

УДК 614.2(071)

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Успенская И.В., Манухина Е.В.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области,
Россия, Рязань

В статье научно обоснован комплекс мероприятий по стандартизации и оптимизации оказания и оплаты специализированной медицинской помощи в условиях модернизации регионального здравоохранения. В ходе комплексного социально-гигиенического исследования с использованием метода анонимного анкетирования пациентов больниц авторами дана оценка организации специализированной медицинской помощи, оказанной на основе медицинских стандартов. Доказана целесообразность оплаты больничной помощи на основе клинико-статистических групп болезней.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, стандарты медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, клинико-статистические группы болезней.

Введение. Актуальность работы обусловлена необходимостью совершенствования специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, в целях повышения качества и доступности путём эффективного управления ресурсами здравоохранения, внедрения современной системы стандартизации и оплаты.

В связи с этим региональные программы модернизации здравоохранения, утверждённые в соответствии со ст. 50 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», установили требования к внедрению в субъектах Российской Федерации стандартов специализированной медицинской помощи [4].

В ходе реализации долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2013 годы» (далее – Программа), утвержденной Постановлением Правительства Рязанской области от 24.03.2011 № 59, в регионе были внедрены стандарты специализированной медицинской помощи с оплатой последней за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) [1].

При этом организация оплаты ресурсоемкой специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, до настоящего времени остается одним из актуальных вопросов системы ОМС.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось научное обоснование комплекса мероприятий по стандартизации и оптимизации оказания и оплаты специализированной медицинской помощи на региональном уровне в условиях модернизации российского здравоохранения.

Материалы и методы. В рамках Программы с учетом приоритетности развития регионального здравоохранения, на основании статистических данных о заболеваемости и смертности в 2011 г. была произведена оплата случаев лечения по 12 внедренным стандартам медицинской помощи в 46 медицинских организациях, в 2012 г. – аналогично, и дополнительно по 7 медицинским стандартам.

Приоритет внедрения стандартов определялся в основном структурой смертности населения Рязанской области, наиболее частыми причинами которой являлись: заболевания сердечно-сосудистой системы (50,5% у мужчин и 63,5% у женщин), злокачественные новообразования (13,6% у мужчин и 12,5% у женщин). Выбор конкретных нозологических форм обусловлен особенностями возрастного

состава населения: доля граждан старше трудоспособного возраста, имеющих высокие риски возникновения заболеваний этих классов, составила 28,0%.

Таким образом, в ходе научного исследования была проведена стандартизация специализированной медицинской помощи по классам заболеваний (МКБ-10), подлежащих оплате в системе ОМС, по следующим признакам:

а) формирование структуры смертности: злокачественные новообразования бронхов и легкого, желудка, молочной железы, шейки матки, тела матки, ободочной кишки, прямой кишки, инсульт, инфаркт миокарда;

б) высокая распространенность (болезненность): нестабильная стенокардия и другие формы острой ишемии миокарда, пневмония, бронхиальная астма, лейомиома матки и язвенная болезнь желудка;

в) общегосударственный приоритет родовспоможения и детства: привычное невынашивание беременности, гемолитическая болезнь плода и новорожденного, врожденная пневмония, синдром дыхательного расстройства у новорожденных и расстройства, связанные с укорочением срока беременности, малой массой тела при рождении, замедленным ростом и недостаточностью питания плода.

Параллельно с внедрением стандартов медицинской помощи на федеральном уровне рассматривался вопрос оптимизации оплаты специализированной медицинской помощи. На основе обобщения опыта регионов Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом ОМС были разработаны методические рекомендации по применению оплаты специализированной медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (далее – КСГ).

В соответствии с утвержденным в установленном порядке «Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи в системе ОМС населения Рязанской области» с 01.01.2013 при участии авторов в регионе был внедрен способ оплаты больничной помощи по принципу: за законченный случай лечения (по медицинскому стандарту или в соответствии с клиническими рекомендациями), с агрегированием нозологических форм в КСГ (по этиолого-патогенетическим и стоимостным параметрам).

При формировании КСГ с целью дифференциации стоимости лечения 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 формировался отдельный перечень (группа) КСГ соответствующей стоимости, с учетом длительности лечения, определенной стандартом медицинской помощи, а при его отсутствии – клиническими рекомендациями.

В настоящее время в региональной системе ОМС случай больничного лечения оплачивается по полной стоимости КСГ:

- в случае выписки пациента в связи с окончанием стационарного лечения при достижении клинического результата – при фактической длительности пребывания пациента не менее 50,0% средней длительности КСГ;

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

В случаях лечения с фактической длительностью пребывания пациента менее ½ средней длительности КСГ (кроме случаев с летальным исходом) производится частичная оплата специализированной медицинской помощи – не по стоимости (тарифу) КСГ, а в зависимости от фактической длительности пребывания пациента в больнице, по средней стоимости койко-дня.

В то же время в целях совершенствования оплаты медицинской помощи в системе ОМС Приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229 утверждены Методические рекомендации, определившие иной алгоритм формирования стоимости (тарифа) и оплаты больничной помощи по КСГ, согласно которому оплата также должна осуществляться за законченные случаи госпитализации по поводу нозологий, входящих в соответствующие КСГ, при этом стоимость последних должна формироваться с учетом медицинских технологий, используемых для достижения наилучшего результата лечения.

Таким образом, с экономической точки зрения стоимость КСГ должна определяться произведением так называемой «базовой ставки финансирования», весового и поправочных коэффициентов [2]. При этом базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи определяется как средний объем финансового обеспечения в расчете на 1 пролеченного пациента, т.е. средняя стоимость 1 случая госпитализации.

Литература

1. Постановление Правительства Рязанской области 24.03.2011 № 59 (ред. от 27.05.2013) «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011 - 2013 годы».

2. Приказ ФОМС от 14.11.2013 № 229 (с изм. от 13.12.2013) «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

Результаты. В соответствии со стоимостью лечения по медицинским стандартам в регионе было оплачено лечение 12057 пациентов в 2011 г., 22224 пациентов – в 2012 г. В целом на финансирование мероприятий по внедрению медицинских стандартов за 2 года направлено 1047,3 млн рублей.

Ресурсное наполнение медицинского стандарта за счет привлечения дополнительных федеральных средств значительно превысило плановую стоимость законченного случая по соответствующей нозологии. Так, возмещение затрат в системе ОМС за пролеченного пациента увеличилось с 10,5% по пневмонии до 340,0% по синдрому дыхательного расстройства у новорожденных.

При этом по результатам экспертизы качества медицинской помощи количество нарушений, связанных с ненадлежащим качеством медицинских услуг, снизилось с 57,4% в 2010 г. до 44,2% в 2011 г., в 2012 г. – до 30,7%, а доля необоснованных и непрофильных госпитализаций уменьшилась с 1,4% в 2010 г. до 0,8% в 2011 г., в 2012 г. – до 0,6% с тенденцией к снижению в последующие годы.

С использованием метода анонимного анкетирования пациентов больниц была дана оценка специализированной медицинской помощи, оказанной на основе медицинских стандартов. Нами выявлено значительное повышение удовлетворенности пациентов доступностью и качеством специализированной медицинской помощи – с 58,0% до 82,0% за два года внедрения медицинских стандартов в регионе.

Начиная с 2013 г., в региональной системе ОМС оплата больничной помощи осуществлялась по 1467 КСГ, утвержденным 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 2012-2013 гг. осуществлялась работа по изменению агрегирования нозологических форм в КСГ, что привело к уменьшению их количества до 1208.

Медицинскими организациями Рязанской области в ходе пилота, проводимого с 01.05.2014, осуществляется предоставление на оплату в системе ОМС счетов по стоимости КСГ, установленных Приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229.

Выводы. Внедрение медицинских стандартов повысило качество оказываемой медицинской помощи. При этом повышение удовлетворенности населения указывает на социальную эффективность данной технологии.

В целом ожидаемый эффект от использования системы оплаты по КСГ заключается в сокращении средней длительности госпитализации и, соответственно, больничных мощностей, исходя из реальной потребности в «профильной» коечной сети, определяемой заболеваемостью населения.

Literatura

1. Postanovlenie Pravitel'stva Ryazanskoj oblasti 24.03.2011 № 59 (red. ot 27.05.2013) «Ob utverzhenii dolgosrochnoj celevoj programmy «Modernizacijazdravoohranenija Ryazanskoj oblasti na 2011 - 2013 gody».

2. Prikaz FOMS ot 14.11.2013 № 229 (s izm. ot 13.12.2013) «Ob utverzhenii «Metodicheskih rekomendacij po sposobam oplaty specializirovannoj medicinskoj pomoshchi v stacionarnykh usloviyah i v dnevnykh stacionarah na osnove grupp zabolevanij, v tom chisle kliniko-statisticheskikh grupp (KSG) i kliniko-profilnykh grupp

(КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».

3. Успенская, И.В., Манухина Е.В., Музычук С.И. Стандартизация специализированной медицинской помощи / И.В.Успенская, Е.В. Манухина, С.И. Музычук // Территориальная система обязательного медицинского страхования: 20-летний опыт участия в модернизации регионального здравоохранения. - Рязань, 2013. – С. 148-154.

4. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

ikliniko-profil'nyhgrupp (KPG) zaschetsredstvsistemyobyazatel'nogomedicinskogostrahovaniya».

3. Uspenskaya I.V., Manuhina E.V., Muzychuk S.I. Standartizaciya specializirovannoj medicinskoj pomoshchi / I.V. Uspenskaya, E.V. Manuhina, S.I. Muzychuk // Territorial'na ya sistema obyazatel'nogomedicinskogostrahovaniya: 20-letnij opytuchastiya v modernizacii regional'nogozdravoohraneniya. - Ryazan', 2013. – S. 148-154.

4. Federal'nyj zakon ot 29.11.2010 № 326-FZ (red. ot 21.07.2014) «Ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federacii».

SCIENTIFIC AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF IMPROVING SPECIALIZED MEDICAL CARE IN MODERNIZATION OF REGIONAL HEALTH CARE

Uspenskaya I. V., Manukhina E. V.

Regional Health Insurance Fund of the Ryazan Region, Ryazan, Russia

The article contains a scientifically based set of measures to standardize and optimize the delivery of and payment for specialized medical care under modernization of regional health care. In the complex socio-hygienic study with the use of an anonymous survey of hospital patients, the authors evaluated the organization of specialized medical care provided on the basis of medical standards. The expediency of paying for hospital care on the basis of Diagnosis-Related-Groups was proved.

Key words: *specialized medical care, standards of care, payment for health care, Diagnosis-Related-Groups.*

Адрес для корреспонденции: uspenskaya.iv@tfoms-rzn.ru

Поступила 24.10.2014