Качество в системе ОМС. Первые шаги к оздоровлению

Категория: Гарантии и страхование
Опубликовано: Среда, 09 октября 2024, 09:44
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 2635

На четвёртый день девятого месяца текущего года наш «отраслевой регулятор» родил весьма примечательный документ, послуживший поводом для написания данной статьи. Но прежде, чем перейти к её сути, уважаемые коллеги, я должен вкратце прояснить контекст.

Качество в сфере охраны здоровья имеет три главных фокуса: качество медицинской помощи, качество (и безопасность) медицинской деятельности и качество здравоохранения. В каждом из них понятие качества имеет собственное содержание, выражается разными признаками и описывается с применением различных систем оценочных критериев и методов измерения[1–3].

В нашей стране мы имеем трижды смешанную систему здравоохранения, в которой сосуществуют, причудливо сочетаясь, различные её части. Так, большая часть медицинской помощи в стране оказывается гражданам бесплатно по программам государственных гарантий оказания медицинской помощи (ПГГ) в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), хотя есть «медицина» и за её пределами – причём, разная.

Прицельно занимаясь вопросами качества в нашей с вами профессиональной области, обойти вниманием такую громадную часть здравоохранения нельзя. И, действительно, специальным законом предусмотрен[4] и подзаконным нормативным правовым актом регламентирован[5] «контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам» по ОМС. Он предусматривает проведение медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках территориальных ПГГ, территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (СМО) в установленном порядке заключаются договоры «на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС», также обязательно предусматривающие проведение контрольных мероприятий[6]. Полномочия по проведению МЭК в отношении реализации базовой и территориальных ПГГ имеют, соответственно, Федеральный и территориальные фонды ОМС.

СМО осуществляют полномочия по контролю качества медицинской помощи в системе ОМС путём проведения ЭКМП и МЭЭ законченных и не законченных случаев (этапов) оказания медицинской помощи. Фактически это означает ретроспективный вневедомственный контроль оказываемой в системе ОМС медицинской помощи по заданным количественным и качественным параметрам («объемов, сроков, качества и условий предоставления»). Результаты такого контроля используются (должны) для «защиты прав застрахованных» в отношении доступности и качества медицинской помощи в системе ОМС.

Phoca PDF

Что касается понятия качества медицинской помощи, то его содержание определено в п.21 ст.2 Закона[7], как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Оно универсально, и для системы ОМС никаких исключений не сделано.

К сожалению, в полном соответствии с Законом гетерогонии целей Вильгельма Вундта, результаты контроля в системе ОМС куда охотнее используются СМО в качестве формального обоснования для применения финансовых санкций к медицинским организациям, нежели в целях улучшения качества оказываемой застрахованным медицинской помощи. Надежды реформаторов 90-х в этом плане не оправдались – слишком велика оказалась заинтересованность СМО в «плохих» результатах контрольных мероприятий. Чем больше «нарушений» и «дефектов» им удаётся выявить, и чем более надёжны формальные основания для применения финансовых санкций к медицинским организациям, тем им выгоднее.

Одним самых удобных для СМО формализованных инструментов контроля стали, вопреки их предназначению, стандарты медицинской помощи. Отчасти это связано с тем, что теоретическая модель ресурсного обеспечения медицинской помощи в условиях хронического дефицита системы ОМС оказалась несостоятельной.

В теории, клинические потребности отражаются в клинических рекомендациях – документах, принимаемых специалистами путём достижения консенсуса по различным вопросам клинической практики[8]. Это документы для профессионалов – врачей и медицинских экспертов, а для расчётов ресурсного обеспечения медицинской помощи нужны формализованные документы. В этих целях, клинические потребности могут быть систематизированы в виде перечней медицинских вмешательств и лекарственных назначений с указанием частоты и кратности их применения для той или иной достаточно распространённой «модели пациента». Получатся те самые стандарты медицинской помощи.

Если рассчитать стоимость таких стандартов на различных уровнях оказания медицинской помощи, то получатся медико-экономические стандарты (МЭСы), методики расчётов известны[9]. Затем, в целях выравнивания финансового обеспечения, МЭСы можно сгруппировать по профилям, затратам и иным сходным характеристикам и получить клинико-статистические группы (КСГ), принципы группировки также известны[10]. И уже затем, на основе рассчитанной стоимости необходимой медицинской помощи и статистических данных о здоровье населения, может быть рассчитана реальная стоимость базовой и территориальных ПГГ.

К сожалению, в дефицитной модели ОМС расчёт идёт задом наперёд.

Phoca PDF

Финансовое наполнение ПГГ определяется имеющимися возможностями бюджета и собираемостью налогов (взносов). Формирование КСГ вытекает из имеющихся в распоряжении средств и статистических сведений (сколько дали денег, делим на...), поскольку государство стремится к выполнению конституционных обязательств в сфере охраны здоровья безотносительно к имеющимся ресурсам. На выходе – непропорциональные и в целом дефицитные тарифы, не обеспечивающие насущные потребности опять же дефицитной лечебной сети. Не говоря уже о потребностях отрасли в развитии. Которое, с к слову, преимущественно идёт в обход – через национальные проекты и частный сектор.

При этом, вся предшествующая цепочка оснований от клиники до ПГГ, включая МЭСы, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, выпадает за ненадобностью. «Объёмы» медицинской помощи разливать – это совсем другая игра. Поэтому МЭСы за всю историю так никто полноценно, именно на основе стандартов медицинской помощи, и не рассчитал (а если и рассчитал, то не применил). Клиническими же рекомендациями «регулятор» плотно озаботился лишь недавно[11], и вовсе не потому, что страховщики от него того требовали или хотя бы просили.

Стандарты медицинской помощи, как будто, в данный расклад не вписываются – ведь они аж с 2004 года выпускаются в большом количестве. Значит, востребованы? Да, конечно! Только не в целях финансового обеспечения медицинской помощи в системе ОМС, а в целях исключительно репрессивных. Именно в качестве формализованных инструментов оценки качества медицинской помощи эти документы оказались идеальными для СМО. И они в этом качестве действительно прекрасны: просты и удобны в применении, а полученные с их помощью результаты контроля снабжают СМО надёжными основаниями для применения финансовых санкций к медицинским организациям в свою пользу.

С недавних пор стандарты медицинской помощи должны соответствовать клиническим рекомендациям[11], однако эта работа практически саботировалась[12]. Того темпа обновления стандартов, что мы наблюдали несколько последних лет, хватило бы на десятилетия вперёд. А если учесть, что сами клинические рекомендации должны обновляться не реже, чем один раз в три года, то навечно, СМО можно не беспокоиться.

Точнее, можно было бы не беспокоиться, если б Минздрав не пошёл на оптовую отмену устаревших стандартов, одним махом проредив их на треть[13]. Очевидно, это решение было, в первую очередь, политическим. Оно ожидаемо вызвало ропот недовольства в стане страховщиков, представителей надзорных, судебных и следственных органов, юристов, общественников и прочих посредников в «медицинских» делах (далее будем для краткости называть их всех «посредниками»).

Массовая отмена стандартов медицинской помощи также заметно осложнила

Phoca PDF

жизнь страховым экспертам, вынужденным, порой ценой своих профессиональных принципов, удовлетворять растущие потребности своих работодателей в выявлении «нарушений» и «дефектов».

Клинические рекомендации у посредников не в почёте, т.к. их применение обязательно требует настоящего, не бутафорского, экспертного участия. К тому же, интерпретации экспертов могут быть оспорены другими экспертами, в отличие от однозначных результатов применения иных используемых при проведении ЭКМП нормативных правовых актов. Прежде всего – стандартов медицинской помощи.

Посредники, отойдя от потрясения массовой отмены стандартов, застыли в предвкушении появления новых. И ещё, давно обещанных новых критериев оценки качества медицинской помощи. Не тех, что по клиническим рекомендациям разбрызганы, их не пойми, как применять – ни этапов, ни условий оказания медицинской помощи не указано. А тех, что утверждаются приказами Минздрава. Проверяющим нужен новый официальный документ! Старый-то совсем прохудился[14,15].

И вот на таком расстроено-вожделеющем фоне, как гром среди ясного неба, Минздрав выстреливает приказом, упомянутым в первой строчке статьи и послужившем поводом для её написания.

Суть: вносятся изменения в Правила ОМС и в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС[16]. Да, какие! Помимо решения ряда актуальных вопросов, «регулятор» полностью вычищает стандарты медицинской помощи из состава инструментов, применяемых в целях контроля в системе ОМС, а также нарушения требований стандартов – из числа оснований для применения финансовых санкций к медицинским организациям.

Несомненно, это решение также сугубо политическое, и притом довольно смелое. Можно ожидать волн возмущения и противодействия со стороны посредников и озабоченной (ими) общественности. Нельзя исключить попыток страховых лобби добиться полной или частичной отмены приказа. Однако будем надеяться, что Минздрав выдержит давление и отстоит принятое решение.

Врачам это особенно важно, поскольку применение стандартов медицинской помощи в качестве основного оценочного инструментария при осуществлении контроля приводит к уплощению и вырождению не только экспертизы, но и клинической практики. Медицинским организациям, находящимся под постоянным давлением страховщиков, долгие годы приходилось принуждать врачей к неукоснительному соблюдению стандартов медицинской помощи, порой превращая клиническую работу специалистов здравоохранения в театр абсурда.

Phoca PDF

Категория: Гарантии и страхование
Опубликовано: Среда, 09 октября 2024, 09:44
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 2635

Конечно, заинтересованы в подобных документах-инструментах далеко не только СМО. Однако ЭКМП, проводимая в рамках ОМС, составляет львиную долю от всех ЭКМП в стране. Если сейчас процесс институциональной деградации ЭКМП приостановится в системе ОМС, это произведёт аналогичный оздоровительный эффект и за её пределами. По крайней мере, теперь можно на это надеяться.

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. «Фокусы качества. Качество медицинской помощи». – Здрав.Биз, 315.
2. Таевский А.Б. «Фокусы качества. Качество медицинской деятельности». – Здрав.Биз, 317.
3. Таевский А.Б. «Фокусы качества. Качество здравоохранения». – Здрав.Биз, 318.
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. N 54643).
7. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8. Таевский А.Б. «К "Утопии прямого доступа": о порядках, стандартах и клинических рекомендациях». – ЗдравЭкспертРесурс, 107.
9. Методика расчета стоимости федеральных стандартов медицинской помощи по профилю «оториноларингология»/ Б.В. Таевский, А.К. Таевская, П.В. Запевалин. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. – 2016.
10. Методика формирования контрольного пакета МЭС, входящих в клинико-статистическую группу хирургических заболеваний в медицинской организации/ Б.В. Таевский, И.С. Кицул, Л.В. Селиверстова, А.К. Таевская. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. – 2016.
11. Федеральный закон от 25 декабря 2018 года № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
12. Таевский А.Б. «Камень обязательного преткновения. Вновь о

Phoca PDF

клинических рекомендациях». – ЗдравЭкспертРесурс, 189.
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2024 года № 397н «О признании утратившими силу некоторых приказов и отдельных положений приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации о стандартах медицинской помощи» (Зарегистрирован 30.08.2024 № 79350).
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрирован 17.05.2017 № 46740).
15. Таевский А.Б. «Груз качества 200 и 3 "нэ"». – Здрав.Биз, 194.
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 сентября 2024 года № 449н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н» (Зарегистрирован 03.10.2024 № 79698).

Для цитирования:

Таевский А.Б. Качество в системе ОМС. Первые шаги к оздоровлению. – ЗдравЭкспертРесурс, 199. https://www.zdrav.org/index.php/garantii-med-strahovanie/199-expertiza-bez-med-standartov.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF