

Контроль качества оказания медицинской помощи при внедрении КСГ

28.11.2014, просмотров: 2172

Как известно, страховая медицинская организация обязана обеспечивать всемерную защиту своего клиента — застрахованного лица. При осуществляемом сегодня переходе на оплату медицинской помощи в стационарах по КСГ страховщик и его контрагенты в лице медицинских организаций и ТФОМС должны ясно представлять задачи СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и обеспечении защиты прав и интересов застрахованных лиц.

Необходимость ужесточения



На первый взгляд может показаться, что с переходом на оплату медицинской помощи по КСГ для потребителя — пациента — ничего не изменится: ЛПУ останется на своем прежнем месте, а врач и операционные в тех же помещениях, что и ранее. Но надо учитывать, что главной потребительской ценностью медицинской услуги является надлежащее ее качество. Поэтому главный вопрос, ответ на который должен быть получен при внедрении новой системы оплаты: в каком направлении изменится качество оказываемых медицинских услуг? Ответ вроде бы очевиден — качество должно существенно улучшиться! Но тогда возникает вопрос: за счет чего улучшится качество оказываемой медицинской помощи при переходе на оплату медицинской помощи по КСГ?

Отвечая себе на этот вопрос, все врачи и пациенты должны понимать, что стратегически введение нового способа оплаты должно способствовать более эффективному использованию финансовых ресурсов в целом и оптимизации затрат ресурсов на оказание медицинской помощи в конкретных страховых случаях. Следовательно, краеугольным камнем стоит вопрос: как при разумном уменьшении количества денег обеспечить надлежащее качество медицинской помощи?

Преыдушие способы оплаты, например по федеральным стандартам или медико-экономическим стандартам диагностики и лечения отдельных нозологий, содержали гарантии обязательного выполнения позиций стандартов, требуемых для точного установления диагноза заболевания и достижения необходимого пациенту исхода или результата. Скопировано с Medvestnik.ru. Способ же оплаты по КСГ предполагает

объединение многих родственных по этиологии, патогенезу, течению и исходам заболеваний в одну группу.

При этом теория управления предполагает, что если изменяется одно составляющее, то это изменение должно быть компенсировано другим составляющим, т.е. работает система сдержек и противовесов. Речь идет о том, что при оплате по КСГ, т.е. по группе нозологий, а не по отдельной нозологии, как было ранее, создается опасность стимулирования сверхэкономного отношения к пациенту: минимизация мероприятий по диагностике и лечению с тем, чтобы у медицинской организации сформировалась разница между выделенными по КСГ средствами и реальными затратами на диагностику и лечение. В этом случае единственным средством сдержки и противовеса остается контроль за оказанием медицинской помощи со стороны независимой организации — СМО. Таким образом, контрагенты страховой медицинской компании (ЛПУ, Минздрав субъекта РФ, ассоциации врачей субъекта РФ и ТФОМС) при внедрении способа оплаты по КСГ должны понимать необходимость и важность ужесточения мер контроля за качеством оказываемой медицинской помощи.

Необоснованная стоимость

Логика оформления медицинскими организациями счетов за оказанные услуги и многолетний опыт экспертной деятельности показывают, что медицинские учреждения, зная, что экспертизе подвергаются всего 8—10% медицинской документации, могут в счетах представлять всю оказанную помощь по самым дорогим тарифам в расчете на то, что если эксперт и выявит несоответствие, то только данная строка в счете будет снята с оплаты, а остальные случаи приписок не будут выявлены из-за ограниченности времени работы эксперта. Поэтому, вводя новый способ оплаты, ТФОМС должен учитывать возможность нехватки денег в том случае, если приписки, т.е. манипулирование тарифами в расчете на невозможность проведения тотальной экспертизы, станут массовыми. Такое манипулирование тарифами на протяжении 20 лет в системе ОМС имеет место всегда в тех случаях, когда одна и та же история болезни может быть оплачена по разным тарифам.

К примеру, в одном из субъектов РФ в 2010—2013 годах тариф стоимости медико-экономического стандарта (МЭС) «Инфаркт миокарда неосложненный с подъемом сегмента ST», включающего нозологии неосложненного инфаркта миокарда I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, составляет 43 554 руб., тогда как стоимость МЭС «Инфаркт миокарда осложненный», включающего ряд тяжелых осложнений, требующих ряда необходимых диагностических и консультационных мероприятий для распознавания осложнения, а затем и лечебных мероприятий, составляет 33 460 руб. При этом стоимость МЭС «Инфаркт миокарда неосложненный с реконструктивными операциями», включающего те же нозологии (I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9), составляет всего 22 941 руб.

Сравнительный анализ МЭС показал практически полную их идентичность по:

- длительности госпитализации 15 к/д;
- лабораторным диагностическим услугам;
- консультативным услугам;
- медикаментозной терапии и немедикаментозной терапии (за исключением того, что более дешевый МЭС имеет больший их перечень (электрокардиостимуляция, электрокардиостимуляция чреспищеводная, гемотрансфузия).

Таким образом, имеет место необоснованная стоимость ряда стандартов, которая может явиться мотивационной основой для произвольного учета МЭС в отчетных и финансовых документах, что недопустимо.

Результат такого тарифного регулирования не заставил себя ждать: в этом субъекте РФ исчезли из счетов медицинских организаций случаи осложненных инфарктов миокарда! Высокая стоимость МЭС «Инфаркт миокарда, неосложненный с подъемом ST» по сравнению со стоимостью стандарта оказания помощи по поводу осложненного инфаркта миокарда создает опасную ситуацию с экономической мотивацией возможности умышленного невыявления осложнений заболевания, их недоучета и/или невынесения их в окончательный диагноз, что приведет к отсутствию соответствующих рекомендаций для пациента и лечащего врача последующего этапа оказания медицинской специализированной помощи, т.е. причинению вреда здоровью и жизни пациента.

Бесконтрольность при переходе на оплату по КСГ обязательно приведет к тому, что в счетах к оплате медицинские организации станут предъявлять самые дорогостоящие из возможных. А это обязательно приведет к недостаткам в финансировании и в свою очередь к снижению качества медицинской помощи.

Предмет контроля

И врачи, и пациенты должны иметь представление о том, что предметом контроля за качеством оказываемой медицинской помощи в данном случае должны быть следующие узловые точки.

Во-первых, при оплате по КСГ возникнет соблазн выписывать пациента как можно раньше, чтобы получить как можно больше финансовых средств без затрат на больного. Отсутствие контроля на этом этапе приведет к тому, что пациентов будут выписывать с койки недолеченными.

Во-вторых, если ранее по федеральным стандартам выполнение каждой позиции стандарта должно было быть отражено в медицинской карте больного, то при оплате по КСГ создается впечатление, что не следует использовать дорогостоящие методы диагностики и лечения, т.к. они затратны.

В-третьих, тяжелые больные могут быть дискриминированы в праве быть госпитализированными в лечебное учреждение, т.к. априори ясно, что сроки лечения таких пациентов превысят средние, т.е. создадут серьезные материальные затраты, не покрываемые тарифом данной КСГ.

Недостатком способа оплаты по КСГ является отказ от оплаты самого дорогостоящего и жизнесберегающего этапа — реанимационной помощи. Погружение ее в основной тариф по КСГ приведет к тому, что реанимационная служба останется недофинансированной, что очень быстро скажется на снижении качества ее работы.

В-четвертых, требует четкого регулирования установление дифференцированных коэффициентов тяжести состояния больного. Без контроля в этой точке применение данных коэффициентов очень быстро достигнет максимума: все пациенты окажутся самыми тяжелыми.

В-пятых, серьезного экспертного общественного контроля должен требовать процесс введения управленческих коэффициентов, т.к. в этом случае существует соблазн коррупционной составляющей или иной конфликт интересов между руководителями медицинских организаций и управляющих структур.

Таким образом, введение нового способа оплаты по КСГ требует взвешенного подхода, периода подготовки к новому документообороту и, самое главное, серьезного стимулирования экспертной деятельности СМО в сфере ОМС.

(Продолжение материала читайте в следующем номере «МВ»)

Алексей СТАРЧЕНКО, заместитель генерального директора ООО «Росгосстрах-Медицина», член Общественного совета Минздрава России, сопредседатель комитета по независимой экспертизе качества медицинской помощи и дефектов медицинской помощи НП «Национальная медицинская палата», доктор медицинских наук,
профессор