

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»

МЕТОДОЛОГИЯ УЧЕТА И ОПЛАТЫ ПРЕРВАННЫХ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Введение

По данным официальной статистики, количество прерванных случаев лечения только обусловленных переводом пациентов в другие стационары и летальными исходами ежегодно составляет около миллиона человек или 2,5% от общего числа случаев госпитализаций. Это при том, что в данном объеме не учитываются прерванные случаи лечения, обусловленные и другими причинами, такими как самовольный уход, выписка за нарушение режима и другими. При этом такие случаи в статистике необоснованно учитываются как законченные случаи лечения, что приводит к завышению объемов медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

При оплате прерванных случаев лечения в большинстве территорий Российской Федерации не учитываются такие факторы, как форма госпитализации, степень подготовки пациента при госпитализации, причина прерывания лечения, фактическая длительность нахождения пациента.

Недостаточная регламентация учета, контроля и оплаты прерванных случаев лечения в стационарных условиях приводит к искажению статистических данных в части оценки фактических объемов оказанной медицинской помощи, а также к некорректному возмещению расходов медицинской организации.

Переход на эффективный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), вызывает необходимость учета прерванных случаев лечения, формированию подходов по возмещению расходов медицинской организации и осуществлению мероприятий, направленных на их минимизацию.

В данном документе изложены подходы к учету, контролю и оплате прерванных случаев лечения пациентов в условиях стационара на основе анализа статистической информации по субъектам Российской Федерации. Даны практические рекомендации по совершенствованию учета и оплаты прерванных случаев лечения пациентов в условиях стационара.

1. Нормативно-законодательная база

Основными документами, регламентирующими учет, контроль и оплату прерванного случая являются:

- Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (далее – Приказ № 230)
- Приказ ФФОМС от 18.11.2014 N 200 (ред. от 14.04.2015) "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения"
- Письмо Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454 "О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (вместе с "Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации)")
- Письмо ФФОМС от 18.12.2014 N 6538/21-3/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454»
- Приказ ФФОМС от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования"
- Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ № 230)
- Приказы ТФОМС, регламентирующие порядки оплаты медицинской помощи, оказываемой по программе ОМС на территории субъектов Российской Федерации
- Тарифные соглашения по реализации в субъектах программы ОМС

Согласно Приказу ФФОМС от 18.11.2014 N 200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (далее – Требования), в содержании тарифного соглашения на уровне субъекта Российской Федерации, тарифным соглашением должен быть определен порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе сверхкоротких случаев лечения, а также при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Здесь же и Письмом ФФОМС от 18.12.2014 N 6538/21-3/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454» установлено, что к сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней.

Согласно Письму Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454 "О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", оплата переводов отличается в зависимости от того, между какими подразделениями осуществляется перевод и какова его причина.

Согласно Приказу № 230, одной из причин проведения целевой медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи являются заболевания с удлинённым или укороченным сроком лечения, с указанием предельного отклонения от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц более чем на 50 процентов. В Методических рекомендациях вместо укороченного срока лечения применяется термин «прерванный случай», а также термин «сверхкороткий случай». Если второй вариант ограничен по длительности пребывания, то для первого варианта такого ограничения не установлено.

2. Понятийный аппарат

В исследуемом контексте понятие прерванного случая лечения опирается на экономическое понятие законченного случая лечения в стационарных условиях или случая госпитализации, которое применяется при оплате оказанной медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний (далее – КСГ).

Под **законченным случаем**, принятым к оплате по КСГ, понимается случай госпитализации, характеризуемый совокупностью медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, клиническими рекомендациями (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, а также сложившейся клинической практике, предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента), в установленные средние сроки лечения (средняя длительность лечения).

Средняя длительность лечения установлена стандартом медицинской помощи, а при его отсутствии средним сложившемся сроком лечения для всех застрахованных лиц с соответствующим заболеванием.

Средняя длительность лечения законченного случая – длительность пребывания пациента в условиях стационара, находящаяся в установленных

тарифными соглашениями субъектов Российской Федерации предельных отклонениях от утвержденной стандартом медицинской помощи или от средне сложившегося срока для всех застрахованных лиц с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

При определении сроков средней продолжительности случая лечения в тарифных соглашениях субъектам Российской Федерации рекомендуется установить **предельные отклонения от средней длительности лечения**, при которых применяется действующий тариф законченного случая.

Клинико-статистическая группа заболеваний - группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Основой формирования тарифа КСГ является **базовая ставка**. Из расчетов базовой ставки за законченный случай госпитализации при оплате по КСГ исключены:

- медицинская реабилитация, оказанная в стационарных условиях,
- высокотехнологичная медицинская помощь,
- социально-значимые заболевания (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования сверх базовой программы обязательного медицинского страхования,
- осуществление межтерриториальных расчетов за стационарную медицинскую помощь, оказанную застрахованным в другом субъектах,
- формирование нормированного страхового запаса в части резервирования средства на оплату стационарной медицинской помощи.

Прерванный случай лечения или незаконченный случай лечения – случай оказания медицинской помощи со сроком лечения менее средней длительности, установленной тарифным соглашением, и характеризующийся неполным выполнением объема лечебных, реабилитационных мероприятий, регламентированных соответствующими нормативными документами.

Случаи оказания медицинской помощи со сроком лечения менее средней длительности, установленной тарифным соглашением, при условии полного и качественного выполнения объема лечебных, реабилитационных мероприятий, регламентированных соответствующими нормативными документами, относятся к законченным случаям лечения.

Понятие «прерванного случая лечения» распространяется и на случаи, относящиеся к сверхкоротким.

Сверхкороткими являются случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, являющиеся исключениями.

К **исключениям** относят случаи лечения, при которых необходимый результат достигается в сверхкороткий срок, чем это предписывается стандартом медицинской помощи, в том числе вследствие применения новых медицинских технологий. По таким случаям целесообразно осуществлять оплату как за законченный случай независимо от длительности лечения.

Базовый перечень групп, являющихся исключениями, приведен в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования¹, и может быть дополнен в субъекте Российской Федерации с учетом фактически сложившейся длительности лечения и мероприятий по оптимизации длительности лечения.

3. Причины прерванного случая лечения

Прерванный случай лечения может быть обусловлен причинами, зависящими и не зависящими от медицинской организации, переводом в другое отделение или другую медицинскую организацию, или смертью пациента.

Ниже указаны причины, при которых случаи лечения могут быть отнесены к прерванным:

1. Перевод пациента по поводу основного заболевания, в т.ч.:
 - a. внутри медицинской организации между отделениями
 - b. между медицинскими организациями;
 - c. в другое учреждение по желанию пациента;
2. Перевод пациента по поводу нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, в т.ч.:
 - a. внутри медицинской организации между отделениями
 - b. между медицинскими организациями;
 - c. в другое учреждение по желанию пациента
3. Невыполнение в полном объеме диагностических и/или лечебных мероприятий в т.ч. по стандарту, незаконченная схема лечения;
4. Необоснованная госпитализация;
5. Прерывание лечения по инициативе медицинской организации; в том числе:
 - a. выписка за нарушение режима;
 - b. самовольный уход;

¹ Письмо ФФОМС от 18.12.2014 N 6538/21-3/и (с изм. от 06.02.2015) «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454»

6. Сверхкороткие случаи (указывается временной период отнесения к таковым);
7. Обследование лиц призывного возраста по направлению военных комиссариатов;
8. Выписка по независящим от медицинской организации причинам, в т.ч.:
 - a. добровольный отказ от медицинского вмешательства, продолжения лечения;
 - b. выписка по семейным обстоятельствам;
 - c. присоединение острого инфекционного заболевания;
 - d. карантин;
9. Смерть пациента.

4. Факторы, влияющие на размер тарифа прерванного случая лечения

Основными факторами, характеризующими прерванный случай и влияющими на размер или механизм его оплаты, выступают такие параметры, как:

- КСГ, к которой отнесен прерванный случай лечения;
- профиль отделения госпитализации;
- форма госпитализации: экстренная/плановая;
- полнота объема оказанной медицинской помощи (соответствие выполненного объема стандарту/клиническому протоколу);
- факт оказания одной или нескольких хирургических манипуляций;
- факт применения сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения (в том числе лекарственных средств нового поколения), не входящих в стоимость стандартной КСГ;
- количество проведенных койко-дней;
- причина прерванного случая:
 - перевод пациента:
 - по основному заболеванию, указанному в качестве причины госпитализации
 - по новому заболеванию, состоянию
 - место перевода:
 - внутри одной медицинской организации
 - между медицинскими организациями
- условие оказания медицинской помощи при переводе пациента из одного отделения в другое (стационар-стационар; стационар-дневной стационар);
- уровень медицинской организации при переводе пациента из одной медицинской организации в другую.

Учет прерванных случаев лечения, обусловленных такими причинами как летальный исход, по инициативе медицинской организации или пациента, или вызванного другими аналогичными причинами, следует осуществлять в целях организации превентивных организационных,

медицинских мероприятий как внутри медицинских организаций, так и в системе организации оказания медицинской помощи с целью их минимизации.

В отношении оплаты прерванного случая лечения особое значение имеет характер распределения объема оказанной пациенту медицинской помощи в течение времени его нахождения в стационарных условиях. Недоучет данного фактора может привести либо к избыточности, либо к недостаточности возмещаемых медицинской организации затрат.

На характер распределения объема оказанной медицинской помощи существенно влияют профиль отделения, куда госпитализируется пациент и форма госпитализации.

Так, в случае госпитализации больных с заболеваниями и состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, диагностические исследования, необходимые для оценки состояния больного и уточнения клинического диагноза, должны быть проведены в максимально короткий период (в пределах первого часа нахождения больного в стационаре). Мероприятия для лечения заболевания, включая назначение лекарственных препаратов, начинаются с первых минут поступления больного в стационар. Поэтому максимальные затраты при экстренной и неотложной госпитализации медицинская организация несет в первые дни нахождения пациента в стационарных условиях.

С учетом значительной доли госпитализаций по экстренным показаниям, составляющей порядка 50% от всех госпитализаций², фактор формы госпитализации существенно влияет на расходы медицинских организаций, что требует их учета и планирования.

Согласно Методическим рекомендациям, расходы медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках законченного случая лечения покрываются за счет полного тарифа по соответствующей КСГ. Для определения группы КСГ ФФОМС разработана блок-схема определения КСГ каждого случая лечения. При этом в блок-схеме не учитываются такие параметры как полнота объема оказанной медицинской помощи, длительность лечения, форма госпитализации (экстренная или плановая), имеющие принципиальное значение для выработки механизма оплаты прерванного случая лечения.

Одним из универсальных способов оплаты прерванного случая является оплата пропорционально проведенным койко-дням. При применении данного подхода к оплате законченного случая лечения подразумевается равномерность распределения затрат на различных этапах лечения как на этапе диагностики, так и на дальнейшем ведении пациента.

² По данным формы ФСН № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2014 г.

Проведенные исследования демонстрируют неравномерность расходов медицинской организации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в рамках законченного случая даже на уровне поступления в стационар.

Так, при поступлении пациента в стационар медицинская организация проводит ряд диагностических исследований с целью уточнения диагноза и выработки тактики лечения. При этом, на объем диагностического перечня влияет как форма госпитализации (экстренная/неотложная, плановая), так и степень подготовки пациента к госпитализации, то есть, наличие соответствующего выполненного диагностического минимума. В настоящее время обязательный диагностический минимум регламентируется на уровне конкретной медицинской организации и может значительно отличаться от подобного минимума, установленного в другой медицинской организации.

Объем обязательного диагностического минимума зависит от требований, установленных для госпитализации по конкретному профилю отделения, куда планируется госпитализация пациента.

Различие в требованиях к степени подготовки пациента к госпитализации, включая дифференцированный диагностический минимум между медицинскими организациями, между профилями отделений, затрудняет применение единых принципов оплаты медицинской помощи даже для медицинских организаций одного уровня.

Дифференциация характера распределения расходов отмечается также и после уточнения диагноза и определения тактики лечения. Это связано, в первую очередь, с профилем КСГ (хирургический/терапевтический), а также с необходимостью выполнения затратных медицинских манипуляций, дорогостоящей лекарственной терапии и других.

Так, например, для пациента, поступившего в отделение кардиологического профиля по КСГ60, стоимость диагностики (ангиография, УЗИ и т.д.), значительно выше, чем дальнейшее медикаментозное лечение. А для пациента, поступившего по КСГ61 того же кардиологического профиля расходы на лекарственные препараты выше, чем расходы на аналогичную диагностику.

Значительная дифференциация расходов внутри КСГ с учетом затрат на медикаментозное лечение наблюдается по профилям: акушерство и гинекология, гематология, инфекционные болезни, кардиология, неврология, неонатология, нефрология, онкология, офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология. По данным профилям целесообразно провести исследование о распределении затрат внутри законченного случая лечения.

На рис. 1 приведены возможные сценарии распределения затрат при КСГ одного профиля.

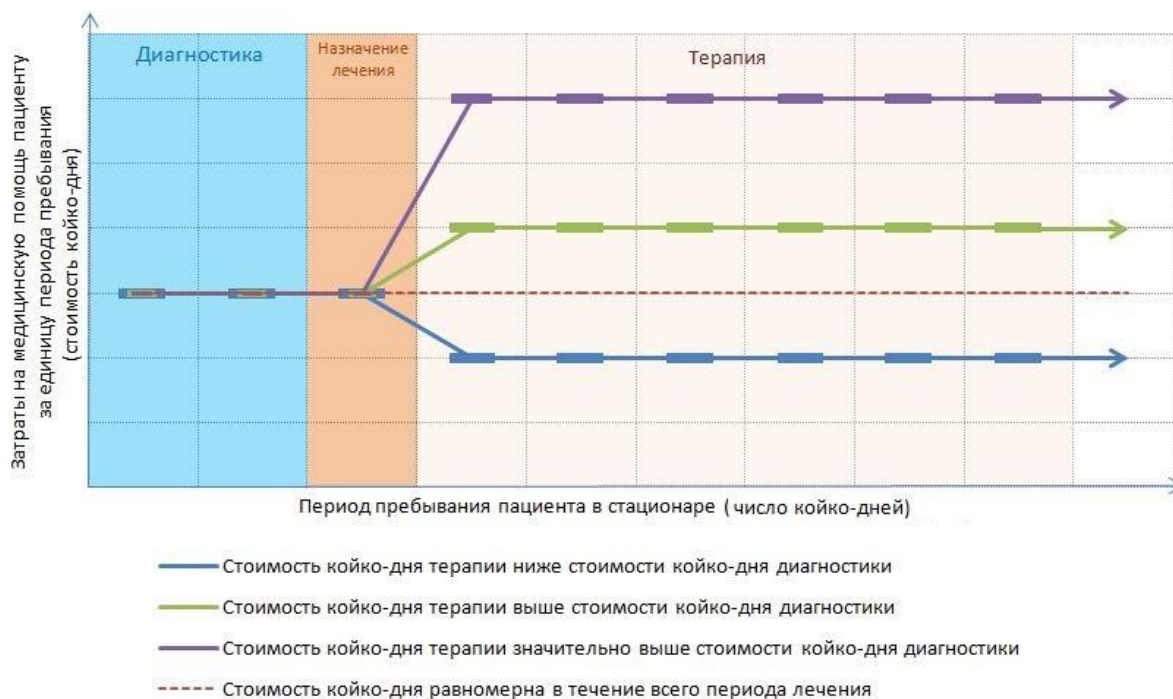


Рис.1. Сценарии распределения затрат в течение периода пребывания пациента в стационаре терапевтического профиля в зависимости от вида лечения

Указанные особенности распределения расходов медицинской организации в рамках законченного случая лечения не имеют такого принципиального значения, как при прерванном случае лечения, что требует от системы обязательного медицинского страхования на уровне субъекта Российской Федерации проведения детального исследования распределения средств по каждому профилю КСГ с учетом формы госпитализации.

В рамках хирургического профиля КСГ при прерывании лечения после пребывания пациента в течение равного периода времени в стационаре, доля возмещаемых средств зависит от факта проведения хирургического вмешательства и от формы госпитализировался пациент (экстренной или плановой). На рис.2 отражены различные сценарии распределения затрат, возникающих при лечении пациента по хирургической КСГ.

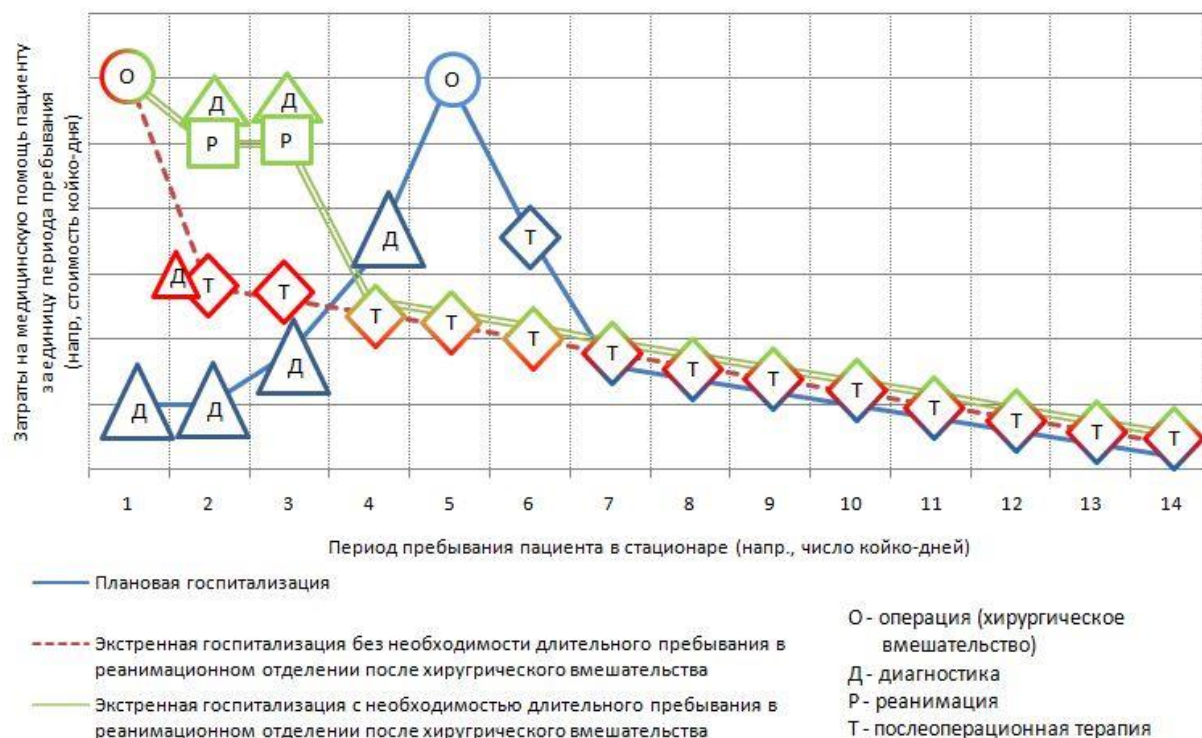


Рис.2. Сценарии распределения затрат в течение периода пребывания пациента в стационаре хирургического профиля в зависимости от формы лечения

При плановой госпитализации пациента стоимость койко-дня до оперативного вмешательства равномерна или нарастает к моменту операции. Наиболее затратным является день проведения хирургического вмешательства, после чего стоимость пребывания пациента каждый день может снижаться, поскольку с каждым днем требуется все меньше манипуляций.

Другая ситуация отмечается при экстренной госпитализации. Пациенту в первые сутки госпитализации осуществляется большая часть диагностических исследований, которые обосновывают возможность и необходимость хирургического вмешательства, после чего проводится операция, снимающая угрозу жизни пациента. После этого осуществляются дополнительные диагностические манипуляции, от результатов которых зависит выбор способа послеоперационного лечения. Если состояние пациента не требует пребывания в реанимации, то стоимость второго койко-дня ниже, чем дня с вмешательством, но выше, чем для планового пациента, поскольку выполняются послеоперационные манипуляции. Необходимость реанимационного наблюдения значительно увеличивает стоимость пребывания пациента в стационаре.

При прерывании лечения в момент, когда выполнены хирургические вмешательства для пациента, поступившего планово и экстренно, доля от тарифа по соответствующей КСГ может быть дифференцирована по стоимости экстренных исследований, а также частотой послеоперационного наблюдения в отделении реанимации.

5. Оплата прерванного случая

Если перевод обусловлен возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, то случай считается законченным и оплачивается по полному тарифу по соответствующей КСГ. При оплате такого случая лечения пациента должно выполняться условие соблюдения объемных и других характеристик оказания медицинской помощи.

Выделяются следующие причины прерванного случая лечения, оплата при которых осуществляется не по полному тарифу:

- перевод пациента по основному заболеванию, указанному в качестве причины госпитализации;
- другие причины, включая летальный исход.

Способы оплаты прерванного случая, за исключением переводов по основному заболеванию:

- пропорционально проведенным пациентом койко-дням в соответствующем отделении;
- по доле от тарифа за законченный случай по соответствующей КСГ;
- смешанный.

При переводе между отделениями одного медицинского учреждения по основному заболеванию в качестве механизма оплаты могут быть использованы:

- по соответствующей КСГ с максимальным коэффициентом затратоемкости;
- за фактически проведенные дни;
- за КСГ по окончательному диагнозу.

При этом дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое.

Алгоритм выбора механизма оплаты прерванного случая лечения представлен на рис.3.

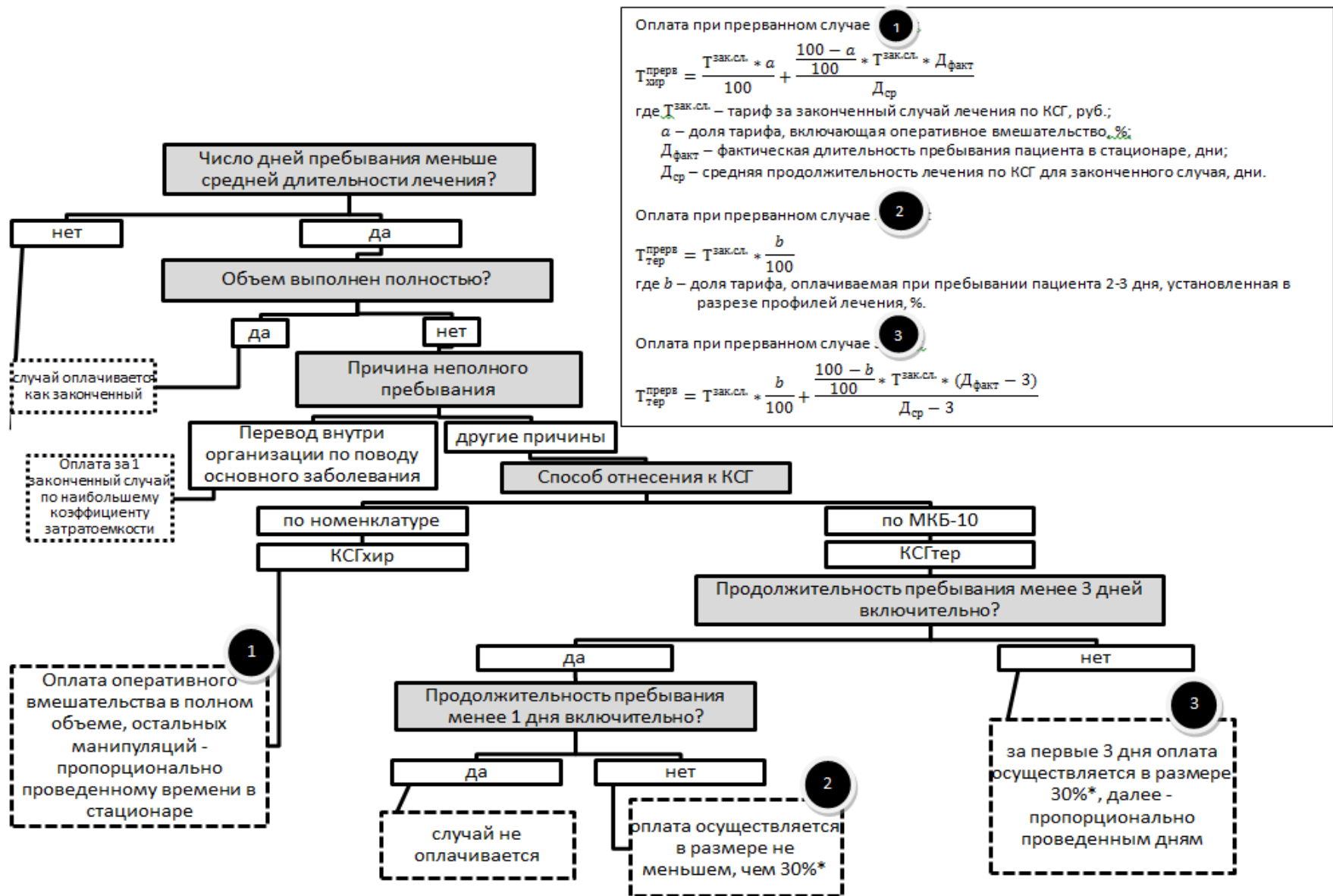


Рис.3. Алгоритм выбора механизма оплаты прерванного случая лечения

*- доля тарифа законченного случая, возмещаемая в первые 3 дня пребывания пациента в стационаре, устанавливается Тарифным соглашением на основании проведенного исследования.

При окончательном расчете стоимости прерванного случая учитываются поправочные коэффициенты, учитывающие особенности и сложность курации пациента, уровень медицинской организации.

6. Организация учета прерванных случаев лечения пациентов

Учет прерванных случаев лечения производится на основе статистических учетно-отчетных форм, а также в рамках информационного обмена между основными участниками системы обязательного медицинского страхования (медицинской организацией, страховой медицинской организацией, территориальным фондом обязательного медицинского страхования).

6.1. Учет прерванных случаев лечения на основе официального статистического учета

В ходе анализа официально утвержденных форм статистического учета и отчетности Федеральной службы государственной статистики получен вывод о недостаточности информации об объеме и структуре прерванных случаев лечения, связанных с переводом пациента из одного отделения в другое (в пределах одной медицинской организации), а также из одной медицинской организации в другую.

Наиболее полный учет ведется по каждому пациенту в отчетной форме №066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», утвержденной приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. №413. В данной карте указываются сведения по каждому пациенту в конкретном медицинском учреждении.

Контроль сведений учетной формы №066/у-02 осуществляется в форме 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», также утвержденной приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. №413.

В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по больнице, внесенные в форму № 007/у-02, суммируются и переносятся в форму № 016/у-02 «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном

учреждении», утвержденную приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413.

Форма № 016/у-02 является исключительно суммирующей показатели лицевой стороны формы № 007/у-02 по месяцам и в итоге за год. Здесь соблюдается нумерация и названия столбцов как в листке ежедневного учета, то есть содержатся такие же столбцы 11,12,14-16 по переводам больных и столбец 17 с летальными исходами. Форма заполняется по отделениям и профилям коек, что позволяет проанализировать структуру в данном разрезе.

Данные Сводной ведомости (учетной формы № 016/у-02) служат для заполнения таблицы №3100 "Коечный фонд и его использование" и подтабличной строки № 3101 раздела III "Деятельность стационара" формы № 30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении".

Форма № 30 является отчетной, аккумулирующей сведения учетных форм №066/у-02, 007/у-02, 016/у-02. В ходе укрупнения периодов сбора данных утрачивается значительная часть информации, которая могла бы позволить проводить оценку прерванных случаев лечения. Так, например, сведения по продолжительности лечения утрачивается уже на первых этапах сбора данных, а коды МКБ переводящихся больных содержатся только в форме №066/у-02, где фиксируются сведения по каждому больному.

Отсутствие этих данных в обобщающих формах не позволяет анализировать структуру прерванных случаев лечения в разрезе классов МКБ-10, количества дней пребывания в каждом подразделении, объемов оказанной медицинской помощи, что вызывает необходимость проведения специального исследования на уровне медицинских организаций.

6.2. Учет прерванных случаев лечения в рамках информационного обмена между основными участниками системы обязательного медицинского страхования

При формировании счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования учет объемов стационарной помощи производится по количеству случаев госпитализаций, количеству койко-дней в разрезе КСГ и профилей медицинской помощи.

В целях учета прерванных случаев лечения при информационном обмене³ в дополнение к имеющимся позициям следует предусмотреть следующие:

- КСГ, к которой отнесен прерванный случай—заполняется по факту выписки в соответствии с Классификатором клинико-статистических групп (КСГ);

³ Приказ ФФОМС от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования"

- профиль отделения госпитализации - указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 555н;
- форма госпитализации: экстренная/плановая -заполняется в соответствии с пунктом «17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году» статистической формы 066/у-02;
- полнота объема оказанной медицинской помощи (соответствие выполненного объема стандарту/клиническому протоколу) –определяется на основании медико-экономической экспертизы и экспертизы качества;
- факт оказания одной или нескольких хирургических манипуляций - заполняется в соответствии с пунктом 27 "Хирургические операции" статистической формы 066/у-02;
- факт применения сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения (в том числе лекарственных средств нового поколения), не входящих в стоимость стандартной КСГ - указывается код медуслуги Номенклатуры медицинских услуг (далее - Номенклатура), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года N 794н) (графаб пункта 27 статистической формы 066/у-02)
- количество проведенных койко-дней - заполняется в соответствии с пунктом 26 "Движение пациента по отделениям" статистической формы 066/у-02;
- причина прерванного случая - заполняется в соответствии с пунктом 26 "Движение пациента по отделениям" статистической формы 066/у-02 «Код прерванного случая»:
 1. Невыполнение в полном объеме диагностических и/или лечебных мероприятий в т.ч. по стандарту, незаконченная схема лечения;
 2. Прерывание лечения в связи с необоснованной госпитализацией (отсутствием необходимости в круглосуточном наблюдении за состоянием пациента, медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара);
 3. Перевод пациента по поводу основного заболевания внутри медицинской организации между отделениями;
 4. Перевод пациента по поводу основного заболевания между медицинскими организациями;
 5. Перевод пациента по поводу основного заболевания в другое учреждение по желанию пациента;

6. Перевод пациента по поводу нового заболевания внутри медицинской организации между отделениями;
7. Перевод пациента по поводу нового заболевания между медицинскими организациями;
8. Перевод пациента по поводу нового заболевания в другое учреждение по желанию пациента
9. Прерывание лечения в связи с выпиской пациента за нарушение режима,
10. Прерывание лечения в связи с самовольным уходом пациента;
11. Обследование лиц призывного возраста по направлению военных комиссариатов;
12. Прерывание лечения в связи с добровольным отказом от медицинского вмешательства, продолжения лечения, по семейным обстоятельствам;
13. Прерывание лечения в связи с присоединением острого инфекционного заболевания;
14. Прерывание лечения в связи с карантином
15. Прерывание лечения в связи со смертью пациента.

7. Контроль прерванных случаев лечения

Контроль прерванных случаев лечения позволяет улучшить статистический учет деятельности медицинских организаций в стационарных условиях в рамках перехода на способ оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе КСГ.

Результаты контроля прерванных случаев госпитализации применяются:

- для уточнения причин прерванных случаев лечения, в том числе на предмет обоснованности госпитализации и выполнения своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств;
- с целью выявления нарушений со стороны медицинской организации, ставших причиной прерванного случая лечения;
- для оценки мер, предпринятых медицинской организацией по предотвращению таких случаев;
- с целью сокращения количества прерванных случаев лечения;
- с целью определения объема оказанной медицинской организацией медицинской помощи и медицинских услуг, возмещаемых за счет средств ОМС;
- с целью уточнения правомочности отнесения прерванного случая лечения к законченному случаю.

Медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи, должна быть проведена по каждому случаю лечения, отнесенному к прерванному. При этом следует иметь в виду, что к прерванным случаям лечения относят случаи госпитализации, при которых лечение оказано **не в полном объеме**.

Согласно Приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Предлагаем изменить условие проведения целевой медико-экономической экспертизы, установив обязательство по ее проведению по отношению ко всем случаям прерванного лечения.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи, согласно Приказу № 230, проводится в случаях:

- летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в связи с прерыванием случая лечения указан в Разделе 3 Приказа № 230 «Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи». К ним относят:

- Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
- Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
- Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
- Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная

госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.

Механизмами, позволяющими контролировать объем прерванных случаев на уровне медицинской организации, являются:

- проведение работы со специалистами приемного отделения по обоснованности госпитализаций;
- формирование экономических стимулов, позволяющих контролировать и снижать количество прерванных случаев, в том числе путем установления соответствующих показателей оценки деятельности медицинских работников, медицинской организации, применяемых для расчета стимулирующих выплат
- проведение экспертизы каждого прерванного случая вне зависимости от причин, его вызвавших.

8. Риски, связанные с прерванным случаем лечения, и механизмы их компенсации

Риски, связанные с прерванными случаями лечения делятся на:

- медико-организационные;
- финансовые;
- социальные.

Основными рисками медико-организационного характера при прерванном случае лечения являются:

- отсутствие медицинских показаний у пациента к лечению в стационарных условиях по причине необоснованной госпитализации;
- несоблюдение преемственности в лечении (включающее межэтапное лечение, несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица;
- неудовлетворенность пациента качеством оказанной медицинской помощи в связи с прерыванием лечения по причинам, зависящим от медицинской организации.

Организационные риски связаны с использованием на уровне территориальных фондов обязательного медицинского страхования некорректной статистической информации об объемах оказанной медицинской помощи, включающих в том числе и прерванные случаи лечения. Такой подход ведет к недостоверному, завышенному расчету потребности населения в стационарной медицинской помощи, неадекватному распределению объемов этой помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями. Компенсацией данного риска может служить регламентирование положения,

при котором прерванные случаи лечения не включаются в общий объем стационарной медицинской помощи, оказываемой в рамках КСГ.

Следует иметь в виду, что прерывание лечения по независящим от медицинской организации причинам регистрируется в 25% всех прерванных случаев. Данный факт также следует учитывать при планировании объемов стационарной медицинской помощи, утверждаемой для каждой медицинской организации, с целью недопущения простоя койки.

Финансовые риски связаны с завышением или недостаточностью возмещения расходов, понесенных медицинской организацией при прерванном случае лечения. Финансовые риски в связи с прерванным случаем лечения могут нести как страховые медицинские организации, так и медицинские организации. Причем если в отношении представителей системы ОМС негативным фактором является завышение объемов помощи, представленной к оплате, то в отношении медицинской организации риском является либо возмещение понесенных расходов не в полном объеме, либо полное невозмещение понесенных при оказании медицинской помощи расходов. Медицинская организация несет также значительные финансовые риски в связи предъявлением к ней штрафных санкций в отношении таких случаев лечения.

В отношении представителей системы ОМС (ТФОМС, СМО) адекватным механизмом компенсации финансовых рисков является планирование объемов стационарной помощи на основе углубленного исследования состава, причин, объемов прерванных случаев, в том числе в разрезе медицинских организаций, профилей медицинской помощи, КСГ, включая такие факторы как форму госпитализации, длительность пребывания пациента.

Социальные риски прерванных случаев, вызванных причинами, не зависящими от медицинской организации, выражаются в вероятности оказания некачественной и/или несвоевременной медицинской помощи пациенту, что приводит к формированию негативных отзывов от пациентов по отношению к медицинской организации, обращений в СМО, ТФОМС по поводу некачественно оказанной медицинской помощи. В данном случае компенсацией подобных рисков может служить работа с гражданами и экспертиза качества медицинской помощи, проводимая СМО в медицинской организации.

9. Предложения к совершенствованию методики учета и оплаты прерванных случаев лечения:

Для усовершенствования подходов к учету и оплате прерванных случаев лечения в стационарных условиях, в том числе в целях реализации единой учетной и тарифной политики в системе обязательного страхования, на федеральном уровне необходимо:

- утвердить унифицированный обязательный перечень объема диагностических исследований на догоспитальном этапе, в том числе по каждому профилю медицинской помощи;
- пересмотреть средние сроки лечения, установленные стандартами медицинской помощи. Для этого необходимо выделить из длительности госпитализации законченного случая по каждой КСГ сроки оказания реабилитационной помощи;
- при расчете КСГ учитывать форму госпитализации (экстренная/неотложная, плановая) через коэффициент относительной затратноемкости;
- к прерванным случаям лечения относить госпитализации, в рамках которых лечебные мероприятия, регламентированные соответствующими нормативными документами, выполнены не в полном объеме;
- изменить условие проведения целевой медико-экономической экспертизы, установив обязательство по ее проведению по отношению ко всем случаям прерванного лечения;

На уровне территориальных фондов обязательного медицинского страхования необходимо:

- при определении сроков средней продолжительности случая лечения в тарифных соглашениях субъектам Российской Федерации рекомендуется установить предельные отклонения от средней длительности лечения, при которых применяется действующий тариф законченного случая;
- в целях обоснования доли тарифа законченного случая, возмещаемой в первые 3 дня пребывания пациента в стационаре, следует отдельно исследовать динамику распределения расходов по профилям, по которым зафиксировано наибольшее количество прерванных случаев с выделением случаев госпитализации по экстренным показаниям и плановым показаниям;
- при распределении объемов стационарной медицинской помощи, утверждаемой для каждой медицинской организации, с целью недопущения простоя койки, следует учитывать процент прерванных случаев лечения по независящим от медицинской организации причинам.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.12.2011) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
3. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов".
4. Приказ Росстата от 04.09.2015 N 412 "Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения".
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н (ред. от 09.09.2011) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".
6. Приказ Минздрава России от 11.03.2013 N 121н "Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях".
7. Письмо Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454 "О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (вместе с "Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования").
8. Письмо Минздрава России от 23.07.2013 N 12-3/10/2-5338 «О некоторых вопросах оказания гражданам лечебно-профилактической помощи»
9. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".
10. Приказ ФФОМС от 14.11.2013 N 229 "Об утверждении "Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и

клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования".

11. Приказ ФФОМС от 26.12.2013 N 276 "О внесении изменений в приказ ФОМС от 07.04.2011 г. N 79".
12. Письмо ФФОМС от 18.12.2014 N 6538/21-3/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454».
13. Письмо ФФОМС от 30.12.2011 N 9161/30-1/и «О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования».