Медицинские технологии. Оценка и выбор
2022, №3 (44), сс. 41–48
https://doi.org/10.17116/medtech20224403141

Medical Technologies. Assessment and Choice
2022, no. 3 (44), pp. 41–48
https://doi.org/10.17116/medtech20224403141

Нормативное регулирование и финансовое обеспечение респираторной поддержки и кислородотерапии на дому: расширение возможностей применения

© С.Н. АВДЕЕВ[1], Д.В. НЕВЗОРОВА[1], Е.В. КАРАКУЛИНА[2], М.В. АВКСЕНТЬЕВА[1], В.В. ТКАЧЕНКО[3]

[1]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;
[2]ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко» Минобрнауки России, Москва, Россия;
[3]ООО «Вивикьюб», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Респираторная поддержка и кислородотерапия (РПиК) показаны пациентам с различными респираторными заболеваниями, осложнением которых является хроническая дыхательная недостаточность. В настоящее время РПиК на дому в Российской Федерации проводятся при оказании паллиативной медицинской помощи. Тем не менее многие пациенты с хронической дыхательной недостаточностью не соответствуют критериям нуждаемости в паллиативной медицинской помощи, но могут получить пользу от РПиК на дому. Для расширения возможностей обеспечения пациентов РПиК в домашних условиях необходимо совершенствование нормативной правовой базы, регулирующей оказание различных видов медицинской помощи, и определение источников ее финансирования и способов оплаты. Предлагается изменение описания характеристик первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в амбулаторных условиях на дому и в условиях стационара на дому путем включения в это описание оказания ПМСП при хронических заболеваниях, длительно (без ограничения по времени), без постоянного присутствия и без ежедневных посещений медицинского работника, но с выполнением периодических посещений и дистанционным сопровождением. Оплату РПиК на дому для пациентов, не нуждающихся в оказании паллиативной помощи, целесообразно производить за счет средств обязательного медицинского страхования либо за услугу, либо по специально разработанной клинико-статистической группе.

Ключевые слова: *респираторная поддержка и кислородотерапия на дому, паллиативная помощь, первичная медико-санитарная помощь, дневной стационар, стационар на дому, нормативное правовое регулирование, клинико-статистические группы.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Авдеев С.Н. — https://orcid.org/0000-0002-5999-2150
Невзорова Д.В. — https://orcid.org/0000-0001-8821-2195
Каракулина Е.В. — karakulinaev@minzdrav.gov.ru
Авксентьева М.В. — https://orcid.org/0000-0001-6660-0402
Ткаченко В.В. — https://orcid.org/0000-0001-6682-0560
Автор, ответственный за переписку: Ткаченко В.В. — e-mail: vv@vvcube.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Авдеев С.Н., Невзорова Д.В., Каракулина Е.В., Авксентьева М.В., Ткаченко В.В. Нормативное регулирование и финансовое обеспечение респираторной поддержки и кислородотерапии на дому: расширение возможностей применения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2022;44(3):41–48. https://doi.org/10.17116/medtech20224403141

Regulation and funding for home respiratory support and oxygen therapy strengthening the capacity

© S.N. AVDEEV[1], D.V. NEVZOROVA[1], E.V. KARAKULINA[2], M.V. AVXENTYEVA[1], V.V. TKACHENKO[3]

[1]Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;
[2]Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;
[3]ViviCube LLC, Moscow, Russia

ABSTRACT

Respiratory support and oxygen therapy are indicated for patients with various respiratory diseases complicated by chronic respiratory failure. Currently, home respiratory support and oxygen therapy are implemented for palliative care in our country. Nevertheless, many patients with chronic respiratory failure do not meet the criteria for palliative care but can benefit from home-based respiratory support and oxygen therapy. Improving the legal basis governing medical care, as well as determining the sources of financing and payment methods are necessary to expand the possibilities of home-based respiratory support and oxygen therapy. The authors propose the changes in the sens of legislative term «primary care, out-patient and hospital-at-home» by including long-tem care into its definition. It should be stated that long-term care is provided continuously, and there is no need in dai-

ly visits of a physician. Instead periodical visits are necessary or distant follow-up with the use of telemedicine. It is advisable to pay for home-based respiratory support and oxygen therapy in patients not needing for palliative care at the expense of compulsory medical insurance either for medical procedure or specially designed diagnosis-related group.

***Keywords**: home respiratory support and oxygen therapy, palliative care, primary health care, day hospital, hospital-at-home, legal regulation, diagnosis-related group.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Avdeev S.N. — https://orcid.org/0000-0002-5999-2150
Nevzorova D.V. — https://orcid.org/0000-0001-8821-2195
Karakulina E.V. — karakulinaev@minzdrav.gov.ru
Avxentyeva M.V. — https://orcid.org/0000-0001-6660-0402
Tkachenko V.V. — https://orcid.org/0000-0001-6682-0560
Corresponding author: Tkachenko V.V. — e-mail: vv@vvcube.com

TO CITE THIS ARTICLE:
Avdeev SN, Nevzorova DV, Karakulina EV, Avxentyeva MV, Tkachenko VV. Regulation and funding for home respiratory support and oxygen therapy strengthening the capacity. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2022;44(3):41–48. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/medtech20224403141

Респираторная поддержка и кислородотерапия (РПиК) показаны пациентам с различными респираторными заболеваниями, осложнением которых является хроническая дыхательная недостаточность. Проведение РПиК в домашних условиях, или «на дому», улучшает качество жизни пациентов и их близких, позволяет многим из них быть социально активными и способствует разгрузке дорогостоящих реанимационных коек [1—3].

В настоящее время РПиК на дому в Российской Федерации проводятся при оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП). Соответственно, пациент, чтобы претендовать на бесплатное получение РПиК на дому, должен быть в установленном порядке признан нуждающимся в ПМП[1]. Согласно федеральному законодательству в сфере охраны здоровья, ПМП представляет собой «комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания»[2]. ПМП подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь (в том числе доврачебную и врачебную) и паллиативную специализированную медицинскую помощь и может быть оказана в разных условиях: амбулаторных, в том числе на дому, в условиях дневного и круглосуточного стационара. При этом финансовое обеспечение и первичной, и специализированной паллиативной медицинской помощи в любых условиях в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации осуществляется за счет одного источника (п. 4 ст. 83 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»): бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и иных источников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Исходя из определенных потребностей в ПМП, сформирована нормативная правовая база, необходимая для обеспечения возможности проведения РПиК на дому. Положение об организации оказания ПМП[3] предусматривает среди прочего РПиК в домашних условиях. Определены и утверждены приказами Минздрава России перечень медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому[4], и порядок передачи таких изделий от медицинской организации паци-

[1]Порядок признания пациента нуждающимся в паллиативной помощи определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 г. №345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

[2]Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

[3]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 г. №345н, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 г. №372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

[4]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 г. №348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому».

енту (его законному представителю)[5]. Методические рекомендации по вопросам организации передачи пациенту (его законному представителю), получающему ПМП на дому, медицинских изделий для поддержания функций органов и систем организма человека, разработаны авторским коллективом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовского Университета).

Начиная с 2019 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования реализации государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию системы оказания ПМП, выделяются субсидии на приобретение в том числе медицинских изделий для оказания РПиК на дому пациентам, признанным нуждающимися в ПМП. Важно, что приобретаемое оборудование используется только при оказании ПМП [4].

Тем не менее, по мнению экспертов, потребность в РПиК на дому в Российской Федерации в настоящее время даже среди пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, удовлетворена не полностью. Это обусловлено как значительными затратами на оборудование и его обслуживание, так и недостаточным числом квалифицированных специалистов, которые могут контролировать работу этого оборудования в домашних условиях, обеспечивать его бесперебойную работу и обучать лиц, осуществляющих уход за пациентом, необходимым навыкам.

Кроме того, многие пациенты с хронической дыхательной недостаточностью не имеют медицинских показаний к оказанию ПМП, утвержденных приказом Минздрава России. Это, например, пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), муковисцидозом, кифосколиозом, синдромом ожирения-гиповентиляции, ночным апноэ и др. В последние два года число пациентов, не нуждающихся в оказании ПМП, но нуждающихся в РПиК на дому, увеличилось из-за эпидемии COVID-19.

Длительная кислородотерапия, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, упоминается в клинических рекомендациях, которые служат основой для оказания медицинской помощи. Например, в клинических рекомендациях по ХОБЛ (ID: 603 от 23.06.2021 г.) указано: «У пациентов с ХОБЛ со стабильным течением ХДН, не нуждающихся в интенсивной терапии, возможно проведение длительной респираторной поддержки и кислородотерапии на постоянной основе в домашних условиях — так называемой длительной домашней вентиляции легких (ДДВЛ)» [5].

Тем не менее организационные подходы и методика проведения РПиК в домашних условиях пациентам, не нуждающимся в оказании ПМП, должны быть уточнены и скорректированы, а источники финансирования и способы оплаты — детально проработаны. Следует отметить, что не по всем заболеваниям (состояниям), при которых требуется проведение РПиК на дому, разработаны и утверждены клинические рекомендации.

Расширение возможности обеспечения проведения РПиК на дому предполагает совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей оказание различных видов медицинской помощи, и определение источников ее финансирования и способов оплаты.

Необходимо определить, в рамках какого вида медицинской помощи (помимо паллиативной) может быть обеспечено проведение РПиК и к каким условиям оказания медицинской помощи следует ее отнести. Последнее важно с точки зрения выбора способов оплаты: они различны для разных условий оказания медицинской помощи.

Нормативно-правовое регулирование проведения респираторной поддержки и кислородотерапии в домашних условиях

В настоящее время оказание медицинской помощи на дому предусмотрено действующим законодательством только для ПМП и первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Вне медицинской организации оказывается также скорая медицинская помощь, но длительная процедура РПиК в домашних условиях к ней не относится.

ПМСП на дому, согласно Положению об организации оказания ПМСП взрослому населению[6], может быть оказана:

1) в амбулаторных условиях, в том числе по месту жительства (пребывания) пациента (то есть фактически на дому);

2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Положением обозначены ситуации, в которых оказывается помощь на дому. В амбулаторных условиях — «при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболе-

[5]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 г. №505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».

[6]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

вания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся».

Стационар на дому рекомендуется организовывать для оказания медицинской помощи «больным с острыми, хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия это позволяют. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов. При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар».

Таким образом, клиническая ситуация, в которой необходимы РПиК на дому, не соответствует описанию ни амбулаторной помощи на дому, ни стационара на дому. РПиК в домашних условиях требуются при хронических заболеваниях, а не при острых и обострении хронических, фактически оказывается не только при посещении (вызове) медицинского работника, но и между посещениями (вызовами) — в процессе работы оборудования без присутствия медицинского специалиста. Проведение РПиК на дому является стационарозамещающей технологией, но в определении стационара на дому также есть указание на возможность его организации при острых и обострении хронических заболеваний (а не при хронических), кроме того, упоминается ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, чего не требуется при правильной организации РПиК.

При анализе нормативно-правовой базы в Российской Федерации в сфере здравоохранения обнаружен Приказ Минздрава России от 9 декабря 1999 г. №438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», регламентировавший деятельность стационара на дому как варианта дневного стационара. В этом документе указано на необходимость организации стационаров на дому с учетом Положения об организации деятельности отделений медико-социальной помощи[7] для лиц пожилого и старческого возраста. Другие документы, регулирующие деятельность стационаров на дому, не обнаружены. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях[8] не предлагают каких-либо конкретных направлений деятельности стационара на дому, хотя и упоминают его во вводной части. Надо также признать, что все документы по деятельности дневных стационаров устарели и не соответствуют современному состоянию медицинской науки и практики.

В публикациях, появляющихся в периодических профессиональных изданиях, указывается востребованность стационаров на дому, однако провести детальный анализ состава пациентов, получающих в них лечение, затруднительно из-за особенностей статистического наблюдения [6, 7].

Таким образом, в настоящее время является актуальной доработка действующей нормативно-правовой базы для обеспечения возможности проведения РПиК в домашних условиях вне рамок ПМП. Это можно осуществить различными путями.

Например, можно изменить описание характеристик ПМСП в амбулаторных условиях на дому и в условиях стационара на дому путем включения в это описание возможности ее оказания при хронических заболеваниях, длительно (без ограничения по времени), без постоянного присутствия и без ежедневных посещений медицинского работника. Последнее заменяется периодическими посещениями и дистанционным сопровождением.

При этом следует обратить внимание на новеллы в законодательстве, а именно: вступивший в силу 1 сентября 2020 г. Федеральный закон от 13 июля 2020 г. №189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» позволяет регулировать отношения, связанные с формированием и исполнением государственных (муниципальных) социальных заказов на оказание государственных (муниципальных) услуг физическим лицам за счет субсидий, предоставляемых из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в отраслях социальной сферы, к которым в целях настоящего Федерального закона относятся образование, здравоохранение, социальная защита, занятость населения, физическая культура и спорт, туризм. Данный закон действует как пилотный в 34 субъектах Российской Федерации до 1 января 2025 г. и применя-

[7] Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.1999 г. №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».

[8] Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 17.11.2000 г. за №2000/166).

ется в том числе в сфере социального обслуживания (за исключением услуг в сфере социального обслуживания в стационарной форме) и оказания ПМП.

При анализе размещаемых заказов на площадках в различных субъектах Российской Федерации выяснено, что значительная доля приходится на услуги на дому, в том числе:

— предоставление социального обслуживания в форме на дому;
— предоставление социального обслуживания в полустационарной форме и на дому;
— оказание реабилитационных услуг на дому;
— иные медицинские услуги в полустационарной форме и на дому.

Анализ РПиК на дому в рамках оказания ПМП при размещении государственного (муниципального) социального заказа на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере позволит не только изучить маршрутизацию пациентов при оказании подобной услуги, но и найти оптимальные пути передачи оборудования на дом, а также в целом привлечь квалифицированных специалистов к обеспечению РПиК на дому.

Финансирование и оплата респираторной поддержки и кислородотерапии в домашних условиях

В соответствии с федеральным законодательством источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования (ОМС), средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники[9].

Как указано выше, ПМП в основном оплачивается за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации (если не учитывать благотворительность и личные средства граждан). Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, которые приводят к дыхательной недостаточности и формируют потребность в РПиК, в значительной доле оплачиваются за счет средств ОМС[10], что позволяет предложить оплачивать таким пациентам за счет средств ОМС и РПиК в домашних условиях.

Способы оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС в Российской Федерации определяются Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению и различны для разных условий оказания медицинской помощи.

Оплату скорой медицинской помощи мы далее не рассматриваем как не соответствующую условиям проведения РПиК на дому. Для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, сейчас используются следующие способы оплаты:

— по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;
— за единицу объема медицинской помощи — за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

Если признать РПиК в домашних условиях вариантом амбулаторной медицинской помощи, то ее оплату можно производить за единицу объема оказания медицинской помощи — за услугу. Включение в подушевой норматив видится нецелесообразным из-за высокой стоимости РПиК. Оплата за посещение (обращение) теоретически возможна, но основные затраты в ходе РПиК приходятся на оборудование и расходные материалы, функционирующие без постоянного контроля медицинского специалиста, и привязывать оплату к числу контактов с медицинским работником (посещений/обращений) не рационально.

Основные услуги, которые оказываются пациенту в ходе РПиК и кодирующие собственно искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и кислородотерапию, включены как в действующую номенклатуру медицинских услуг[11], утвержденную Минздравом России, так и в проект новой номенклатуры[12], размещенный для общественного обсуждения **(табл. 1)**. Для определения размера оплаты следует разработать технологическую карту для каждой такой услуги и на ее основе рассчитать затраты. При этом важно учесть, что речь должна идти не о простой услуге, а о комплексной: оплачивать надо не только проведение ИВЛ или кислородотерапии, но и посещения пациента медицинскими работниками и техническим персоналом для контроля состояния и поддержки работы оборудования, а также предоставление подменного оборудования с доставкой его в кратчайшие сроки нуждающемуся пациенту, дезинфекцию и санитарную обработку оборудования в установленные промежутки времени, замену расходных материалов в соответствии с рекомендациями производителей.

В настоящее время тарифы на услугу за счет средств ОМС в амбулаторных условиях устанавливаются на диализ, определенный набор диагностических и лабораторных исследований (компьютерную

[9]Ст. 82 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

[10]В структуру тарифа ОМС входят все статьи расходов, кроме капитального ремонта, строительства и приобретения оборудования стоимостью более 100 тыс. руб. за единицу.

[11]Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

[12]Проект Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»; https://regulation.gov.ru/projects#npa=126461 (находится на согласовании).

Таблица 1. **Услуги, кодирующие респираторную поддержку и кислородотерапию**
Table 1. **Services coding for respiratory support and oxygen therapy**

Действующая номенклатура медицинских услуг		Проект новой номенклатуры медицинских услуг	
A16.09.011	Искусственная вентиляция легких	05.***.14.001.003	Искусственная вентиляция легких инвазивная
A16.09.011.001	Искусственная вентиляция легких с раздельной интубацией бронхов	05.***.14.002.003	Искусственная вентиляция легких однолегочная
A16.09.011.002	Неинвазивная искусственная вентиляция легких	05.***.14.003.003	Искусственная вентиляция легких неинвазивная
A16.09.011.003	Высокочастотная искусственная вентиляция легких	05.***.14.004.003	Искусственная вентиляция легких высокочастотная
A16.09.011.004	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких	05.***.14.005.003	Искусственная вентиляция легких вспомогательная
A16.09.011.005	Вспомогательная искусственная вентиляция легких	05.***.13.001.003	Кислородотерапия ингаляционная
A16.09.011.006	Неинвазивная вентиляция с двухуровневым положительным давлением	05.***.13.002.003	Кислородотерапия высокопоточная
A20.30.026	Оксигенотерапия	—	—
A11.09.007	Ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода	—	—

томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного и операционного материала), телемедицинские технологии (в целях проведения межучрежденческих расчетов). Однако все эти услуги оказываются в медицинских организациях, а не вне их, и ограничены по времени (не занимают несколько дней, недель и месяцев). Прецедентов оплаты медицинских услуг в амбулаторных условиях вне медицинских организаций и без участия медицинских работников пока нет.

Медицинская помощь в стационарных условиях / в условиях дневного стационара оплачивается в настоящее время либо за законченный случай госпитализации/лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), либо за прерванный случай госпитализации / случай оказания медицинской помощи. Оплата прерванного случая подразумевает, по сути, уменьшенную оплату за законченный случай, включенный в группу заболеваний (в том числе КСГ), применяется при определенных условиях и далее отдельно нами не рассматривается.

Если признать РПиК в домашних условиях вариантом стационара на дому (то есть дневного стационара), оплата может быть произведена по вновь созданной КСГ. Методические подходы к формированию КСГ к настоящему времени хорошо отработаны, и этот способ оплаты представляется оптимальным для рассматриваемой ситуации.

Всего в 2022 г. установлены 402 КСГ для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и 182 КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара. Отнесение случая к КСГ производится путем автоматизированной обработки реестра счетов на основе классификационных критериев — характеристик случая оказания медицинской помощи, зафиксированных в реестре, для кодирования каждого из которых используется определенный справочник. Среди классификационных критериев есть длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (ИВЛ, видео-ЭЭГ-мониторинга) (**табл. 2**). На первых этапах внедрения КСГ для кодирования использованы только международные или утвержденные отечественные классификации, но в настоящее время активно разрабатываются и применяются специальные справочники — исключительно в целях использования в системе оплаты, что расширяет возможности формирования новых КСГ. При этом проведение ИВЛ в течение определенного времени уже используется как классификационный критерий отнесения случая к некоторым КСГ для оплаты реанимационных технологий в условиях круглосуточного стационара с высокой стоимостью **(табл. 3)**.

В системе КСГ есть и механизм оплаты продолжительного по времени лечения: так, каждые 30 дней лечения хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара, лечения пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в дневном и круглосуточном стационаре рекомендовано подавать на оплату как отдельный законченный случай — именно потому, что пациенты лечатся длительно.

Заключение

Таким образом, если признать проведение респираторной поддержки и кислородотерапии на дому вариантом оказания первичной медико-санитарной по-

Таблица 2. **Классификационные критерии отнесения случая к клинико-статистической группе**

Table 2. **Classification criteria for assigning a case to diagnosis-related group**

Критерий	Справочник для кодирования
Диагноз	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология	Номенклатура медицинских услуг, утвержденная Минздравом России (при необходимости может осуществляться конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения, то есть использоваться иной классификационный критерий)
Международное непатентованное наименование (МНН) лекарственного препарата	МНН в соответствии с анатомо-терапевтически-химической классификацией Всемирной организации здравоохранения; для кодирования используется специально разработанный справочник
Схема лекарственной терапии	Специально разработанный справочник
Пол и возраст пациента	Специально разработанный справочник
Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
Оценка состояния пациента по шкалам	Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA); шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA); шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI)
Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга)	Специально разработанный справочник
Количество дней проведения лучевой терапии (фракций)	Специально разработанный справочник
Длительность лечения	Специально разработанный справочник

Таблица 3. **Клинико-статистические группы, сформированные для оплаты случаев лечения с применением реанимационных технологий**

Table 3. **Diagnosis-related groups for payment of treatment with intensive care technologies**

№	Название	Классификационный критерий отнесения случая к клинико-статистической группе	Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ)	Расчетный тариф, руб.*
st36.008	Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении	Диагноз, непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 ч и более (код it2)	18,15	440 235,50
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	Диагноз, возраст (от 0 до 28 дней или от 29 до 90 дней при недоношенности) и применение одной из трех услуг: A16.09.011.002 Неинвазивная искусственная вентиляция легких, A16.09.011.003 Высокочастотная искусственная вентиляция легких, A16.09.011.004 Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких	7,40	179 490,00
st33.008	Ожоги (уровень 4, 5) с синдромом органной дисфункции	Диагноз и синдром органной дисфункции (SOFA не менее 5 и непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 ч и более, pSOFA не менее 4 и непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 ч и более) (код it1)	14,07	341 273,50
st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции		7,20	174 638,90
st12.013	Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции		4,40	106 723,80
st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции		4,19	101 630,10
st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции		4,07	98 719,48

Примечание. * — тариф рассчитан как произведение КЗ на минимальную среднюю стоимость госпитализации (базовую ставку), равную в 2022 г. 65% от норматива финансовых затрат на случай госпитализации в круглосуточный стационар, установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Норматив равен 37 316,00 руб.; 65% от него составляет 24 255,40 руб.

мощи в условиях дневного стационара (в том числе стационара на дому), то оно может быть оплачено по вновь разработанной КСГ. Классификационным критерием отнесения случая к такой КСГ может являться оказание одной из услуг (**см. табл. 1**), при этом каждые 30 дней целесообразно оплачивать как законченный случай.

Расчет тарифа на КСГ для оплаты длительного проведения респираторной поддержки и кислородотерапии в домашних условиях может быть произведен на основе анализа фактических расходов на оказание такой помощи пациентам в рамках клинико-экономического исследования. В настоящий момент в Сеченовском университете проводится исследование «Изучение стоимости, эффективности и безопасности респираторной поддержки и кислородотерапии на дому» (протокол №HRS – 2021, утвержденный локальным этическим комитетом Сеченовского университета). Итоги данного исследования будут переданы на ознакомление в Министерство здравоохранение РФ и Федеральный Фонд ОМС. Ранее в подобном исследовании уже была показана экономическая целесообразность длительной ИВЛ в домашних условиях при оказании ПМП детям, что позволило обосновать необходимость и возможность оказания такой помощи в реальной практике [8].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dretzke J, Wang J, Yao M, Guan N, Ling M, Zhang E, et al. Home Non-Invasive Ventilation in COPD: A Global Systematic Review. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases*. 2022;9(2):237-251. https://doi.org/10.15326/jcopdf.2021.0242
2. Wilson M, Wang Z, Dobler CC, Morrow AS, Beuschel B, Alsawas M, et al. *Noninvasive Positive Pressure Ventilation in the Home (with addendum)* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 Apr 02.
3. Vosse BAH, Seijger C, Cobben N, l van Engelen B, van Kuijk SMJ, Faber C, et al. Noninvasive Home Mechanical Ventilation in Adult Myotonic Dystrophy Type 1: A Systematic Review. *Respiration*. 2021;100(8):816-825. https://doi.org/10.1159/000515453
4. Полевиченко Е.В., Невзорова Д.В. Проблемы организации инвазивной искусственной вентиляции легких на дому в комплексе паллиативной медицинской помощи детям. *PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь*. 2018;(1):21-25.
Polevichenko EV, Nevzorova DV. Problems of the organization of invasive artificial lung ventilation at home in the complex of palliative medical care for children. *PALLIUM: palliativnaya i khospisnaya pomoshch'*. 2018;(1):21-25. (In Russ.).
5. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Пульмонология*. 2022;32(3):356-392.
*C*huchalin AG, Avdeev SN, Aisanov ZR, Belevskiy AS, Leshchenko IV, Ovcharenko SI, Shmelev EI. Federal guidelines on diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *PULMONOLOGIYA*. 2022;32(3):356-392. (In Russ.) *https://doi.org/10.18093/0869-0189-2022-32-3-356-392*
6. Шляфер С.И. Оценка работы дневных стационаров и стационаров на дому в Российской Федерации. Анализ ведения статистической отчетности. *Медицина*. 2019;7(2):9-23.
Shlyafer SI. Evaluation of the work of day hospitals and hospitals at home in the Russian Federation. Analysis of statistical reporting. *Meditsina*. 2019;7(2):9-23. (In Russ.).
https://doi.org/10.29234/2308-9113-2019-7-2-9-23
7. Шляфер С.И. Сравнительный анализ состава пациентов дневных стационаров и стационаров на дому. *Медицина*. 2020;8(4):1-12.
Shlyafer SI. Comparative analysis of the composition of patients in day hospitals and hospitals at home. *Meditsina*. 2020;8(4):1-12. (In Russ.).
8. Авксентьева М.В., Савва Н.Н., Царенко С.В., Кумирова Э.В. Экономическая целесообразность длительной искусственной вентиляции легких в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи детям. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2016;(2):40-49.
Avxentyeva MV, Savva NN, Tsarenko SV, Kumirova EV. Economic feasibility of long-term artificial lung ventilation at home when providing palliative care to children. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya*. 2016;(2):40-49. (In Russ.).

Поступила 02.06.2022
Received 02.06.2022
Принята к печати 16.06.2022
Accepted 16.06.2022