

# Контроль качества оказания медицинской помощи при внедрении КСГ

*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.*



**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

## 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 надежное 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 надежное качество медицинской помощи?

Прежние способы оплаты, например по федеральным стандартам или медико-экономическим стандартам диагностики и лечения отдельных нозологий, содержали гарантии обязательного выполне-

ния позиций стандартов, требуемых для точного установления диагноза заболевания и достижения необходимого пациенту исхода или результата. 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 изменится 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

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.

**Контрагенты страховой медицинской компании при внедрении способа оплаты по КСГ должны понимать необходимость и важность ужесточения мер контроля за качеством оказываемой медицинской помощи**

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

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 возникает 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 жизнеоберегающего 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»)

# Контроль качества оказания медицинской помощи при внедрении КСГ



**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

(Продолжение. Начало читайте в № 33)

## Точки контроля

Введение в 2013—2014 годах в системе ОМС нового способа оплаты медицинской помощи на основе клинко-статистических групп болезней показывает, что добиться требуемого результата его внедрения невозможно без учета изменения существующих подходов к контролю качества оказываемой медицинской помощи. Основными точками контроля должны быть:

- кратковременные сроки госпитализации, при которых создаются массовые экономические предпосылки для выписки пациента без достижения необходимого и требуемого клинического результата;
- исполнение необходимых сложных и финансово затратных инструментальных и лабораторных методов исследования с целью дифференциальной диагностики, коррекции лечения и определения прогноза;
- отказ (дискриминация) в госпитализации пациентов пожилого возраста, имеющих тяжелые формы, состояния и варианты течения заболеваний, множественные сопутствующие заболевания;
- установление дифференцированных коэффициентов тяжести состояния, злоупотребление которыми создает риск необоснованного увеличения финансового бремени без объективного анализа тяжести состояний пациентов;
- корректировка (установление) управленческих коэффициентов для медицинских организаций, требующая экспертного антикоррупционного общественного контроля и анализа наличия множественных дефектов в оказании медицинской помощи в конкретной медицинской организации.

## Треугольник норм

Краеугольным камнем системы контроля качества медицинской помощи является диалектическое взаимодействие трех важнейших составляющих:

- стандарт медицинской помощи по нозологии;
- порядок оказания медицинской помощи по нозологии;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по нозологии.

Диалектика этого взаимодействия визуально выстраивается в равносторонний треугольник норм контроля, в основании которого лежат взаимозависимые порядок оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения), а вершина — стандарт медицинской помощи.

Положенные в основу треугольника норм контроля клинические рекомендации (протоколы лечения) в соответствии с требованиями Закона РФ № 323-ФЗ утверждаются профессиональной медицинской ассоциацией и должны определять:

- конкретные мероприятия диагностики и дифференциальной диагностики нозологий, состояний, осложнений;
- конкретные меры (методы, принципы, технологии) лечения (хирургические, терапевтические, фармакотерапевтические и т.д.);
- технологию прогнозирования и планирования результата лечения;
- меры профилактики, превентивной диагностики и лечения осложнений.

Положенный в основу треугольника норм контроля порядок оказания медицинской помощи определяет этапы оказания медицинской помощи и конкретное отнесение каждой нозологии к таковому этапу:

- перечень нозологий и состояний, разрешенных к курации на данном этапе;
- кадрово-штатный ресурс, позволяющий реализовать требования клинических рекомендаций на данном этапе;
- технологическое оснащение этапа, позволяющее реализовать требования клинических рекомендаций на данном этапе.

Взаимодействие этих двух составляющих — это взаимодействие общего, т.е. порядка оказания медицинской помощи при группе заболеваний (состояний) или специальности, и частного — конкретных клинических рекомендаций по конкретной нозологии. Именно оно приводит к тому, что на каждом этапе оказания медицинской помощи (станция скорой помощи, ЦРБ, областная больница, федеральное учреждение здравоохранения) формируется конкретный технологический план оказания медицинской помощи при конкретной нозологии.

Вершиной треугольника норм контроля является стандарт медицинской помощи,

— перечень медицинских услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии) — медицинские вмешательства и т.д., формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований оснащения, утвержденных порядком оказания медицинской помощи;

— перечень фармакологических препаратов, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения);

— перечень медицинских изделий, формируемый из клинических рекомендаций

поряжения все материальные и кадровые ресурсы для оказания медицинской помощи больному с конкретной нозологией, предусмотренные клиническими рекомендациями и утвержденными Минздравом России порядками оказания медицинской помощи;

— в-третьих, прав врача-эксперта СМО, ТФОМС, Росздравнадзора, комиссии судебно-медицинской экспертизы и др., который обязан обосновывать экспертные выводы ссылками на стандарты как нормативные акты, что обеспечивает еди-

## Отказ от выполнения требований стандарта должен наказываться экспертами страховых компаний, ТФОМС, Росздравнадзора

(протокола лечения) с учетом требований оснащения, утвержденных порядком оказания медицинской помощи.

## Обязывающий документ

Почему стандарт является вершиной треугольника норм контроля? Во-первых, потому, что стандарт — это нормативный документ, посвященный конкретной нозологии, составленный из требований клинического протокола диагностики и лечения конкретной нозологии, но с учетом этапов оказания медицинской помощи, оснащения и квалификационных требований к специалистам, предъявляемых порядком оказания медицинской помощи. Во-вторых, потому, что стандарт через инструмент обязательности его исполнения «заставит» чиновника в сфере здравоохранения:

- финансировать медицинскую организацию;
- закупать необходимое оснащение и медицинские изделия;
- закупать лекарственные препараты;
- принимать на работу медицинских специалистов (в т.ч. по совместительству и др.), консультативные услуги которых предусмотрены стандартом.

Отказ от выполнения требований стандарта должен наказываться экспертами страховых компаний, ТФОМС, Росздравнадзора.

Таким образом, стандарт медицинской помощи — это мера защиты:

- во-первых, прав и законных интересов пациента с конкретной нозологией или устанавливаемым диагнозом, который должен

новые экспертные подходы независимо от субъекта РФ, объективность, сравнимость, единство и независимость экспертной практики.

Стандарт — нормативный документ, обязывающий должностное лицо превентивно формировать материальные и кадровые ресурсы для своевременного (в т.ч. экстренного и неотложного) использования их лечащим врачом в полном объеме. Обязательность исполнения стандарта медицинской помощи — единственный инструмент, который должен перенести ответственность с лечащего врача на должностное лицо, не обеспечившее лечащего врача требуемыми стандартом ресурсами.

Такой подход предоставляет возможность ответственным руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ утвердить локальные нормативные акты об особенностях оказания медицинской помощи в конкретном регионе со следующими обязательными составляющими:

- перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16 — 19 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной медицинской организации субъекта РФ в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи пациенту;

— правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной медицинской организации одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

Наличие этих правил и обязательств в нормативных актах субъекта РФ обеспечит требуемые обществом своевременность, доступность и качество оказания медицинской помощи, создаст возможность полного объема исполнения требований Закона РФ № 323-ФЗ, обеспечит надлежащую защиту прав и интересов пациента и врача. ■

## Обязательность исполнения стандарта медицинской помощи — единственный инструмент, который должен перенести ответственность с лечащего врача на должностное лицо, не обеспечившее лечащего врача требуемыми стандартом ресурсами

который вбирает в себя все приведенные в основании треугольника составляющие:

- перечень медицинских консультационных услуг для оказания медицинской помощи при конкретной нозологии (состоянии) — консультации специалистов, формируемый из клинических рекомендаций (протокола лечения) с учетом требований порядка оказания медицинской помощи (штаты, квалификация);

получить на конкретном этапе оказания медицинской помощи в полном объеме (меры диагностики и лечения, лекарства и т.д.) то, что предусмотрено клиническими рекомендациями и утверждено Минздравом России в порядках оказания медицинской помощи;

- во-вторых, прав врача (в т.ч. быть защищенным от уголовного преследования), который должен иметь в своем рас-