

## ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС

**Шишкин С.В., Понкратова О.Ф.<sup>1</sup>**

### Аннотация

*В статье рассматриваются различия в тарифах на оплату стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), которые сохраняются между субъектами Российской Федерации после внедрения нового способа оплаты за законченный случай лечения в стационарах заболеваний, классифицированных по клинико-статистическим группам (далее – КСГ). С 2018 г. была активизирована государственная политика по сокращению территориальной дифференциации тарифов. В 2019 г. введено правило «двух ключей»: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования получил право согласования тарифов на оплату медицинской помощи, утверждаемых в каждом субъекте Российской Федерации. В статье проводится анализ результативности этой политики.*

*Представлены оценки вариации размеров тарифов на оплату стационарной помощи и применяемых при их расчете поправочных коэффициентов в 2017 и 2019 гг. В качестве информационной базы используются тарифные соглашения по ОМС, заключаемые в субъектах РФ. Показано, что межрегиональная дифференциация значений этих параметров сократилась, но остается большой. Причины, ее порождающие: неустранимые в период внедрения нового способа оплаты различия в затратах медицинских организаций на лечение схожих случаев и необходимость решения задачи обеспечения роста зарплаты медицинским работникам.*

*Оценки оправданности существующих различий в тарифах и постановки задачи их дальнейшего сокращения являются производными от анализа возможностей проведения долгосрочной модернизации региональных систем здравоохранения для сглаживания существующих межрегиональных различий в пространственно-территориальных, материальных и финансовых факторах обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи населению.*

<sup>1</sup> Шишкин Сергей Владимирович – доктор экономических наук, директор, Центр политики в сфере здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: shishkin@hse.ru  
Понкратова Оксана Федоровна – аналитик, Центр политики в сфере здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 109074, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: oponkratova@hse.ru

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование; тарифы на оплату медицинской помощи; территориальная дифференциация тарифов; оплата по клинико-статистическим группам (КСГ); оплата стационарной помощи; тарифные соглашения по ОМС.

## Введение

Система обязательного медицинского страхования предполагает, что финансирование медицинских организаций производится не в соответствии с использованными ресурсами, а исходя из результата их деятельности: за количество и качество оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (Шейман, 1998). Это означает, что тарифы на оплату одинаковых медицинских услуг, оказываемых разными медицинскими организациями, не должны по общему правилу отличаться друг от друга. Но допустимые различия в тарифах могут быть обусловлены неустранимыми различиями в условиях работы медицинских организаций (различиями в структуре заболеваемости и плотности населения, обеспеченности оборудованием и др.). Впрочем, до модернизации системы ОМС, произошедшей в 2011–2015 гг., сравнение тарифов на оплату медицинской помощи из средств ОМС в разных субъектах Российской Федерации (РФ) было малопродуктивным занятием. Ранее применялись разные способы оплаты медицинской помощи, а финансовое наполнение тарифов очень сильно отличалось из-за существенных диспропорций в уровне финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

Модернизация ОМС привела к трем важным изменениям в этой ситуации: 1) изменился механизм перераспределения средств ОМС между регионами, и финансовое обеспечение территориальных программ ОМС было выравнено; 2) проведена унификация способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС; 3) внедрен новый способ оплаты стационарной медицинской помощи – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу). Эти изменения сделали возможным сравнивать тарифы на оплату схожих случаев стационарного лечения в разных субъектах РФ. В СМИ, в официальных и научных публикациях стали приводить свидетельства значительного разрыва в значениях тарифов на одно и то же заболевание в разных регионах и для разных медицинских организаций внутри одного региона<sup>2</sup>. В качестве примеров назовем почти двухкратную разницу в тарифах на лечение в больнице по профилю «акушерство и гинекология» в 2015 г. в Омской области и недалеко расположенном Красноярском крае – 17 443 руб. и 31 054 руб. соответственно (Беришвили, 2017), и вариацию тарифа на оплату по КСГ лечения гепатита С в четырех регионах (Кемеровская, Московская, Ростовская, Ярославская области), составившую 2,4 раза в 2017 г. (Сура, 2017).

<sup>2</sup> См., например: Салахутдинова и др., 2016; Бескаравайная, 2017; Беришвили, 2017; Стадченко, 2018; Федеральный фонд ОМС, 2018, 2019.

По словам ответственного сотрудника Федерального фонда ОМС, «у нас есть случаи, когда внутри одного региона тарифы в одном медицинском учреждении в разы больше, чем в другом»<sup>3</sup>. Но систематического анализа вариации тарифов ОМС в научной литературе не проводилось.

Озабоченность большими различиями тарифов обуславливается тремя главными соображениями: 1) это означает, что пациенты с одинаковыми заболеваниями при лечении в разных стационарах могут получать существенно отличающиеся по объему и стоимости лекарственные препараты и услуги; 2) это является несправедливым использованием средств ОМС; 3) это приводит к сложностям при взаиморасчетах между территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, постоянно проживающим в других регионах. По распространенному среди экспертов мнению, оплата лечения одного и того же заболевания, где бы ни получал медицинскую помощь пациент, должна быть одинаковой во всех медицинских организациях, если выполнен соответствующий стандарт (Гехт и др., 2015).

Нивелирование различий тарифов на оплату медицинской помощи в регионах рассматривалось Федеральным фондом ОМС в качестве задачи тарифной политики в системе ОМС (Стадченко, 2018). Этой цели служили методические рекомендации по оплате медицинской помощи, ежегодно утверждаемые Федеральным фондом ОМС<sup>4</sup>. Они допускали определенные возможности отклонения тарифов от их базовых значений и соответственно вариацию значений тарифов на законченный случай лечения одного и того же заболевания внутри регионов и между регионами. Тарифы и различия в их значениях, которые соответствуют федеральным требованиям, признаются легитимными (Шевченко, 2019). Но многие субъекты РФ нарушали установленные правила тарификации медицинской помощи (Федеральный фонд ОМС, 2018), что и обусловило большую дифференциацию тарифов.

Для противодействия этим нарушениям в Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» были внесены дополнения о обязательном согласовании с Федеральным фондом ОМС тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте РФ<sup>5</sup>. Это нововведение получило наименование «принцип двух ключей». Такие согласования были проведены в 2019 г. Оказалась ли проводимая политика результативной? Привела ли она к сокращению дифференциации тарифов? Каковы масштабы «легитимных» различий в тарифах, которые соответствуют федеральным требованиям к их расчету? Поиск ответов на эти вопросы является предметом данной статьи.

<sup>3</sup> Цитируется по работе (Бескаравайная, 2017).

<sup>4</sup> См.: Письмо Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» и аналогичные документы, принимавшиеся в последующие годы.

<sup>5</sup> Федеральный закон от 28.11.2018 N 437-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Цель исследования – анализ масштабов территориальной дифференциации тарифов оплаты за законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара заболеваний, классифицированных по клинико-статистическим группам, и результативности политики, направленной на ее сокращение.

Термин «*территориальная дифференциация тарифов*» понимается нами как обозначение различий и неоднородности величин тарифов оплаты схожих случаев лечения в разных медицинских организациях и регионах.

## Метод исследования

Для достижения цели исследования был проведен анализ изменений в регулировании тарифов на оплату стационарной помощи в период внедрения способа оплаты по КСГ и сравнительный анализ межрегиональной дифференциации тарифов ОМС на КСГ в 2017 и 2019 гг. Выбор именно этих двух лет для сравнения обусловливался следующими соображениями. Усиление внимания государства к проблемам территориальной дифференциации тарифов ОМС произошло в 2017 г., что нашло отражение в отчете Федерального фонда ОМС за этот год (Федеральный фонд ОМС, 2018), и уже в 2018 г. было активизировано давление на территориальные фонды ОМС по соблюдению установленных правил тарификации медицинской помощи. Поэтому мы взяли для сравнения 2017 г. для исключения влияния этого усиления. 2019 г. стал первым годом, когда Федеральный фонд ОМС использовал свои новые полномочия по проведению политики сокращения различий в тарифах на оплату медицинской помощи.

В качестве информационной базы исследования использовались тарифные соглашения<sup>6</sup> за 2017 г. в последней редакции и тарифные соглашения за 2019 г. в редакции на 05.04.2019, размещенные на официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Тарифные соглашения – единственный открытый источник данных о размерах тарифов на оплату медицинской помощи в субъектах РФ. К сожалению, информация, содержащаяся в публикуемых тарифных соглашениях, ограничивает возможности корректного сравнения самих значений тарифов на КСГ в разные годы для одного и того же перечня субъектов РФ. Около половины субъектов РФ вообще не приводят в тарифных соглашениях таких значений, а ограничиваются описанием методики их расчета и указанием значений базовых ставок (средней стоимости законченного случая лечения в стационаре) и используемых поправочных коэффициентов к ним (управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациента). Анализ тарифных соглашений за 2017 и 2019 гг. позволил выделить лишь 18 субъектов РФ, для которых оказалось возможным

<sup>6</sup> Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта РФ заключается между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

сравнить тарифы на весь перечень утвержденных КСГ. Для каждого поправочного коэффициента сравнительный анализ вариации его значений в 2017 и 2019 гг. также был возможен лишь для части субъектов РФ. Эти обстоятельства предопределили дизайн исследования. Анализ дифференциации тарифов ОМС проводится путем сравнения параметров межрегиональной вариации размеров тарифов на КСГ и значений поправочных коэффициентов, используемых при расчете тарифов.

Что касается внутрирегиональной дифференциации тарифов, то информация, содержащаяся в тарифных соглашениях, позволяет провести лишь анализ вариации значений коэффициента уровня оказания медицинской помощи для каждого отдельного региона.

Для каждого указанного параметра проводится сравнительный анализ вариации их значений в 2017 и 2019 гг. для максимально возможного числа регионов. Это позволяет делать выводы о результативности проводимой политики ограничения дифференциации тарифов, но ограничивает возможности использования полученных результатов для оценок масштабов произошедших изменений.

В качестве параметров вариации используются показатели: коэффициент осцилляции<sup>7</sup> и коэффициент вариации<sup>8</sup>.

## Правила установления тарифов при оплате стационарной помощи по КСГ

Способ оплаты законченного случая лечения, классифицированного по КСГ, – это превалирующий способ оплаты стационарной помощи в европейских странах (Busse et al., 2013). Он включает формирование групп случаев лечения, схожих по клиническим характеристикам и затратно-экономности. В большинстве европейских стран число КСГ варьируется в интервале от 650 до 2300 (Busse et al., 2011, p. 40). Рассчитываются «относительные веса» (коэффициенты сравнительной затратно-экономности) этих групп. На их основе формируются базовые тарифы для оплаты случаев, отнесенных к разным КСГ. Базовые тарифы могут корректироваться для отдельных регионов или стационаров с целью учета их специфики или особенностей переходного периода к новому способу оплаты (Busse et al., 2011, p. 79–80).

Способ оплаты медицинских услуг стационаров по КСГ заменил другие способы оплаты: фиксированный (глобальный) бюджет, плату за услуги и др. в силу следующих его преимуществ:

- а) дает возможность получать более прозрачную картину и облегчает проведение сравнительного анализа объемов фактически оказываемой стационарной помощи и затрат на них;

<sup>7</sup> Коэффициент осцилляции характеризует отклонение размаха вариации от среднего значения признака, выраженное в процентах.

<sup>8</sup> Коэффициент вариации характеризует степень однородности изучаемого признака, вычисляется как отношение стандартного отклонения значений рассматриваемого признака к среднему его значению. Если коэффициент вариации меньше 10%, то изменчивость ряда данных считается незначительной; если от 10% до 20% – средней; больше 20% и до 33% – значительной.

- б) обеспечивает повышение справедливости финансирования стационаров: более высокую плату за больший объем оказанной помощи и более сложные и тяжелые случаи лечения;
- в) формирует мотивацию для повышения эффективности использования ресурсов в стационарах: каждая медицинская организация становится заинтересованной в оказании тех видов помощи, где она имеет максимальные сравнительные преимущества, и в сокращении внутренних издержек, в том числе средней длительности стационарного лечения (Гиуффрида и др., 2013; Busse et al., 2011).

Эти достоинства способа оплаты по КСГ отмечались в качестве причин его внедрения в России в официальных документах<sup>9</sup> и в научных публикациях (Авксентьева, Салахутдинова, 2016; Сура, 2017). Важно также отметить, что в официальных рекомендациях первой по важности задачей внедрения КСГ было названо то, что это «позволит разрушить привязку к издержкам, специфичным для конкретного стационара»<sup>10</sup>.

До внедрения оплаты по КСГ как основного способа оплаты стационарной помощи в России оплачивался законченный случай лечения заболевания (Федеральный фонд ОМС, 2012), при этом тариф рассчитывался следующим образом: использовались тарифы на оплату одного койко-дня, которые были дифференцированы по профилям отделений стационаров (хирургическим, кардиологическим, терапевтическим, гинекологическим и др.<sup>11</sup>); далее тариф на койко-день соответствующего профиля умножался на нормированную длительность пребывания на больничной койке при данном заболевании<sup>12</sup>. Рассчитанные таким образом тарифы оплаты законченных случаев стационарного лечения были слишком агрегированными и не позволяли адекватно учитывать различия в структуре заболеваний, лечение которых проводилось в одинаковых по профилю отделениях разных стационаров.

Внедрение способа оплаты стационарной помощи по КСГ было начато в нашей стране в 2012 г. С 2014 г. он был включен в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в 2018 г. использовался уже почти во всех субъектах РФ (Федеральный фонд ОМС, 2018, 2019). Принятые у нас правила оплаты по КСГ (далее будем называть их *федеральной моделью оплаты по КСГ*) предусматривают, что на федеральном уровне определяется состав клинико-статистических групп и устанавливаются коэффициенты их относительной затратоём-

<sup>9</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

<sup>10</sup> Там же.

<sup>11</sup> Всего выделялось до 36 профилей отделений стационаров (см. подробнее: Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.12.2008 N 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», Приложение 2).

<sup>12</sup> Письмо Федерального фонда ОМС от 08.05.2009 N 2056/26-и «О направлении «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи при поэтапном переходе на одноканальное финансирование».

кости. Эти параметры являются едиными для всей страны. В 2013 г. была разработана модель с применением 187 КСГ, а в 2019 г. использовались уже 359 КСГ для круглосуточных стационаров и 150 КСГ для дневных стационаров<sup>13</sup>. При этом регионам предоставлено право формировать подгруппы в составе стандартных КСГ.

Утвержденные методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС<sup>14</sup> предусматривают следующий порядок расчета тарифов на оплату законченных случаев лечения в стационаре, классифицированных по клинико-статистическим группам. Субъект РФ рассчитывает размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре: он называется *базовой ставкой* финансирования стационарной медицинской помощи. Правила расчета базовой ставки определены в методических рекомендациях. Для каждой КСГ базовая ставка умножается на коэффициент относительной затратоемкости этой группы (эти коэффициенты едины для всей страны). Полученная величина и является *базовым тарифом для данной КСГ* в регионе. Далее базовый тариф может быть скорректирован путем умножения на поправочные коэффициенты. Их три вида: 1) управленческий коэффициент; 2) коэффициент уровня оказания медицинской помощи; 3) коэффициент сложности лечения. Их размеры также самостоятельно определяют субъекты РФ, но федеральная модель оплаты по КСГ задает границы для возможных значений этих коэффициентов.

Согласно методическим рекомендациям о способах оплаты медицинской помощи в системе ОМС, *управленческий коэффициент* может устанавливаться субъектом РФ для корректировки тарифа конкретной КСГ для достижения целей двоякого рода. Первую из этих целей можно назвать стимулирующей, вторую – компенсаторной:

- 1) для управления структурой госпитализаций посредством мотивации медицинских организаций к повышению или снижению уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, а также к внедрению современных ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях;
- 2) для учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по данной КСГ; в период внедрения оплаты по КСГ этот коэффициент может применяться для коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, входящих в данную КСГ.

<sup>13</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 21.11.2018 N 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС N 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

<sup>14</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2016 N 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда ОМС N 12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»; Письмо Министерства здравоохранения РФ от 21.11.2018 N 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС N 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Федеральная модель КСГ задает ограничения на значения управленческого коэффициента:

- верхний предел: не более 1,4 с 2016 г.;
- нижний предел: не менее 0,8 с 2019 г.

*Коэффициент уровня оказания медицинской помощи* предназначен для учета различий в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Система здравоохранения в рамках субъекта Российской Федерации является трехуровневой. В упрощенном варианте три разных уровня – это: 1) участковые, городские, центральные районные больницы; 2) межрайонные центры, диспансеры, многопрофильные больницы; 3) областные больничные учреждения.

Медицинские организации относятся к разным уровням в зависимости от сложности оказываемой ими медицинской помощи<sup>15</sup>. Эти различия в сложности обуславливают различия в необходимых затратах на оказание медицинской помощи на разных уровнях системы здравоохранения. Федеральная модель КСГ допускает установление каждым субъектом РФ значений поправочного коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи для медицинских организаций и/или их структурных подразделений, относящихся к разным уровням оказания медицинской помощи, для отражения разницы в необходимом финансовом обеспечении их деятельности.

Первоначально федеральная модель КСГ ограничивала лишь верхний предел коэффициента уровня для стационаров – 1,5. При этом субъектам РФ было разрешено в рамках каждого из трех уровней выделять до пяти подуровней оказания медицинской помощи, включающих не менее двух стационаров, с установлением для каждого подуровня отдельного коэффициента. Но устанавливать индивидуальные коэффициенты для отдельных медицинских организаций не разрешалось. Затем рекомендуемые границы значений коэффициентов уровня были детализированы, и с 2017 г. они определены следующим образом:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – от 0,7 до 1,2 и рекомендуемое среднее значение – 0,95;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня – от 0,9 до 1,3 и рекомендуемое среднее значение – 1,1;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня – от 1,1 до 1,5 и рекомендуемое среднее значение – 1,3.

*Коэффициент сложности лечения пациента* устанавливается для учета более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи пациентам, связанного с возрастом, осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям и другими

<sup>15</sup> Развернутое определение трех уровней оказания медицинской помощи дается в Письме Министерства здравоохранения РФ N 11-7/10/1-511 от 21.12.2018 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 годов».



случаями<sup>16</sup>. При этом суммарное значение этого коэффициента для всех случаев не могло превышать 1,8 с 2015 г. Коэффициент сложности может также устанавливаться при сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней или 45 дней для ряда КСГ) без ограничений верхнего предела.

Таким образом, федеральная модель КСГ допускает установление разных значений базовой ставки, поправочных коэффициентов и, следовательно, тарифов на оплату одинаковых КСГ в разных регионах и для разных стационаров внутри каждого региона. За время с начала внедрения КСГ границы значений первых двух поправочных коэффициентов менялись незначительно, а допустимое максимальное значение третьего коэффициента было существенно увеличено.

В документах Федерального фонда ОМС отмечалось, что подавляющее большинство тарифных соглашений по реализации территориальных программ ОМС, заключаемых в субъектах РФ, не соответствуют нормам федеральных правовых актов по вопросам тарифной политики в системе ОМС. К концу года под давлением Федерального фонда ОМС основная часть тарифных соглашений приводилась в порядок, но в новом году ситуация повторялась. Так, в начале 2017 г. несоответствия были выявлены в тарифных соглашениях 79 субъектов РФ, в том числе нарушение установленных границ коэффициентов уровня оказания медицинской помощи – в 51 субъекте РФ, установление индивидуальных тарифов – в 25 субъектах РФ. В конце года нарушения оставались в 35 субъектах РФ (Федеральный фонд ОМС, 2018, с. 14). В начале 2018 г. нарушения были вновь зафиксированы в 68 субъектах РФ (Федеральный фонд ОМС, 2019, с. 19).

Практика постоянных нарушений субъектами РФ требований к тарифным соглашениям побудила федеральную власть наделить Федеральный фонд полномочиями согласования тарифных соглашений субъектов РФ. В соответствии с изменениями, внесенными в Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившими в силу с 01.01.2019, тарифные соглашения в пятидневный срок после дня подписания направляются в Федеральный фонд ОМС для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС. В случае если в Федеральном фонде пришли к выводу о наличии таких несоответствий, представители сторон тарифного соглашения должны внести в него соответствующие изменения, и соглашение вновь направляется на заключение в Федеральный фонд.

Рассмотрим теперь, какой же была вариация тарифов на КСГ до и после этих изменений в регулировании тарифных соглашений.

<sup>16</sup> Полный перечень таких случаев представлен в Письме Федерального фонда ОМС от 25.01.2018 N 938/26-2/и «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» и Письме Федерального фонда ОМС от 27.12.2016 N 12708/26/-2/и «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования».

## Межрегиональная вариация тарифов в системе ОМС на оплату законченных случаев лечения по КСГ в условиях круглосуточного стационара в 2017 и 2019 гг.

Сравнение тарифов для всех КСГ, входящих в перечень этих групп 2017 г., с перечнем КСГ 2019 г. оказалось возможным лишь для 18 субъектов РФ.

Приводимые в тарифных соглашениях значения тарифов были приведены к стандартизированному виду, рассчитываемому без учета значений коэффициента уровня и коэффициента сложности:

$$T_{CT} = BC * KZ_{КСГ} * КУ_{КСГ},$$

где:

$T_{CT}$  – тариф, стандартизированный для рассматриваемой КСГ;

$BC$  – базовая ставка, скорректированная на коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий<sup>17</sup>;

$KZ_{КСГ}$  – коэффициент относительной затратноности для рассматриваемой КСГ;

$КУ_{КСГ}$  – управленческий коэффициент для рассматриваемой КСГ.

Рассчитанные значения коэффициента осцилляции, характеризующего вариацию тарифов между выделенными субъектами РФ, в 2017 г. располагались в диапазоне от 38,2% для КСГ № 110 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)<sup>18</sup>» до 122,2% для КСГ № 188 «Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)». В свою очередь, значения коэффициента вариации для четырех пятых КСГ (250 из 315) находились в интервале от 12 до 20%, т.е. изменчивость тарифов была средней, а для одной пятой КСГ (65) коэффициенты вариации были в пределах от 20 до 29%, т.е. изменчивость тарифов была высокой.

Для демонстрации межрегиональных различий в тарифах на одинаковые КСГ приведем два примера таких различий, имевших место в соседних регионах. Так, минимальная величина тарифа по КСГ № 188 «Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)» из числа анализируемых регионов в 2017 г. была зафиксирована в Республике Мордовия и составляла 32211,40 руб. А в соседнем регионе с примерно равным уровнем подушевых государственных расходов на здравоохранение – в Ульяновской области – тариф на эту же КСГ был 68009,23 руб., т.е. более чем в два раза больше.

Максимальная величина тарифа на КСГ № 124 «Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)» среди анализируемых реги-

<sup>17</sup> Коэффициент дифференциации рассчитывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС».

<sup>18</sup> Здесь и далее слово «уровень» в названии КСГ характеризует затратноность этой группы и не имеет отношения к делению медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи.

онов в 2017 г. была в Самарской области и составляла 34349,00 руб. А тариф на указанную КСГ в соседнем регионе с примерно равным уровнем подушевых расходов на здравоохранение – в Ульяновской области – составлял 9918,56 руб. (меньше в 3,5 раза).

Коэффициент осцилляции для анализируемых регионов в 2019 г. располагался в более узком диапазоне: от 47,9% для КСГ st17.001 «Малая масса тела при рождении, недоношенность» до 75,3% для КСГ st25.009 «Операции на сосудах (уровень 2)». Значения коэффициента вариации практически для всех КСГ (353 из 359) находились в интервале от 12,3 до 20%, т.е. изменчивость тарифов была средней. Вновь приведем два примера различий в тарифах, имевших место в соседних регионах в 2019 г. Минимальная величина тарифа на КСГ st25.009 «Операции на сосудах (уровень 2)» из числа анализируемых субъектов РФ была в Республике Адыгея и составляла 36225,58 руб., а в регионе с примерно равным уровнем подушевых расходов на здравоохранение – Чеченской Республике – тариф на данную КСГ составлял 60444,17 руб. (разница в 1,7 раза).

Минимальная величина тарифа на КСГ st21.005 «Операции на органе зрения (уровень 5)» была в Курской области и составляла 35200,59 руб., а в соседнем регионе – Воронежской области – эта величина равнялась 44143,10 руб. (разница в 1,3 раза).

Сравнительный анализ стандартизированных тарифов по всем КСГ между выделенными субъектами РФ за 2017 и 2019 гг. показал, что значения коэффициентов осцилляции и вариации заметно сократились в 2019 г. по сравнению с 2017 г. Другими словами, дифференциация тарифов на КСГ уменьшилась, но все еще является существенной.

## Межрегиональная вариация значений управленческих коэффициентов для расчета тарифов оплаты по КСГ в 2017 и 2019 гг.

Не все субъекты РФ приводят в своих тарифных соглашениях значения управленческого коэффициента. В нескольких регионах управленческий коэффициент в рассматриваемый период был принят за 1, т.е. фактически не применялся. Такие субъекты РФ были исключены нами из перечня анализируемых регионов. В итоге анализ вариации управленческого коэффициента в 2017 и 2019 гг. был проведен по 61 субъекту РФ.

Коэффициент осцилляции, рассчитанный для значений управленческого коэффициента, находился в диапазоне от 10% для КСГ № 17 «Язва желудка и двенадцатиперстной кишки» до 133,5% для КСГ № 113 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа». При этом для подавляющего большинства КСГ (264 из 315) значение коэффициента осцилляции было выше 50%.

Значения коэффициента вариации для немногим более половины КСГ (163 из 315) были меньше 10%, т.е. изменчивость управленческого коэффициента была небольшой, но для 150 КСГ она была средней – коэффициент вариации находился в интервале от 10 до 20%, и лишь для двух КСГ он был выше 20%.

В 2019 г. диапазон значений коэффициента осцилляции был уже гораздо уже: от 13,1% для КСГ st13.003 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии» до 63,9% для КСГ st06.001 «Редкие и тяжелые дерматозы». Значение коэффициента осцилляции было выше 50% для 155 КСГ.

Значения коэффициента вариации для подавляющего большинства КСГ (310 из 359) были меньше 10%, т.е. изменчивость управленческого коэффициента оказалась небольшой, для 49 КСГ эта изменчивость была средней – значения коэффициента вариации были в интервале от 10 до 15%. Следует отметить, что в 2017 г. установленное в методике максимальное значение управленческого коэффициента рядом регионов не соблюдалось. Так, в Республике Коми, Иркутской и Новгородской областях по отдельным КСГ значение управленческого коэффициента было выше максимального рекомендованного значения. В 2019 г. ситуация изменилась: по всему перечню КСГ во всех анализируемых регионах РФ значения управленческого коэффициента располагались в пределах рекомендованных пороговых значений.

Анализ величин управленческих коэффициентов в 2017 и 2019 гг. показал, что количественные значения коэффициентов осцилляции и вариации существенно снизились.

Графическое изображение вариации управленческого коэффициента по всем КСГ, применяемым в 2017 г. в условиях круглосуточного стационара, между анализируемыми регионами РФ представлено на Рисунке 1. Соответствующие значения, рассчитанные для 2019 г., приведены на Рисунке 2. Сравнение этих рисунков свидетельствует о более равномерном распределении значений данного коэффициента по клинико-статистическим группам между регионами РФ в 2019 г. по сравнению с 2017 г.

Рисунок 1

**Коэффициент осцилляции значений управленческого коэффициента для каждой КСГ, 2017 г.**

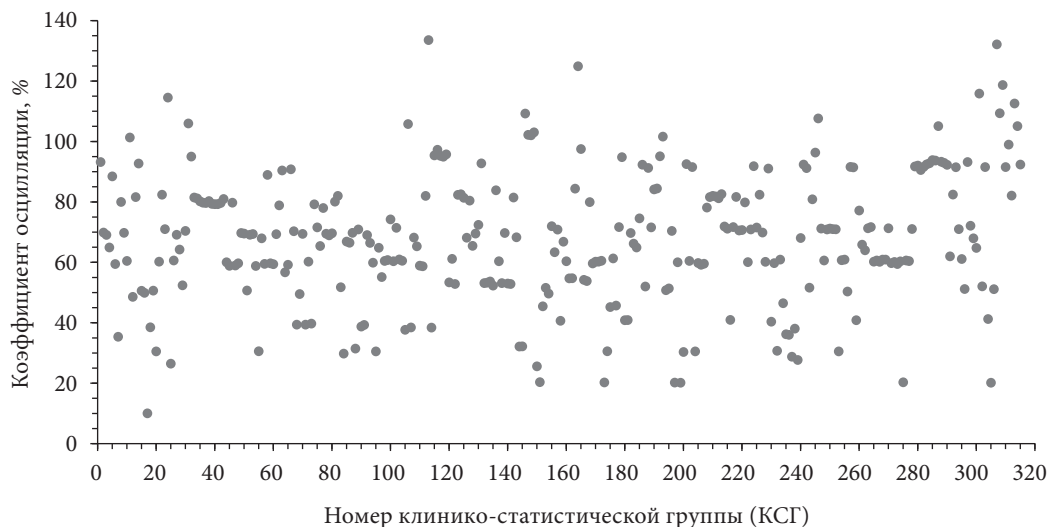
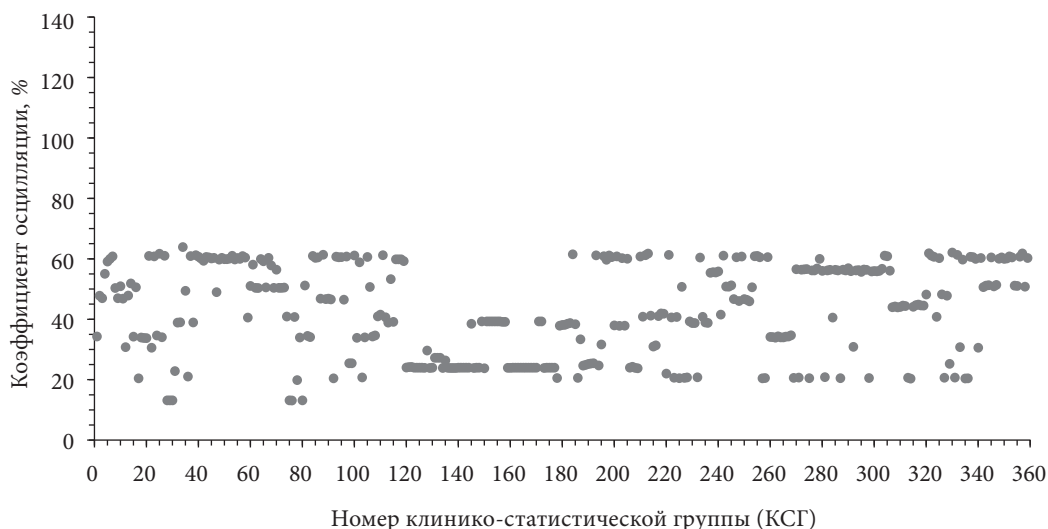


Рисунок 2

### Коэффициент осцилляции значений управленческого коэффициента для каждой КСГ, 2019 г.



Вариация значений коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, применяемых к медицинским организациям, оказывающим помощь в условиях круглосуточного стационара, в 2017 и 2019 гг.

Анализ вариации значений коэффициентов уровня оказания медицинской помощи (далее – коэффициентов уровня) в 2017 и 2019 гг. был проведен по 77 субъектам РФ.

Значения коэффициента уровня в 2017 г. для медицинских организаций первого уровня располагались в диапазоне от 0,5 (Ростовская область) до 1,7 (Саратовская область).

Значения коэффициента уровня в 2017 г. для медицинских организаций второго уровня находились в диапазоне от 0,5 (Ростовская область) до 2,13 (Владимирская область).

Значения коэффициента уровня для медицинских организаций третьего уровня были в диапазоне от 0,1 (Саратовская область) до 2,06 (Рязанская область).

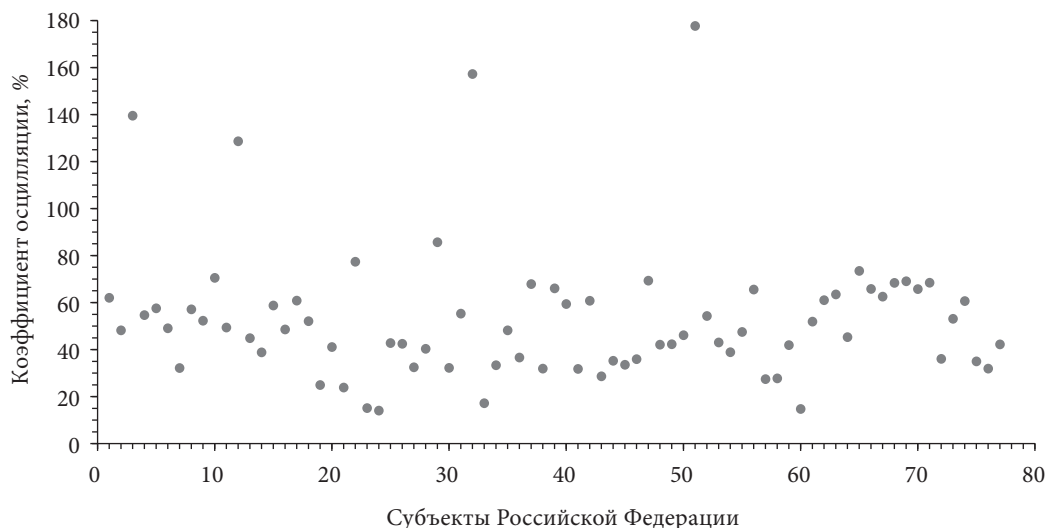
В ряде регионов эти значения коэффициентов уровня отклонялись от рекомендованных границ, но большинством субъектов РФ эти границы соблюдались. В 2019 г. значения коэффициента уровня во всех субъектах РФ соответствовали рекомендованным границам.

Значения коэффициентов вариации в 2017 г. находились в интервале от 16,9 до 17,9%, а в 2019 г. – от 11,5 до 15,3%, т.е. немного уменьшились, но изменчивость коэффициентов уровня и в том, и в другом году можно квалифицировать как среднюю.

Дифференциация значений коэффициента уровня внутри каждого анализируемого региона РФ в 2017 г., оцениваемая посредством коэффициента осцилляции<sup>19</sup>, графически представлена на Рисунке 3.

Рисунок 3

**Значение коэффициента осцилляции, характеризующего вариацию значений коэффициентов уровня, для каждого субъекта РФ, 2017 г.**



В 2017 г. значение коэффициента осцилляции находилось в диапазоне от 14,0% для Мурманской области до 177,7% для Саратовской области. То есть вариация значений коэффициента уровня для всех медицинских организаций Саратовской области в несколько раз превосходила вариацию значений коэффициента уровня для всех медицинских организаций в Мурманской области. В 2017 г. в 35 субъектах РФ из 77 анализируемых регионов значение коэффициента осцилляции было выше 50%. В субъектах РФ, имеющих наиболее высокие значения коэффициента осцилляции, отмечены значительные отклонения значений коэффициента уровня от рекомендованных границ в 2017 г.

Значение коэффициента вариации для 19 регионов было меньше 10%, для 50 – от 10 до 20% и для восьми регионов – больше 20%, т.е. внутрирегиональная изменчивость коэффициентов уровня была средней для основной части субъектов РФ.

В 2019 г. значение коэффициента осцилляции, характеризующее вариацию, находилось уже в более узком диапазоне: от 11,0% для Ханты-Мансийского автономного округа до 90,8% для Республики Саха. В 2019 г. в 36 субъек-

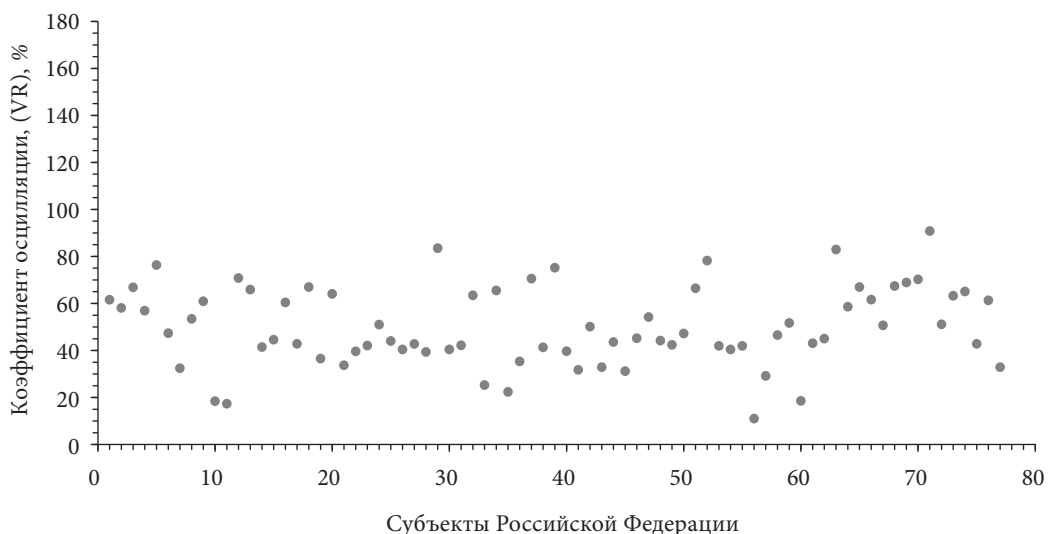
<sup>19</sup> В данном случае коэффициенты осцилляции и вариации показывают степень различий в значениях коэффициентов уровня оказания медицинской помощи между всеми медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций) всех трех уровней оказания медицинской помощи внутри анализируемого субъекта РФ.

ектах РФ из числа анализируемых регионов значение коэффициента осцилляции было выше 50%.

Дифференциация значений коэффициента уровня внутри каждого анализируемого региона РФ в 2019 г., оцениваемая посредством коэффициента осцилляции, графически представлена на Рисунке 4.

Рисунок 4

**Значение коэффициента осцилляции, характеризующего вариацию значений коэффициентов уровня, для каждого субъекта РФ, 2019 г.**



Графические изображения вариации коэффициента уровня оказания медицинской помощи внутри регионов РФ в 2017 и 2019 гг. свидетельствуют о более равномерном распределении значений указанного коэффициента внутри регионов РФ в 2019 г. по сравнению с 2017 г.

Распределение значений коэффициента вариации в 2019 г. практически не изменилось: для 17 регионов оно было меньше 10%, для 54 – от 10 до 20% и для шести регионов – больше 20%, т.е. внутрирегиональная изменчивость коэффициентов уровня осталась средней для основной части субъектов РФ.

**Межрегиональная вариация значений коэффициентов сложности лечения пациента, применяемых при оплате стационарной медицинской помощи по КСГ в 2017 и в 2019 гг.**

Информация об установленных значениях коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) имеется в подавляющем большинстве тарифных соглашений в 2017 и 2019 гг. Однако перечень случаев, для которых использовался указанный коэффициент, в субъектах РФ отличался либо был пред-

ставлен с различной степенью детализации. По этой причине сопоставить все возможные случаи и применяемые к ним значения КСЛП между всеми регионами РФ не представлялось возможным. В итоге сравнительный анализ вариации коэффициента сложности в 2017 и 2019 гг. проведен по одинаковому, но неполному перечню случаев для одних и тех же субъектов РФ в рамках каждого случая (количество сравниваемых регионов составило от 13 до 48 для отдельных случаев).

В 2017 г. при установлении значений КСЛП наблюдались отклонения от рекомендованных его границ в трех субъектах РФ из числа анализируемых регионов. В 2019 г. рекомендованные пороговые значения для КСЛП по представленному перечню случаев соблюдались всеми анализируемыми регионами. По большинству случаев, для которых использовались КСЛП, в 2019 г. коэффициент осцилляции оказался немного выше, чем в 2017 г. А коэффициент вариации, наоборот, для всех случаев стал меньше. В целом можно сделать вывод, что изменчивость значений коэффициентов сложности лечения уменьшилась.

## Дискуссия

О чем свидетельствуют полученные результаты? Предоставленные регионам федеральной моделью КСГ возможности корректировать соотношения тарифов для разных КСГ и разных уровней оказания медицинской помощи были по максимуму использованы при внедрении оплаты по КСГ. Что можно сказать о причинах этого явления? Обратимся еще раз к методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС<sup>20</sup>. Их анализ позволяет выделить три функции, для выполнения которых могут служить поправочные коэффициенты, используемые при расчете тарифов на КСГ:

1. *Сглаживание разрывов в уровне финансового обеспечения отдельных медицинских организаций до и после перехода на оплату по КСГ, обусловленных устранимой со временем разницей между затратами медицинских организаций на оказываемую ими медицинскую помощь и базовыми тарифами на ее оплату.*

Разрывы между уровнем финансового обеспечения отдельных медицинских организаций при оплате по КСГ и уровнем их финансового обеспечения до введения этого способа – это обычное явление при введении оплаты по КСГ. И распространенной практикой служит использование в течение строго определенного периода времени поправочных коэффициентов к тарифам на КСГ для отдельных медицинских организаций (Busse et al., 2011; Гиуффрида и др., 2013). Это дает им возможность адаптировать структуру своей деятельности и издержек для того, чтобы в последующем уровень финансового обеспечения по тарифам КСГ без поправок был достаточен для

<sup>20</sup> Письмо Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2016 N 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда ОМС N 12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».



возмещения их затрат. Другими словами, корректировка тарифов на КСГ проводится, чтобы устранить имеющиеся различия между тарифами по КСГ и затратами медицинских организаций на соответствующие случаи лечения. В российской модели КСГ эту функцию призваны выполнять в первую очередь управленческий коэффициент и во вторую – коэффициент уровня (Обухова, 2017).

2. *Повышение уровня финансового обеспечения отдельных медицинских организаций для компенсации неустраняемых различий в затратах на оказание медицинской помощи.*

Различия в издержках медицинских организаций на оказание помощи в случаях, относимых к одним КСГ, могут быть обусловлены факторами, неустраняемыми в течение нескольких лет, отводимых на введение оплаты по КСГ. В российской системе здравоохранения это, прежде всего, различия в мощности, в архитектурно-пространственных решениях, в материальном оснащении и т.д. стационаров, отнесенных к разным уровням системы оказания медицинской помощи (в частности, областных, городских и районных больниц). В российской модели КСГ для учета этих неустраняемых различий в затратах предназначен коэффициент уровня.

Еще один фактор неустраняемых различий в затратах – это более сложные условия оказания медицинской помощи отдельным категориям пациентов для ряда случаев стационарного лечения. В российской модели КСГ функцию компенсации этих затрат выполняет коэффициент сложности.

3. *Стимулирование медицинских организаций к конкретным структурным и технологическим изменениям в оказываемой ими медицинской помощи.*

Это функция управления структурой госпитализаций, структурой технологий, используемых в системе оказания медицинской помощи. Органы управления здравоохранением могут целенаправленно стимулировать медицинские организации к развитию, например, эндоваскулярных вмешательств, стационарозамещающих способов оказания медицинской помощи и т.д., проводя таким образом свою политику структурных изменений в стационарном секторе. В российской модели КСГ эту функцию призван выполнять управленческий коэффициент.

Результаты проведенного нами исследования вариации тарифов на КСГ и вариации значений используемых поправочных коэффициентов позволяют сделать некоторые выводы о характере выполнения этих функций.

Коэффициент уровня активно используется субъектами РФ. Выявленная для большинства из них внутрирегиональная вариация значений коэффициентов уровня говорит о существенных различиях в затратах медицинских организаций разного уровня внутри регионов. Выявленная межрегиональная вариация коэффициентов уровня свидетельствует о существенных различиях между регионами в соотношениях расходов медицинских организаций, относящихся к разным уровням оказания медицинской помощи.

Межрегиональная вариация управленческого коэффициента была средней в 2017 г. и уже небольшой в 2019 г. Но при этом значения коэффициента осцилляции превышали 50% для подавляющего большинства КСГ в 2017 г. и для немногим менее половины КСГ в 2019 г. Это говорит о том, что тари-

фы на одинаковые КСГ корректировались в разных регионах с помощью этого поправочного коэффициента очень по-разному: для одной и той же КСГ в одних регионах значения управленческого коэффициента устанавливались высокими, а в других – наоборот. Трудно предположить, что разные субъекты РФ проводили диаметрально противоположную структурную политику по отношению к одним и тем же КСГ: в одних регионах поощряли оказание медицинской помощи по этим КСГ, а в других – дестимулировали. Более реалистичным является объяснение, что для отдельных КСГ имеет место сильная дифференциация затрат регионов на стационарное лечение соответствующих пациентов, и устанавливаемые в регионах значения поправочного управленческого коэффициента отражают именно эти различия. То есть этот коэффициент использовался преимущественно для выполнения первой и второй функций. И то обстоятельство, что в 2017 г., на пятый год внедрения КСГ, управленческий коэффициент характеризовался средним уровнем вариации, заставляет полагать, что он использовался преимущественно для выполнения именно второй, а не первой функции, т.е. для компенсации различий, которые были неустранимы в период внедрения КСГ.

Следует обратить внимание на то, что среди трех поправочных коэффициентов наименьшие изменения в показателях вариации в 2019 г. по сравнению с 2017 г. были у значений коэффициента сложности лечения. В отличие от двух других поправочных коэффициентов, здесь случаи, для которых он может быть применен, определены не в общем виде, а достаточно конкретно. И то, что его вариация мало изменилась в рассматриваемый период, свидетельствует о том, что этот коэффициент действительно используется регионами для выполнения второй функции.

Итак, наиболее реалистичным объяснением выявленной вариации значений поправочных коэффициентов между регионами являются большие различия между ними в затратах на лечение заболеваний, относимых к одним и тем же КСГ, а объяснением выявленной вариации значений поправочных коэффициентов внутри регионов – существенные различия в затратах между медицинскими организациями. И регионы вынуждены компенсировать такие различия.

Эта необходимость была усилена задачами выполнения Указа Президента РФ N 597 от 07.05.2012 об увеличении размеров оплаты труда медицинских работников к 2018 г. В утвержденной Правительством РФ Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 гг. были установлены целевые показатели ежегодного роста зарплаты. В номинальном выражении средняя зарплата выросла с 2012 г. по 2018 г. у врачей в 2,2 раза, у среднего медицинского персонала – в 1,9 раза, у младшего медицинского персонала – в 2,7 раза. А рост государственного финансирования здравоохранения в эти же годы был меньше – в 1,5 раза в номинальном выражении<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Расчет авторов по данным Минфина России, Росстата, Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р.

Регионам пришлось решать задачу установления таких величин тарифов на оплату медицинской помощи из средств ОМС, чтобы обеспечить всем государственным и муниципальным медицинским организациям финансовые средства, достаточные для выплаты заработной платы своим работникам на уровне целевых показателей. Средства на зарплату приходилось изыскивать в том числе за счет сокращения расходов на обеспечение пациентов стационаров лекарственными препаратами (Погонцева, 2018). И регионы были вынуждены манипулировать значениями всех поправочных коэффициентов к тарифам по КСГ, чтобы обеспечить каждой медицинской организации необходимый фонд оплаты труда. Так, например, массовым явлением было установление понижающих значений управленческих коэффициентов в отношении КСГ, относящихся к лекарственной терапии злокачественных новообразований в стационаре (Сура, 2017).

Таким образом, эти коэффициенты стали использоваться для выполнения не предполагаемой в начале перехода к оплате по КСГ функции – *обеспечения медицинских организаций достаточным количеством средств для выплаты заработной платы в соответствии с целевыми показателями ее роста*. Это, очевидно, и стало причиной большой вариации значений тарифов на КСГ и применяемых при их расчете поправочных коэффициентов.

Еще один вопрос, требующий обсуждения: можно ли при таком размахе тарифов говорить о каком-либо влиянии введения оплаты по КСГ на эффективность работы медицинских организаций? Необходимость выполнения рассмотренной выше новой функции ограничивает возможности такого влияния. Приоритет в тарифной политике отдается обеспечению необходимого для медицинских организаций фонда оплаты труда. Вместо того чтобы стимулировать структурные сдвиги и технологические нововведения, тарифы на КСГ «подстраиваются» для решения именно этой задачи и для соответствующей компенсации сложившихся различий в затратах медицинских организаций.

Но следует отметить, что и при различиях в тарифах на одинаковые КСГ для разных групп медицинских организаций внутри региона оплата по КСГ тем не менее может оказывать позитивное влияние на структурные изменения в деятельности отдельных медицинских организаций. Так, исследователи отмечают, что переход к оплате по КСГ привел к развитию стационарозамещающих технологий: часть медицинских технологий стала выполняться в условиях не круглосуточного, а дневного стационара (Белявский и др., 2016; Пузакова и др., 2015). В документе Минздрава России отмечается, что дифференцированная оплата медицинской помощи по КСГ способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств (Протокол заседания рабочей группы Министерства здравоохранения РФ от 18.12.2015 N 06/11/20). Анализ такого влияния требует проведения специального исследования по данным, которые в публичном пространстве не представлены.

## Заключение

Усиление политики федеральной власти по сокращению различий в тарифах оплаты случаев стационарного лечения по КСГ было результативным. Субъекты РФ теперь не выходят за пределы разрешенных значений поправочных коэффициентов, используемых при расчете тарифов. Дифференциация тарифов на оплату стационарной помощи и дифференциация значений поправочных коэффициентов, применяемых для расчета тарифов, уменьшилась. Но «легитимная» вариация величин этих параметров остается большой.

Главными факторами, обуславливающими дифференциацию тарифов на КСГ, являются неустранимые в период внедрения этого способа оплаты межрегиональные и внутрирегиональные различия в затратах медицинских организаций на лечение схожих случаев, а также необходимость обеспечения роста зарплаты медицинским работникам.

Оценки оправданности существующих различий в тарифах на КСГ между регионами и оправданности постановки задачи их дальнейшего сокращения являются производными от решения на федеральном уровне задачи анализа возможностей проведения долгосрочной модернизации региональных систем здравоохранения для сглаживания существующих межрегиональных различий в пространственно-территориальных, материальных и финансовых факторах обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи населению. Оценки оправданности дифференциации тарифов внутри регионов являются производными от решения на региональном уровне задачи планирования объемов медицинской помощи, коечного фонда и учета возможностей перераспределения этих объемов между медицинскими организациями. Введение оплаты по КСГ предоставляет новые большие информационные возможности для повышения качества такого планирования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации // *Лекарственный вестник*. – 2016. – Т. 10. – № 2 (62). – С. 31–36.
2. Белявский А.Р., Шелякин В.А., Железнякова И.А. Модель перехода к оплате медицинской помощи по КСГ в Свердловской области // *Здравоохранение*. – 2016. – № 3. – С. 50–63.

3. Беришвили Н. Тарифы ОМС в регионах различаются в разы // Известия. – 02.05.2017. URL: <https://iz.ru/news/694931> (дата обращения: 01.03.2021).
4. Бескаравайная Т. ФОМС обвинил регионы в самовольном занижении тарифов на медицинскую помощь // Медвестник. – 30.05.2017. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-obvinil-regiony-v-samovolnom-zanijenii-tarifov-na-medicskuyu-pomosh.html> (дата обращения: 01.03.2021).
5. Гиуффрида А., Кацага А., Лангенбруннер Д. Введение в систему клинико-статистических групп: уроки для России // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 2. – С. 30–39.
6. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 16–21.
7. Обухова О.В. КСГ: как работать с новым способом оплаты // Здравоохранение. – 2017. – № 1. – С. 46–51. URL: <https://e.zdravohrana.ru/521548> (дата обращения: 01.03.2021).
8. Погонцева Е. Исполнение майских указов по зарплате ведет к тому, что врачи вскоре будут лечить только словом // Медвестник. – 16.09.2018. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Ispolnenie-maiskih-ukazov-po-zarplate-vedet-k-tomu-chto-vrachi-vskore-budut-lechit-tolko-slovom.html> (дата обращения: 01.03.2021).
9. Пузакова Е.В., Ларионов С.В., Чумакова О.А. Обязательное медицинское страхование в Хабаровском крае в условиях перехода на новые способы оплаты медицинской помощи (на основе клинико-статистических групп и подушевого финансирования) // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2015. – № 2. – Т. 64. – С. 13–18.
10. Салахутдинова С., Кацага А., Авксентьева М. Применение клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи в стационаре и дневном стационаре в Российской Федерации: интервью с экспертами // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2016. – № 2. – Т. 24. – С. 16–21.
11. Стадченко Н.Н. Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Развитие системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2017 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2018. – № 2. – С. 20–23.
12. Сура М.В. Вопросы региональной адаптации системы оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 4. – С. 11–20.
13. Федеральный фонд ОМС. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2011 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. – № 4. – С. 8–69.
14. Федеральный фонд ОМС. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2017 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2018. – № 4. – С. 7–69.
15. Федеральный фонд ОМС. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2018 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2019. – № 3. – С. 5–69.

16. Шевченко Р. ФОМС обещает разобраться с каждым случаем нарушения тарифных соглашений // Медвестник. Портал Российского врача. – 18.09.2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-obeshaet-razobratsya-s-kajdym-sluchaem-narusheniya-tarifnyh-soglashenii.html> (дата обращения: 01.03.2021).
17. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Русь, Издатцентр, 1998.
18. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (Eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire. 2011.
19. Busse R., Geissler A., Aaviksoo A., Cots F., Hakkinen U., Kobel, C. et al. *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?* // *British Medical Journal*. 2013. No. 346. Jun 07 3. P. f3197–f3197. doi:10.1136/bmj.f3197

## TERRITORIAL DISPARITY BETWEEN TARIFFS FOR INPATIENT CARE IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE

---

### **Sergey V. Shishkin**

Doctor of Sciences (in Economics), Director of the Centre for Health Policy, National Research University Higher School of Economics.

Address: 20 Myasnitskaya Str.,  
101000 Moscow, Russian Federation.  
E-mail: shishkin@hse.ru

### **Oksana F. Ponkratova**

Analyst, Centre for Health Policy, National Research University Higher School of Economics.

Address: 20 Myasnitskaya Str.,  
101000 Moscow, Russian Federation.  
E-mail: oponkratova@hse.ru

### Abstract

The article discusses the differences in the tariffs in the DRG-based hospital payment system, which remain between the subjects of the Russian Federation after the introduction of this system. Since 2018, the public policy has been stepped up to reduce

territorial disparity between tariffs. In 2019, the “two keys” rule was introduced: the Federal Compulsory Medical Insurance Fund received the right to agree on tariffs for paying for medical care, approved in each constituent entity of the Russian Federation. The article analyzes the effectiveness of this policy. The estimates of the variation in the tariffs for inpatient care and in the modifying factors used in their calculation in 2017 and 2019 are presented. The study analyses the tariff agreements on compulsory medical insurance, concluded in the subjects of the Russian Federation. The results of the analysis show that the interregional disparity between these parameters has decreased but remains large. The reasons that cause it are 1) interregional and intraregional differences in the expenditures of medical care providers for the treatment of similar cases, which are not eliminated during the period of the introduction of the DRG-based hospital payment system; and 2) the need to ensure the increase in salaries for medical workers according to the governmental targets. The problem statement of further reduction of existing differences in tariffs is derived from analyzing the possibilities of long-term modernization of regional health care systems to smooth out existing interregional differences in the spatial, territorial, material and financial factors of ensuring state guarantees for the provision of free medical care to the population.

**Keywords:** compulsory health insurance; tariffs for medical care; territorial disparity between tariffs; DRG-based hospital payment system; diagnosis related groups (DRG); payment for inpatient care; tariff agreements for compulsory health insurance.

**Citation:** Shishkin, S.V. & Ponkratova, O.F. (2021). Territorial'naya differentsiatsiya tarifov na oplatu meditsinskoy pomoshchi v OMS [Territorial Disparity between Tariffs for Medical Care in the Compulsory Health Insurance]. *Public Administration Issues*, no 1, pp. 75–99 (in Russian).

## REFERENCES

---

1. Avksent'eva, M.V. & Salakhutdinova, S.K. (2016). Kliniko-statisticheskie gruppy (KSG) kak novyi metod oplaty statsionarnoi i stacionarozameshchayushchei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii [Diagnosis Related Groups (DRG) as a New Method of Payment for Hospital and Hospital-replacing Care in the Russian Federation]. *Lekarstvennyi vestnik*, vol. 10, no 2 (62), pp. 31–36.
2. Belyavskiy, A.R., Shelyakin, V.A. & Zheleznyakova, I.A. (2016). Model perekhoda k oplate meditsinskoy pomoshchi po KSG v Sverdlovskoy oblasti [Model of the Transition to Payment for Medical Care on the DRG in the Sverdlovsk Region]. *Zdravookhraneniye*, no 3, pp. 50–63.
3. Berishvili, N. (2017). Tarifny OMS v regionakh razlichayutsya v razy [The Tariffs for Compulsory Medical Insurance in the Regions Differ at Times]. *Izvestiya*, May, 02. Available at: <https://iz.ru/news/694931> (accessed: 25 February 2021).
4. Beskaravaynaya, T. (2017). FOMS obvinil regiony v samovol'nom zaniizhenii tarifov na meditsinskuyu pomoshch' [FOMS Accused the Regions of Unauthorized Lowering of Tariffs for Medical Care]. *Medvestnik*, May 30. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-obvinil-regiony-v-samovolnom-zaniizhenii-tarifov-na-medicinskuu-pomosh.html/> (accessed: 25 February 2021).

5. Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (Eds.) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press.
6. Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., et al. (2013). Diagnosis Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency, and Quality in Hospitals? *British Medical Journal*, 346:f3197. Available at: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f3197> (accessed: 25 February 2021).
7. Federal'nyi fond OMS (2012). Obyazatel'noye meditsinskoye strakhovanie v Rossiiskoi Federatsii v 2011 godu [Report on the Results of Activities of the Federal Compulsory Health Insurance Fund in 2011]. *Compulsory Health Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 8–76.
8. Federal'nyi fond OMS (2018). Otchet o rezul'tatakh deyatel'nosti Federal'nogo fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v 2017 godu [Report on the Results of Activities of the Federal Compulsory Health Insurance Fund in 2017]. *Compulsory Health Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 7–69.
9. Federal'nyi fond OMS (2019). Otchet o rezul'tatakh deyatel'nosti Federal'nogo fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v 2018 godu [Report on the Results of Activities of the Federal Compulsory Health Insurance Fund in 2018]. *Compulsory Health Insurance in the Russian Federation*, no 3, pp. 5–69.
10. Giuffrida, A., Katsaga, A. & Langenbrunner, D. (2013). Vvedenie v sistemu kliniko-statisticheskikh grupp: uroki dlya Rossii [Introduction to the System of Diagnosis-Related Groups: Lessons for Russia]. *Compulsory Health Insurance in the Russian Federation*, no 2, pp. 30–39.
11. Gekht, I.A. & Artem'eva, G.B. (2015). O nekotorykh problemakh oplaty meditsinskoi pomoshchi s ispol'zovaniem kliniko-statisticheskikh grupp v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya [About Some Problems of Paying for Medical Care Using Diagnosis-Related Groups in the System of Compulsory Health Insurance]. *Menedzher zdravookhraneniya*, no 3, pp. 16–21.
12. Obukhova, O.V. (2017). KSG: kak rabotat' s novym sposobom oplaty [KSG: How to Work with a New Payment Method]. *Zdravookhraneniye*, no 1, pp. 46–51. Available at: <https://e.zdravohrana.ru/521548> (accessed: 25 February 2021).
13. Pogontseva, Ye. (2018). Ispolneniye mayskikh ukazov po zarplate vedet k tomu, chto vrachi vskore budut lechit' tol'ko slovom [Execution of the May Salary Decrees Leads to the Fact that Doctors Will Soon Treat Only with Words]. *Medvestnik*, September, 16. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Ispolnenie-maiskih-ukazov-po-zarplate-vedet-k-tomu-chto-vrachi-vskore-budut-lechit-tolko-slovom.html> (accessed: 25 February 2021).
14. Puzakova, Ye.V., Larionov, S.V. & Chumakova, O.A. (2015) Obyazatel'noye meditsinskoye strakhovaniye v Khabarovskom kraye v usloviyakh perekhoda na novyye sposoby oplaty meditsinskoy pomoshchi (na osnove kliniko-statisticheskikh grupp i podushevogo finansirovaniya) [Compulsory Health Insurance in the Khabarovsk Territory in the Context of the Transition to New Methods of Payment for Medical Care (Based on Clinical and Statistical Groups and Per Capita Financing)]. *Zdravookhraneniye Dal'nego Vostoka*, no 2, vol. 64, pp. 13–18.
15. Salakhutdinova, S., Katsaga, A. & Avksent'yeva, M. (2016) Primeneniye kliniko-statisticheskikh grupp dlya oplaty meditsinskoy pomoshchi v statsionare i dnevnom statsionare v Rossiyskoy Federatsii: interv'y u ekspertami [The Use of Clinical and Statistical Groups to Pay for Medical Care in the Hospital and Day Hospital in the Russian Federation: Interviews with Experts]. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*, no 2, vol. 24, pp. 16–21.



16. Sheyman, I.M. (1998). *Reforma upravleniya i finansirovaniya zdavookhraneniya* [Reform of Health Care Management and Financing]. Moscow: Rus, Izdatsentr.
17. Shevchenko, R. (2019) FOMS obeshchayet razobrat'sya s kazhdym sluchayem narusheniya tarifnykh soglasheniy [MHIF Promises to Deal with Each Case of Violation of Tariff Agreements]. *Medvestnik. Portal Rossiyskogo vracha*. September 18. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/FOMS-obeshaet-razobratsya-s-kajdym-sluchaem-narusheniya-tarifnyh-soglashenii.html> (accessed: 25 February 2021).
18. Stadchenko, N.N. (2018). Predsedatel' Federal'nogo fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya N.N. Stadchenko: Razvitie sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossiiskoi Federatsii v 2017 godu [Chairman of the Federal Compulsory Health Insurance Fund N. N. Stadchenko: Development of the Compulsory Health Insurance System in the Russian Federation in 2017]. *Compulsory Health Insurance in the Russian Federation*, no 2, pp. 20–23.
19. Sura, M.V. (2017). Voprosy regional'noi adaptatsii sistemy oplaty meditsinskoi pomoshchi za schet sredstv obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya s primeneniem kliniko-statisticheskikh grupp [Issues of Regional Adaptation of the System of Payment for Medical Care at the Expense of Compulsory Health Insurance with the Use of Diagnosis Related Groups]. *Medical Technologies. Assessment and Choice*, no 4, pp. 11–20.