

Мединдустрия
28 Декабря 2015, 12:41

*Анна Родионова,
Ольга Гончарова,
Тимофей Добровольский,
Екатерина Макарова,
Александр Пахомов*

Как в государственных клиниках оценили новую модель КСГ

Разработанная три года назад специально для России методика финансирования медицинской помощи с учетом клинико-статистических групп (КСГ) начала завоевывать популярность в отрасли. По данным опроса Vademecum, почти 70% клиник, принявших модель КСГ, довольны новыми механизмами тарификации и готовы работать с ними дальше. В то же время медучреждения, действующие в еще не применявших КСГ регионах, относятся к модели с подозрением, а порой и резко негативно. Систему КСГ считают невыгодной главным образом небольшие сельские и районные больницы, не способные оказывать сложные виды медпомощи.

Модель КСГ, предполагающая объединение случаев заболеваний по профилю применяемой медицинской помощи и методам ее оказания, стала главной инновацией отечественной системы ОМС середины «нулевых». Первую в России федеральную классификацию КСГ разработали три года назад специалисты ФФОМС и Всемирного банка. «Одна из целей внедрения КСГ – унификация методов оплаты медицинской помощи по всей стране. Другая – внедрить справедливый метод оплаты. КСГ основаны на классификации случаев стационарного лечения по клиническим параметрам, сложности лечебно-диагностического процесса и его стоимости. При правильном использовании этого метода больше средств получают те стационары, которые лечат больше больных и более сложных больных», – объясняет смысл методики заместитель заведующего Центра оценки технологий в здравоохранении РАНХиГС при Президенте РФ Мария Авксентьева.

Механизм быстро масштабировался по территории всей страны. В 2012 году модель КСГ была апробирована в трех регионах, к 2014 году охват вырос до 43 территорий, а в 2015 году, по данным ФФОМС, на КСГ перешли уже в 63 регионах. Москва, правда, пока так и не перешла на новую методику тарификации. «Москва – нетипичный регион, поэтому нет ничего плохого в том, что она не оказалась в числе пилотов», – считает Авксентьева.

Аналитический центр Vademecum решил подвести промежуточные итоги внедрения КСГ, спросив представителей государственных стационаров о том, что они думают об эффективности методики. В выборку попали около 70 клиник федерального, регионального, городского и районного подчинения, расположенные в разных субъектах

РФ. Всех респондентов мы разделили на две категории: представители клиник, уже перешедших на КСГ, и сотрудники медучреждений, по-прежнему работающих по системе медико-экономических стандартов (МЭС), учета койко-дней или другим моделям. Первых мы спрашивали о том, хотят ли они продолжить работу с КСГ, в чем видят плюсы и минусы апробированной ими системы, вторых – о том, как они оценивают методику «заочно» и готовы ли столкнуться с ней на практике. По каждому типу медучреждений – федеральным медцентрам, региональным больницам, городским и районным клиникам – мы стремились опросить то число респондентов, которое пропорционально отвечало бы распространенности в стране тех или иных медорганизаций. В ходе исследования мы провели интервью с представителями клиник из 30 регионов разных федеральных округов. Опрос проходил преимущественно анонимно, чтобы представители госмедучреждений могли свободно выразить свое мнение. Использование этой методологии позволяет нам считать результаты выборки корректными и дающими как минимум базовое представление о ситуации с КСГ в России и общем отношении к модели представителей госмедучреждений.

На первый взгляд, модель КСГ полностью оправдала ожидания ее идеологов. Около 70% сотрудников клиник, использующих эту методику, или почти 30 респондентов, утверждают, что они довольны системой и хотели бы продолжать работать с ней. Среди главных преимуществ КСГ собеседники VM в один голос называли экономию средств медучреждений, упрощение документооборота и заполнения отчетов, кроме того, гибкость самой модели, ее способность учитывать тяжелые и легкие формы заболеваний, а также индивидуальные особенности пациента. Правда, представители разных типов медучреждений высказывались о КСГ по-разному, и тут мнения распределились неравномерно.

Больше прочих оказались довольны новой моделью региональные больницы и городские клиники – 13 опрошенных VM сотрудников этих учреждений однозначно заявили, что методика им нравится. Представители пяти учреждений в этой категории затруднились ответить на вопрос, а трое заявили, что разочарованы переходом на КСГ.

Активно не нравится КСГ представителям инфекционных больниц: в клиниках такого типа затраты на лечение пациента не покрываются тарифом, действующим в профильной КСГ. «Если в отделение поступает пациент и находится там менее шести часов, то этот случай по КСГ не оплачивается. А для инфекционного стационара это прямые убытки. Например, пациенту с кишечной инфекцией вся необходимая помощь, в том числе внутривенные инфузии, забор материала для исследования, оказывается именно в эти шесть часов. За это время ему становится легче, и он отказывается от дальнейшего лечения. Затраченные на оказание помощи усилия и потерянное время не окупаются – по новым нормам это 460 рублей», – объясняет негативное отношение к модели КСГ представитель Волгоградской областной больницы №1. С коллегой согласен сотрудник Республиканской клинической инфекционной больницы Республики Удмуртия: «В одну КСГ попадают высоко- и низкозатратные заболевания, например, менингококковые инфекции – это сепсис, энтеробиоз – это острица, которая лечится за

одни сутки. Стоимость лечения идет одна и та же, а затраты на терапию абсолютно разные».

Представители федеральных медцентров, работающих по КСГ, пока не смогли окончательно определиться со своим отношением к новой модели тарификации. А мнения представителей районных и сельских больниц разделились почти поровну – одни довольны КСГ, другие хотели бы от методики отказаться. «Реакция федеральных медучреждений понятна: раньше они получали из федерального бюджета за то же самое в разы больше, и при этом их никто не контролировал. А небольшие учреждения районного масштаба потеряли в деньгах, поскольку оказывают небольшой объем сложной помощи», – поясняет представитель одного из территориальных фондов ОМС.

Последний тезис подтвердили и опрошенные VM респонденты из центральных районных больниц. В то же время, как показал опрос, неуверенная адаптация КСГ к потребностям небольших медучреждений не самая главная проблема таких клиник, успевших перейти на новую модель оплаты. Сразу пять респондентов VM в этой категории отметили, что их скорее беспокоит несоответствие классификатора КСГ с МКБ-10. «В МКБ одно заболевание, при переходе на КСГ – другое. Например, заболевания терапевтического профиля превращаются в родовой сепсис. Шифры меняются произвольно и до всех не доводятся», – говорит сотрудник Кольчугинской ЦРБ из Владимирской области.

На недостатки КСГ указывают даже те респонденты, которые предпочли бы и в дальнейшем использовать эту модель. Топ-лист минусов системы возглавляют несовершенство тарифов и классификатора КСГ, а также трудности с соблюдением сроков лечения. Иногда представитель одного учреждения указывал сразу на несколько минусов системы. «Каждый год меняются сами КСГ, при этом смешиваются операции с совершенно неравнозначными объемами. Нет комбинированных КСГ, например, за химиотерапию отчетность идет по одной КСГ, а за лучевую терапию – по другой, если же в процессе одной госпитализации применяются оба метода, а в стандарте это делается достаточно широко, то затраты учреждений никак не компенсируются. Наконец, мало онкологических групп КСГ, в частности, в рамках Калужского ТФОМС не учтен ряд медицинских услуг, оказываемых в круглосуточном стационаре, у больных со злокачественными новообразованиями органов слуха, придаточных пазух носа, верхних дыхательных путей, а также больных со злокачественными новообразованиями мужских половых органов. Не учтены диагностические манипуляции, требующие госпитализации в круглосуточный стационар, например, пункции (биопсии) внутренних органов под контролем УЗИ, КТ, МРТ», – перечисляет заместитель гендиректора ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России Галина Алексеева.

В некоторых случаях представители медучреждений обращали в минус очевидные, казалось бы, преимущества модели. Сотрудник Липецкой городской больницы скорой помощи №1 в разговоре с VM признавал, что, работая по новой системе, его учреждение стало перевыполнять план, быстрее выписывать пациентов и экономить средства, но сетовал на то, что теперь трудозатраты выросли: «Поток увеличился, поэтому надо чаще

менять постельное белье пациентам, которые теперь вместо семи дней лежат три. И оборудование в связи с загрузкой тоже работает на износ».

Представители клиник, не перешедших на КСГ, пока относятся к новации осторожно. Влиться в эту систему хотели бы только чуть больше трети респондентов, и это опять же преимущественно представители областных и городских клинических больниц, в том числе и столичных.

Больше 60% респондентов затруднились ответить или однозначно сказали, что против перехода на такую систему. И в этой категории наиболее негативно настроенные респонденты – представители ЦРБ, которые опасаются, что в случае перехода на КСГ их рентабельность резко снизится. «КСГ не приспособлена для маленьких больниц. Она предполагает оплату в зависимости от тяжести заболеваний, а в небольших больницах редко лечат такие нозологии. Поэтому, скорее всего, расходов будет больше, чем доходов», – расстраивается сотрудник Ярцевской ЦРБ из Смоленской области. Его коллега из Духовщинской ЦРБ в том же регионе опасается, что внедрение КСГ в небольших медучреждениях способно привести их к ликвидации.

Еще один риск, на который указывают представители клиник, – снижение качества помощи. «Использование КСГ может привести к тому, что врачи вместо того, чтобы пролечить пациента, выпишут его раньше положенного срока, чтобы получить деньги и затратить меньше средств», – рассуждает собеседник VM из Духовщинской ЦРБ. С ним согласен представитель зеленоградской городской больницы №3 ДЗМ: «Скорее всего, с внедрением такой системы все погонятся за быстрыми и не всегда эффективными результатами. А предполагаемая оптимизация внутриведомственных потоков пациентов обернется их поверхностным лечением».

Подробнее: http://www.vademec.ru/article/gonochnyy_bolit/