. Механизмом достижения этой цели является сбалансированность между необходимыми объемами, структурой медицинской помощи, условиями ее оказания и необходимыми для этого финансовыми средствами. Одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в Российской Федерации (далее – РФ) является его стандартизация.

Важным механизмом, стимулирующим рост эффективности использования ресурсов, является выбор способа финансирования медицинской помощи, создающего условия для формирования оптимальной структуры и объемов медицинской помощи, повышения качества оказываемой медицинской помощи [1]. Наибольшую экономическую мотивацию имеет оплата медицинской помощи не за ее усредненный объем, а за пролеченных больных (по нозологическим формам). Она конкретизирует сто-

имость услуги по каждому больному, позволяет возмещать затраты на оказание медицинской помощи. Помимо способов оплаты СМП, ключевым понятием в финансово-экономическом благополучии учреждения являются тарифы на медицинские услуги. Тарифы на оплату медицинской помощи (услуги) включают статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Методика расчета тарифов установлена Правилами обязательного медицинского страхования (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н). Расходы рассчитываются исходя из затрат учреждения, непосредственно связанных с оказанием медпомощи (медуслуги), и затрат, необходимых для обеспечения деятельности учреждения в целом [2].

Тарифы на медицинские услуги, предоставляемые по территориальной программе ОМС, определяются соглашением между заинтересованными сторонами, для чего в субъектах РФ создаются и функционируют согласительные комиссии. Члены согласительной комиссии участвуют в разработке Положения о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Как отмечено в Письме Минздрава России от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305, поскольку субъекты РФ самостоятельно решают вопрос о выборе конкретных способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий обеспе-

чения гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Следует отметить, что положительный эффект от того или иного способа оплаты медицинской помощи во многом зависит от правил и техники формирования тарифов на медицинские услуги, а также от точности расчетов, отражающих сложившиеся технологии оказания медицинской помощи [3].

Вопросы повышения качества медицинской помощи предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результата, то есть наличия стандартов. В основе тарифов лежат стандарты, которые могут быть разработаны как для структуры, так и для процесса и результатов деятельности организации и связаны с затратами ресурсов. Среди стран, наиболее активно работающих над созданием стандартов, следует назвать США, развитые страны Европы, Японию. Быстрый рост стоимости медицинской помощи приводит к стремлению экономистов с помощью стандартизации снизить расходы системы здравоохранения [4].

Потребность в стандартизации и тарификации услуг особенно актуальной для скорой медицинской помощи стала с 2013 года в связи с переходом к финансированию в системе обязательного медицинского страхования, повлекшим за собой изменение системы учета и контроля в медицинских организациях скорой медицинской помощи, в том числе целевого использования средств ОМС и контроля качества медицинской помощи. Этой цели служит разработка медико-экономических стандартов СМП (далее – МЭС), которые позволяют тарифицировать медицинскую помощь в разрезе заболеваний (нозологий). МЭС – это унифицированные эталоны гарантированного объема диагностических, лечебных и профилактических процедур, а также требований к результатам лечения конкретных нозологических форм (заболеваний) с учетом категории сложности (трудозатрат) и экономических нормативов [4].

**Цель исследования:** оценка эффективности внедрения тарифа на проведение тромболитической терапии в работу догоспитального этапа скорой медицинской помощи.

## Материалы и методы

Материалом для исследования послужила Отраслевая статистическая отчетность за 2012–2013 годы (форма № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»), а также территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2012, 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов во всех (83) субъектах Российской Федерации. Использованы правовой, организационный, финансово-экономический, статистический методы исследования.

## Результаты и их обсуждение

Примером успешной работы могут служить тарифы на проведение тромболитической терапии (далее – ТЛТ) на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Вопросам проведения ТЛТ уделяется большое внимание в нашей стране. Данные статистики отмечают рост числа случаев проведения ТЛТ при остром и повторном инфаркте на догоспитальном этапе СМП до 10 тыс. случаев в год, что составляет 4,8% от общего числа больных с данной патологией в условиях СМП. Несомненна высокая значимость этого способа лечения, а также проблемы его широкого внедрения в работу СМП: одной из ведущих является высокая стоимость тромболитических препаратов, ограничивающая их закупки. Проблему эту решает разработка медико-экономических стандартов СМП на проведение ТЛТ с последующей тарификацией услуги, что позволяет компенсировать затраты медицинской организации на проведение дорогостоящего лечения. Оплата за проведение системного тромболитизиса на догоспитальном этапе СМП подразумевает выставление тарифа по законченному случаю лечения.

Законченный случай проведения системного тромболитизиса на догоспитальном этапе – проведение системного тромболитизиса на догоспитальном этапе, включающее комплекс диагностических, лечебных и организационных мероприятий, осуществленных бригадой СМП на вызове, с использованием сложных, уникальных и/или ресурсоемких медицинских технологий в соответствии с утвержденным перечнем высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи (с учетом стоимости расходного материала и медикаментов) [5].

Из 83 субъектов РФ в 2013 году только 12 (14%) указали наличие отдельного тарифа на ТЛТ в рамках своих территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в Генеральных тарифных соглашениях). Мы провели анализ динамики частоты проведения ТЛТ в субъектах РФ в связи с наличием этого тарифа. Результаты исследования представлены в таблице 1.

### Выводы

В соответствии с полученными данными при снижении числа больных с острым и повторным инфарктом миокарда (далее – ОИМ) в период 2012–2013 гг. наблюдается рост числа случаев проведения ТЛТ на догоспитальном этапе СМП.

Динамика числа проведенных ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарда на догоспитальном этапе СМП наиболее выражена в субъектах РФ, имеющих специализированный тариф на данную услугу (+39,9%) в 2013 году по сравнению с субъектами РФ, не имеющими этого тарифа (+8,7%).

Динамика частоты проведения ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарда на догоспитальном этапе СМП в субъектах РФ с та-

рифом на ТЛТ характеризуется ростом на 50,8% (с 4,1% до 6,1%) в то время как динамика увеличения данного показателя в субъектах без тарифа на ТЛТ составила только 16,7% (с 3,9% до 4,6%).

Из 12 субъектов РФ, имеющих тарифы на ТЛТ, 9 использовали подушевой способ оплаты СМП, а 3 – оплату за вызов СМП. В первом случае счет на ТЛТ выставлялся по отдельному тарифу (сверх подушевого норматива), во втором – суммировался с тарифом стоимости выезда СМП. При этом выполнение ТЛТ осуществлялось силами как фельдшерских, так и врачебных бригад (общепрофильных и специализированных – кардиологического и анестезиолого-реанимационного профиля). Усредненная стоимость услуги ТЛТ по стране составила: 22500,0 рублей (ТЛТ, актилизе) и 72265,4 рублей (ТЛТ, метализе). Лидерами в проведении тромболизиса на догоспитальном этапе стали Камчатский край, Республика Алтай, Кабардино-Балкарская Республика, Забайкальский край, Магаданская область, Карачаево-Черкесская Республика, Оренбургская область, Тюменская область, Республика Коми.

Примером эффективного внедрения тарифа на проведение тромболизиса является опыт Санкт-Петербурга. Разработка МЭС 911010

Таблица 1

### Частота проведения тромболизиса при наличии и отсутствии тарифа на проведение этой терапии в субъектах Российской Федерации, 2012–2013 гг.

Способ оплаты СМП	Год, показатели	Число больных с острым и повторным инфарктом миокарда	Число ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарда на догоспитальном этапе СМП	Частота ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарда на догоспитальном этапе СМП, %
Субъекты РФ с тарифом на ТЛТ (n=12)	2012	38838	1601	4,1
	2013	36017	2239	6,2
	Динамика, абс. знач.	-2821	6381	2,1
	Динамика, %	-7,3	39,9	50,8
Субъекты РФ без тарифа на ТЛТ (n=71)	2012	187354	7317	3,9
	2013	174466	7953	4,6
	Динамика, абс. знач.	-12888	6361	0,7
	Динамика, %	-6,9	8,7	16,7

Достоверность различий ( $p < 0,01$ ).

«СМП Системный тромболизис на догоспитальном этапе» послужил основой для установления тарифа для шести учреждений города (станций и отделений СМП). На заседании Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге от 02.08.2013 (п. 6) принято решение «установить с 01.09.2013 в приложении №17 к Генеральному тарифному соглашению тариф в соответствии с МЭС 911010 «СМП Системный тромболизис на догоспитальном этапе» – 53 788,9 руб. ... (в дальнейшем он был увеличен). В случае оказания СМП застрахованным на территории Санкт-Петербурга тариф в соответствии с МЭС 911010 применяется дополнительно к финансовому обеспечению по подушевым нормативам финансирования [6]. Тариф утвержден Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 12 августа 2013 г. N 330-р «Об утверждении предварительного медико-экономического стандарта по профилю скорая медицинская помощь» [7]. Результат внедрения представлен в таблице 2.

### Выводы

1. В соответствии с общими тенденциями наблюдается снижение числа больных с ОИМ в

условиях СМП в Санкт-Петербурге за период 2012–2013 гг. (на 4,6%).

2. Число проведенных ТЛТ у больных ОИМ в 2013 году выросло в Санкт-Петербурге на 93,4% (с 156 до 302 случаев), в то время когда в целом по РФ этот показатель увеличился только на 14,3%.

3. Частота проведения ТЛТ у больных ОИМ в 2013 году в Санкт-Петербурге возросла на 102,8% (с 1,7% до 3,5%), в то время когда в РФ этот показатель увеличился только на 22,9%.

### Заключение

Таким образом, наличие специализированного тарифа на проведение ТЛТ в субъектах РФ явилось стимулирующим фактором внедрения этой современной технологии в работу СМП, что способствовало приведению алгоритма оказания медицинской помощи больным с острым и повторным инфарктом миокарда в соответствие с утвержденным стандартом, повышению качества оказания медицинской помощи.

Система оплаты и тарифы должны быть направлены на обеспечение должного вознаграждения учреждениям здравоохранения, способным показать высокую эффективность

Таблица 2

### Частота проведения тромболизиса в Санкт-Петербурге в сравнении с общими показателями по Российской Федерации, 2012–2013 гг.

	Год, показатели	Число больных с острым и повторным инфарктом миокарда	Число ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарде на догоспитальном этапе СМП	Частота ТЛТ при остром и повторном инфаркте миокарда на догоспитальном этапе СМП, %
Санкт-Петербург	2012	9 075	156	1,7
	2013	8 661	302	3,5
	Динамика, абс. знач.	-414	1461	1,8
	Динамика, %	-4,6	93,6	102,8
Российская Федерация	2012	226 388	8 918	3,9
	2013	210 681	10 196	4,8
	Динамика, абс. знач.	-15 707	1 2781	0,9
	Динамика, %	-6,9	14,3	22,9

Достоверность различий ( $p < 0,01$ ).



в предоставлении медицинской помощи. Они способны повысить инициативность всех подразделений учреждения и стимулировать их на более качественное и менее затратное медицинское обслуживание населения. Решения этих задач можно добиться путем применения таких способов оплаты медицинской помощи и тарифов, которые бы не только мотивировали медицинскую организацию к результативной работе, но и обеспечивали бы оптимальное сочетание рыночных сил и мер государственного регулирования, предпринимательских и некоммерческих форм организации медицинской помощи [8–11].

### Литература

1. Барсукова, И.М. Вопросы выбора способов оплаты скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. – СПб. – 2014. – №4. – С. 10–17.

2. Шамшурина, Н.Г. Оплата медпомощи: тариф «максимальный» [Электронный ресурс] / Н.Г. Шамшурина // Финансовый справочник бюджетной организации. – 2014. – №2. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

3. Семенов, В.Ю. Способы оплаты медицинских услуг [Электронный ресурс] / В.Ю. Семенов // ГлавВрач. – 2007. – №4. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

4. Дьяченко, В.Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. – Хабаровск: Издательство ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2012 – 655 с.

5. Письмо Минздрава России N 14-0/10/2-2564, ФФОМС N 7155/30 от 26.09.2012 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

6. Решение № 6 заседания Комиссии по раз-

работке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге от 02.08.2013 [Электронный ресурс] / Официальный сайт Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга. – Режим доступа: [http://www.spboms.ru/kiop/main?page\\_id=1483](http://www.spboms.ru/kiop/main?page_id=1483).

7. Распоряжение Комитета по здравоохранению от 12 августа 2013 г. N 330-р «Об утверждении предварительного медико-экономического стандарта по профилю скорая медицинская помощь» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

8. Андреева, О.В. Аудит эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении РФ. Анализ и результат / О.В. Андреева, В.О. Флек и др.; под ред. В.П. Горегляда. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

9. Додонова, И.В. Экономическая характеристика медицинской помощи / И.В. Додонова // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 19: сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – СПб.: Первый издательско-полиграфический холдинг, 2014. – 420с. – С. 77–79.

10. Шестопалов Н.В. Бюджетирование, ориентированное на результат. Для специалистов Роспотребнадзора: учебное пособие / под ред. Н.В. Шестопалова, Л.М. Симкаловой. О.В. Митрохина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – 70с.

11. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305 (с изм. от 11.11.2013) «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» (вместе с «Рекомендациями для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций «Способы...», утв. ФФОМС) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

*И.М. Барсукова*

*Тел. (812)384-46-98, +79217479733*

*E-mail: bim-64@mail.ru*

**И.М. Барсукова** Оценка эффективности внедрения тарифа на проведение тромболитической терапии в работу догоспитального этапа скорой медицинской помощи // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7, № 1. – С. 122–127.

## ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF INTRODUCTION OF THE TARIFF FOR CARRYING OUT THROMBOLYTIC THERAPY IN WORK OF THE PRE-HOSPITAL STAGE OF THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE

*I.M. Barsukova*

Northwest state medical university of I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia  
The St. Petersburg research institute of ambulance of I.I. Dzhanelidze, St. Petersburg, Russia

In article the high importance of standardization and tariffing of services of an emergency medical service, and also statistics of successful introduction of tariffs at a pre-hospital stage of an emergency medical service in subjects of the Russian Federation, including, in St. Petersburg is proved. It is shown that existence of a specialized tariff for carrying out thrombolytic therapy in territorial subjects of the Russian Federation was the stimulating factor of introduction of this modern technology in work of an emergency medical service that promoted reduction of algorithm of delivery of health care by the patient with a sharp and repeated myocardial infarction in compliance with the approved standard, to improvement of quality of delivery of health care.

**Keywords:** emergency medical service, tariffs of an emergency medical service, medico-economic tariffs.

### **Authors**

I.M. Barsukova  
Tel.: (812)384-46-98, +79217479733  
E-mail: bim-64@mail.ru

Barsukova I.M. Assessment of efficiency of introduction of the tariff for carrying out thrombolytic therapy in work of the pre-hospital stage of the emergency medical service // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. — 2015. — Vol. 7, № 1. — P. 122–127.