

Сердечная недостаточность: актуальные проблемы учета и оплаты госпитальной медицинской помощи (согласованная позиция)

И.В. Самородская¹, В.Н. Ларина², В.И. Перхов^{2,3}, М.Г. Сивцева⁴

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ГК «МедИнвестГрупп», Москва, Россия

✉ larinav@mail.ru

Аннотация

Увеличение продолжительности жизни населения, более частая встречаемость сердечной недостаточности (СН) среди лиц пожилого возраста и растущие затраты на ее лечение являются значительным экономическим бременем для здравоохранения любой страны. Причинами госпитализации пациентов с хронической СН (ХСН) могут быть как ухудшение состояния основного заболевания, которое осложнилось СН, так и декомпенсация СН, необходимость имплантации ресинхронизирующих кардиостимуляторов и других устройств или трансплантации сердца. Разные причины госпитализации требуют разных ресурсов. ХСН должна учитываться (кодироваться) как основной заключительный диагноз в тех случаях, когда является основной причиной госпитализации и наибольшими расходами при оказании медицинской помощи. Для планирования объемов и анализа результатов оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с ХСН необходимо внести соответствующие дополнения в формы государственного статистического наблюдения и в инструкции Федерального фонда обязательного медицинского страхования по отнесению случаев оказания медицинской помощи к конкретной клинико-статистической группе.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, учет объемов медицинской помощи, прогноз результатов оказания медицинской помощи, смертность, клинико-статистические группы, способы оплаты медицинской помощи.

Для цитирования: Самородская И.В., Ларина В.Н., Перхов В.И., Сивцева М.Г. Сердечная недостаточность: актуальные проблемы учета и оплаты госпитальной медицинской помощи (согласованная позиция). *CardioСоматика*. 2020; 11 (1): 36–39. DOI: 10.26442/22217185.2020.1.200112

Review

Heart failure: actual problems of accounting and paying for hospital admissions (agreed position)

Irina V. Samorodskaya¹, Vera N. Larina², Vladimir I. Perkhov^{2,3}, Maria G. Sivtseva⁴

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

³Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care, Moscow, Russia;

⁴MedInvestGrupp Groups, Moscow, Russia

✉ larinav@mail.ru

Abstract

The increase in life expectancy of the population, the more frequent occurrence of heart failure (HF) among the elderly and the increasing costs of its treatment are a significant economic burden for the health of any country. The reasons for the hospitalization of patients with chronic HF (CHF) can be either a worsening condition of the underlying disease, which was complicated by HF, decompensation of HF, the need for implantation of resynchronizing pacemakers and other devices, or heart transplantation. Different reasons for hospitalization require different resources. CHF should be taken into account (coded) as the main final diagnosis in those cases when it is the main reason for hospitalization and the greatest expenses for providing medical care. To plan the volumes and analyze the results of inpatient care for patients with HF, it is necessary to make appropriate additions to the statistical monitoring forms and to the instructions of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund to classify cases of medical care as a specific clinical and statistical group.

Key words: chronic heart failure, accounting of volumes of medical care, forecast of results of delivery of health care, mortality, clinical and statistical groups, payment methods of medical care.

For citation: Samorodskaya I.V., Larina V.N., Perkhov V.I., Sivtseva M.G. *Cardiosomatics*. 2020; 11 (1): 36–39. DOI: 10.26442/22217185.2020.1.200112

Введение

Современный этап организации и оказания медицинской помощи характеризуется увеличением в возрастной структуре населения доли пожилых людей и, соответственно, увеличением частоты хронических неинфекционных заболеваний. По мере изменения демографической ситуации меняется структура заболеваемости и, следовательно, меняется потребность населения в отдельных видах медицинской помощи как качественно, так и количественно. Так, на фоне происходящих изменений имеется тенденция к увеличению числа пациентов с сердечной недостаточностью (СН) [1]. По данным С. Lawson и соавт., за период с 1 января 1998 по 17 сентября 2018 г. общее число госпитализаций за 10 лет увеличилось (с учетом изменений в возрастной структуре) на 28% (с 97,1 до 124,2 на 100 человеко-лет) [2].

Развитие СН ассоциируется с повышенной смертностью, является основной причиной госпитализации и серьезным бременем ложится на систему здравоохранения любой страны. Например, в США ожидается, что общие медицинские расходы на медицинскую помощь пациентам с СН вырастут с 20,9 млрд дол. США в 2012 г. до 53 млрд дол. США к 2030 г. [3].

В России и других странах, использующих способы оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим (клинико-профильным) группам, важной и все еще не решенной проблемой является проблема ценообразования и обеспечения справедливости финансирования стационаров [4].

СН не является основным диагнозом. Это всегда осложнение, которое, как при инфаркте миокарда, развивается одновременно с основным заболеванием либо представляет собой финальный этап многих болезней системы кровообращения (БСК): артериальной гипертензии, порока сердца, ишемической болезни сердца, кардиомиопатии, первичной легочной гипертензии и т.д. В эпидемиологических и клинических исследованиях в настоящее время применяют разные подходы и критерии определения СН. Используются клинические критерии, установленные во Фрамингемском исследовании сердца [5], критерии The Cardiovascular Health Study Европейского общества кардиологов [6], в части исследований и рутинной клинической практике врачи опираются на симптомы, о которых говорит сам пациент. При учете госпитализаций пациентов с БСК и наличием СН кодирование случая осуществляется согласно Международной классификации болезней (МКБ) [7], и проблема в том, что часть случаев учитывается по коду основного заболевания, а часть – по коду СН. Применение разных критериев в различных популяциях, отсутствие четкой регистрации случаев СН на основании всеобъемлющего учета приводят к тому, что организационные решения принимаются в условиях неопределенности.

В этой связи актуальным является разработка предложений по совершенствованию учета (статистических учетно-отчетных форм и информационно-аналитических систем) и механизмов оплаты случаев госпитализации при хронической СН (ХСН).

Цель статьи – разработка предложений по совершенствованию методологических подходов к учету случаев и механизмов оплаты случаев оказания медицинской помощи, связанных с декомпенсацией ХСН, в стационарных условиях.

Причины госпитализации при СН

Длительное прогрессирующее течение ряда преимущественно сердечно-сосудистых заболеваний с развитием СН является причиной более 1 млн госпитализаций ежегодно [8, 9]. Повторно в связи с декомпенсацией ХСН госпитализируются 25% пациентов в течение первых 30 дней [10], 60% – в течение года [11]. 80% всех госпитализаций, обусловленных СН, регистрируется среди лиц в возрасте 65 лет и старше [4].

В настоящее время четкой границы между острой СН и декомпенсацией ХСН не существует. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2016 г.) к острой СН относят все состояния, связанные с впервые возникшей СН, внезапной острой декомпенсацией СН, развитием выраженной одышки на фоне значительного повышения артериального давления и сопровождающиеся повышенным уровнем натрийуретического пептида в плазме. Согласно клиническим рекомендациям Общества специалистов по сердечной недостаточности/Российского кардиологического общества/Российского научного медицинского общества терапевтов, острая декомпенсированная СН – период течения СН, который характеризуется быстрым усугублением/появлением симптомов СН, что требует экстренной госпитализации пациента и проведения интенсивной терапии.

Причинами декомпенсации ХСН обычно являются ухудшение тяжести течения основного заболевания (осложнением которого является СН), несоблюдение пациентами рекомендованного образа жизни, режима и медикаментозного лечения, присоединение инфекции разной локализации и другие причины (включая злоупотребление алкоголем, нарушение функции почек, анемию и др.).

Традиционными в нашей стране при наличии симптомов и признаков СН показаниями для госпитализации являются жизнеугрожающие состояния, такие как гипертонический криз, рецидивирующие нарушения ритма и проводимости, острый коронарный синдром, острые механические нарушения, такие как разрыв папиллярных мышц, отрыв хорд митрального клапана сердца на фоне острого коронарного синдрома, травма грудной клетки, острая недостаточность клапанов сердца на фоне инфекционного эндокардита, тромбоэмболия легочной артерии. В части случаев такие состояния развиваются впервые в жизни, но определенная часть из них развивается на фоне хронических БСК. Плановая госпитализация на фоне ХСН требуется в тех случаях, когда на фоне амбулаторного лечения не удается купировать развивающиеся признаки и симптомы декомпенсации и/или с целью имплантации ресинхронизирующих кардиостимуляторов и других устройств для лечения тяжелой прогрессирующей ХСН или трансплантации сердца.

Безусловно, неоднозначность причин госпитализации пациентов в связи с СН, отсутствие явной границы между декомпенсацией сердечной деятельности и острой СН осложняет статистический учет количества случаев госпитализации, обусловленных СН. Совершенно очевидно, что затраты на случаи лечения больных с разными причинами госпитализации при одном и том же коде МКБ (СН) будут совершенно разные (медикаментозная терапия декомпенсированной ХСН или имплантация ресинхронизирующего устройства).

Проблемы статистического учета объема медицинской помощи, оказанной в условиях стационара при СН

В ряде стран для учета числа госпитализаций используются информационные системы, основанные на клинической модификации МКБ-10. Так, в США в течение последних лет число госпитализаций пациентов с СН, принятой в качестве основной причины госпитализации, составляет около 900 тыс., число госпитализаций пациентов с другой патологией, но наличием СН в качестве осложняющего течение болезни состояния, значительно выше [12]. Частота госпитализаций на 100 тыс. населения (нестандартизованные показатели) в связи с СН, по данным Организации экономического сотрудничества и развития [13], значительно варьирует – от 20 на 100 тыс. в Мексике до 560 на 100 тыс. в Германии. Данные показатели не являются стандартизованными по возрасту. Поэтому их величина может зависеть от демографических особенностей населения страны, распространенности ХСН, качества амбулаторного лечения, потребности в госпитализации. Но в не меньшей степени такие различия могут свидетельствовать и о разных подходах к учету случаев госпитализаций.

В России учет числа случаев госпитализаций и числа обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения с СН (код I50) в формах федерального статистического наблюдения (форма №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации») не предусмотрен.

Учитывая, что СН является осложнением основного заболевания, а осложнения и сопутствующие заболевания не учитываются с помощью так называемых «бумажных» отчетов, на которые ориентированы все без исключения формы федерального статистического наблюдения в здравоохранении, для учета не только основного диагноза, но и других необходимо соответствующее программное обеспечение, основанное на регистрации персонализированных данных. Это планируется реализовать при введении МКБ-11.

В настоящее время учет госпитализаций с СН частично осуществляется при формировании счетов на оплату случаев медицинской помощи медицинскими организациями по клинико-статистическим группам (КСГ) за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако эти сведения включают персональные данные пациента, следовательно, в открытом доступе отсутствуют.

В ряде стран учет госпитализаций, связанных с СН, также осуществляется на основе формирования счетов и компенсации затрат медицинским учреждением по КСГ. Однако нет данных о критериях учета таких случаев по каждой стране, нельзя исключить, что каждая страна использует свои критерии и подходы.

Проблемы компенсации затрат на оказание медицинской помощи при СН в условиях стационара

В России с 2012 г. используется способ компенсации затрат на оказание медицинской помощи в стационарных условиях с использованием клинико-затратных групп (КСГ) или клинико-профильных групп. Согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет

средств обязательного медицинского страхования (далее – Рекомендации), доведенных до участников ОМС совместным письмом Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 12.12.2019 №11-7/И/2-11779, 17033/26-2/и, КСГ заболеваний – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи, сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов с примерно одинаковой ресурсоемкостью. Клинико-профильная группа – группа КСГ и/или отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи. В 2020 г. рекомендуется использовать 364 КСГ для круглосуточного и 153 КСГ для дневного стационара [14].

Федеральный фонд ОМС дополняет Рекомендации так называемым «расшифровщиком» КСГ, который содержит инструкции по отнесению случаев оказания медицинской помощи к конкретной КСГ [15]. В данной инструкции указано, что при отнесении случая госпитализации к какой-либо КСГ прежде всего учитывается основной диагноз.

До 2020 г. госпитализация больного по причине СН (коды МКБ I50.0, I50.1, I50.9) как основного диагноза, во время которой не проводилось определенных медицинских вмешательств (манипуляций), должна была быть отнесена к КСГ st27.008 «Другие болезни сердца (уровень I)» с довольно низким коэффициентом затратно-емкости (0,78). Максимально возможный коэффициент затратно-емкости для учета медицинской помощи по причине СН – 1,54, но только при условии выполнения одного из 9 медицинских вмешательств (биопсия миокарда, воздействие синусоидальными модулированными токами при патологии сердца и перикарда, компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, коронарография, чрезвенная катетеризация сердца, шунтография, электроимпульсная терапия при патологии сердца и перикарда, электрокардиостимуляция, электрокардиостимуляция чреспищеводная). Стоит отметить, что все перечисленные методы являются методами диагностики БСК, но не диагностики и лечения СН.

Заключение

Для планирования объемов и анализа результатов оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с преимущественно декомпенсацией ХСН необходимо внести дополнительные строки в форму №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

Необходимо внесение СН в раздел 8.8. «Особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения БСК» Инструкции по отнесению случаев оказания медицинской помощи к конкретной КСГ [15], а также в алгоритм создания КСГ для оплаты диагностических исследований сердечно-сосудистой системы. При формировании счетов на оплату медицинской помощи по КСГ СН должна учитываться (кодироваться) как основной заключительный диагноз в тех случаях, когда СН являлась основной причиной госпитализации, обусловившей наибольшие расходы при оказании медицинской помощи или явившийся причиной смерти.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS et al. Heart disease and stroke statistics – 2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133 (4): e38–360.
2. Lawson C, Zaccardi F, Squire I et al. 20-year trends in cause specific heart failure outcomes by sex, socioeconomic status, and place of diagnosis: a population-based study. *Lancet Public Health* 2019; 4: e406–20. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30108-2
3. Ziaeian B, Fonarow G. Epidemiology and Aetiology of Heart Failure. *Nat Rev Cardiol* 2016; 13 (6): 368–78. DOI: 10.1038/nrcardio.2016.25
4. Перхов ВИ, Обухова ОВ, Базарова ИН, Горин СГ. Организация и результаты мониторинга медико-экономических показателей высокотехнологичной медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2016; 1: 8–13. [Perkhov VI, Obukhova OV, Bazarova IN, Gorin SG. Organizatsiia i rezul'taty monitoringa mediko-ekonomicheskikh pokazatelei vysokotekhnologichnoi meditsinskoj pomoshchi. *Menedzher zdruvookhraneniia*. 2016; 1: 8–13. (in Russian)]
5. McKee P, Castelli W, McNamara P et al. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441–6.
6. Di Bari M, Pozzi C, Cavallini C et al. The diagnosis of heart failure in the community. Comparative validation of four sets of criteria in unselected older adults: the ICARE Dicomano Study. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 1601–8.
7. Goff D, Pandey D, Chan F et al. Congestive heart failure in the United States: is there more than meets the I(CD code)? The Corpus Christi Heart Project. *Arch Intern Med* 2000; 160: 197–202.
8. Benjamin E, Blaha M, Chiuve S et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135: e146–e603.
9. Chioncel O, Mebazaa A, Harjola VP et al. Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail* 2017; 19: 1242–54.
10. Поляков ДС., Фомин ИВ, Валикулова ФЮ. и др. Эпидемиологическая программа ЭПОХА-ХСН: декомпенсация хронической сердечной недостаточности в реальной клинической практике (ЭПОХА-Д-ХСН). *Журнал Сердечная Недостаточность*. 2016; 17 (5): 299–305.
11. [Poliakov DS, Fomin IV, Valikulova FIu. et al. Epidemiologicheskaya programma EPOKha-KhSN: dekompensatsiia khronicheskoi serdetsnoi nedostatochnosti v real'noi klinicheskoi praktike (EPOKha-D-KhSN). *Zhurnal Serdetsnaia Nedostatochnost'*. 2016; 17 (5): 299–305 (in Russian)]
12. Go A, Mozaffarian D, Roger VL et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 127 (1): e6–e245. DOI: 10.1161/CIR.0b013e318281244d
13. <https://www.mgfoms.ru/medicinskie-organizacii/tarifi>
14. <https://stats.oecd.org/>
15. Письмо Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 декабря 2019 г. №11-7/И/2-11779, 17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». [Pis'mo Ministerstva zdruvookhraneniia RF i Federal'nogo fonda obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia ot 12 dekabria 2019 g. №11-7/И/2-11779, 17033/26-2/и "O metodicheskikh rekomendatsiakh po sposobam oplaty meditsinskoj pomoshchi za schet sredstv obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia" (in Russian)]
16. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 февраля 2020 г. №2493/26-1/и «О направлении Расшифровок клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях». [Pis'mo Federal'nogo fonda obiazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniia ot 21 fevralia 2020 g. №2493/26-1/и "O napravlenii Rasshifrovok kliniko-statisticheskikh grupp dlia meditsinskoj pomoshchi, okazannoi v statsionarnykh usloviakh i v usloviakh dnevnogo statsionara i Instruktsii po gruppovke sluchaev, v tom chisle pravila ucheta klassifikatsionnykh kriteriev, i podkhodam k oplate meditsinskoj pomoshchi v ambulatornykh usloviakh" (in Russian)]

Информация об авторах / Information about the authors

Самородская Ирина Владимировна – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. ФГБУ НИИЦ ТПМ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Ларина Вера Николаевна – д-р мед. наук, зав. каф. поликлинической терапии лечебного фак-та ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: larinav@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7825-5597>

Перхов Владимир Иванович – д-р мед. наук, гл. науч. сотр. ФГБУ ЦНИИОИЗ, проф. каф. управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФДПО ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: perkhov@mednet.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Сивцева Мария Георгиевна – рук. отд. методологии и экспертизы по обязательному медицинскому страхованию ГК «МедИнвестГрупп». E-mail: m.sivtseva@medinvest-group.ru

Irina V. Samorodskaya – D. Sci. (Med.), Prof., National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Vera N. Larina – D. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: larinav@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7825-5597>

Vladimir I. Perkhov – D. Sci. (Med.), Prof., Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: perkhov@mednet.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Maria G. Sivtseva – manager of department, MedInvestGrupp Groups. E-mail: m.sivtseva@medinvest-group.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.04.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.05.2020