

"Организация контроля качества специализированной медицинской помощи при оплате по КСГ". Научная статья по специальности "Медицина и здравоохранение"

И.В. УСПЕНСКАЯ, Е.В. МАНУХИНА, Н.В. БОРИСОВА

И.В. Успенская, Е.В. Манухина, Н.В. Борисова.

В статье представлен опыт внедрения в Рязанской области оплаты больничной помощи по принципу «за законченный случай госпитализации» с агрегированием нозологических форм в клинико-статистические группы болезней (КСГ). Обоснованы основные критерии контроля качества медицинской помощи при данном способе оплаты.

Организация оплаты ресурсоемкой больничной помощи, определенной новым законодательством об охране здоровья граждан в Российской Федерации в качестве «специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях», является актуальным вопросом в системе обязательного медицинского страхования (далее — ОМС). На основе обобщения опыта регионов Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом ОМС разработаны Методические рекомендации по применению оплаты специализированной медицинской помощи на основе групп заболеваний, в т. ч. клинико-статистических групп болезней (далее — КСГ).

Целью проводимого авторами исследования явилось обоснование основных критериев контроля качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях при оплате по КСГ. В соответствии с утвержденным в установленном порядке «Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи в системе ОМС населения Рязанской области» (далее — Соглашение), с 01.01.2013 в регионе внедрен способ оплаты больничной помощи по принципу «за законченный случай госпитализации» с агрегированием нозологических форм в КСГ (по этиолого-патогенетическим и стоимостным параметрам) [3].

В целях дифференциации стоимости лечения при формировании КСГ учитывались в качестве основного и дополнительного признаков: ■ основного — профиль нозологии: терапевтический или хирургический; ■ дополнительного — возраст пациентов: дети (до 17 лет включительно) или взрослые.

Формирование стоимости КСГ осуществлялось на основе стоимости тарифных групп по профилям (в соответствии с номенклатурой коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 №555н) с применением в отношении хирургических КСГ объективного повышающего коэффициента.

Для каждой тарифной группы сформирован отдельный перечень (группа) КСГ соответствующей стоимости с учетом длительности лечения, определенной стандартом медицинской помощи, а при его отсутствии — клиническими рекомендациями (медицинскими технологиями, протоколами ведения больных).

В региональной системе ОМС, в соответствии с Соглашением, больничное лечение оплачивается по полной стоимости КСГ исключительно в случае:

■ выписки больного в связи с окончанием стационарного лечения по достижении клинического результата, при фактической длительности пребывания больного не менее 50,0% средней длительности КСГ;

■ смерти пациента при условии выполнения всех возможных в стационарных условиях мероприятий по сохранению жизни больного, независимо от длительности его пребывания.

В случаях лечения с фактической длительностью пребывания пациента менее 1/2 средней длительности КСГ (кроме случаев с летальным исходом) производится частичная оплата специализированной медицинской помощи по фактической длительности пребывания пациента.

В 2013 г. в региональной системе ОМС применялись 1 467 КСГ для оплаты больничной помощи, утвержденные совместным приказом Минздрава Рязанской области и ТФОМС Рязанской области от 29.12.2012 №1913/469. Совместно с главными внештатными специалистами Минздрава Рязанской области в течение года осуществлялась работа по изменению агрегирования

нозологических форм в КСГ, что привело к уменьшению их числа до 1 208. В то же время, согласно приказу Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 №229, установлено всего 201 КСГ.

В целях совершенствования системы организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС, указанный выше приказ утверждает Методические рекомендации, определяющие иной алгоритм формирования и оплаты больничной помощи по КСГ. При сохранении принципа оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара по законченным случаям госпитализации, отнесенным к соответствующим КСГ, стоимость последних должна формироваться с учетом медицинских технологий, использованных для достижения наилучшего результата лечения [2].

С экономической точки зрения стоимость КСГ должна определяться произведением т. н. «базовой ставки финансирования», весового и поправочных коэффициентов. При этом базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи определяется как средний объем финансового обеспечения в расчете на 1 пролеченного больного, т. е. средняя стоимость 1 случая госпитализации.

Медицинские организации Рязанской области в ходе пилотного проекта по переходу на оплату медицинской помощи по новому алгоритму, проводимого с 01.04.2014, осуществляют в тестовом режиме выгрузку сведений по КСГ. Автоматически обработанная информация позволяет «погрузить» 1208 КСГ в 201 КСГ, рекомендуемые приказом Федерального фонда ОМС. Особенностью оплаты по КСГ по новому алгоритму является актуальность достигнутого в ходе лечения результата и перечня лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, объемы и сроки проведения которых регламентируются стандартами медицинской помощи или клиническими рекомендациями (медицинскими технологиями, протоколами ведения больных).

Интересно, что сроки лечения в стационарных условиях при новом алгоритме формирования и оплаты больничной помощи по КСГ не влияют на стоимость последних, что способствует оптимизации пребывания больного под наблюдением врача и устраняет «приписки».

В то же время авторами выявлены и проанализированы негативные последствия внедрения КСГ:

- ранняя необоснованная выписка пациентов;
- избегание ресурсоемких случаев, случаев с низкой стоимостью КСГ;
- сокращение объема медицинской помощи пациенту;
- госпитализация в больницы более высокого уровня больных, не нуждающихся в таком уровне помощи;
- искажение кодов в пользу более дорогостоящих КСГ.

В этой связи повышается значимость контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС.

При отборе законченных случаев для экспертной оценки страховые медицинские организации обращают внимание:

- на длительность пребывания в стационаре; приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 установлено обязательное проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи страховых случаев с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50,0% от установленного стандартом медицинской помощи или среднего сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи [1];

- на обоснованность кодирования заболеваний; код по МКБ-10 и код оперативного вмешательства (медицинской манипуляции) определяют отнесение к той или иной КСГ;

- на обоснованность применения КСГ с более высоким весовым коэффициентом; увеличение количества случаев с более высоким весовым коэффициентом приводит к изменению структуры госпитализаций.

Приоритетна экспертиза качества медицинской помощи:

- обоснованности госпитализации;
- правильности выбора и соблюдения методик обследования и лечения, кратности и обоснованности применения медицинских манипуляций, предусмотренных стандартом

медицинской помощи, правильности выбора медицинской технологии в конкретной ситуации (модели пациента).

Ожидаемый эффект от использования системы оплаты по КСГ заключается в повышении качества и доступности для населения региона специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара за счет эффективности расходов на ее оказание.

В регионе проведена необходимая работа по систематизации первичных результатов пилотного проекта, по анализу объемов и финансовых затрат в целях совершенствования планирования, мониторинга оплаты больничной помощи по КСГ, включающего контроль качества при оказании данного вида медицинской помощи. ^

ИСТОЧНИКИ

1. Приказ ФОМС от 01.12.2010 №230 (ред. от 16.08.2011) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

2. Приказ ФОМС от 14.11.2013 №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 клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-про-фильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».

3. Успенская И.В. Актуальные аспекты организации оплаты больничной помощи. И.В. Успенская, Е.В. Манухина. Материалы межрегион. науч. конф. с международным участием Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Рязань, 2014: 239-242.

ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА № 2-2015 ■