

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568671>

Риск-ориентированный подход в рамках организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности при применении клинико-статистических групп по профилю «медицинская реабилитация»

Р.Т. Таирова, Т.В. Бугаева, Е.Н. Полева, О.И. Пацап, Г.Е. Иванова

Федеральный центр мозга и нейротехнологий, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В последнее десятилетие система здравоохранения подвергается реформированию с целью обеспечения эффективного использования бюджетных ресурсов в условиях неуклонного роста расходов на содержание медицинских учреждений и реализацию государственной политики в сфере здравоохранения.

Совершенствование способов оплаты медицинской помощи — одна из основных задач, стоящих перед системой здравоохранения.

Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара производится с применением клинико-статистических групп. Внедрение работы на базе Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России с клинико-статистическими группами в рамках обязательного медицинского страхования проводится с января 2021 года.

Всего проанализированы 2973 медицинские карты стационарных больных. Особое внимание уделено анализу применения клинико-статистических групп для профиля «медицинская реабилитация». Выявлены закономерности, позволившие увеличить эффективность оказания медицинской помощи по данному профилю. Данные меры позволили оптимизировать расходы медицинского учреждения на оказание медицинской помощи и сохранить все возможности для перспективного роста и развития.

Ключевые слова: клинико-статистические группы; обязательное медицинское страхование; лексический контроль; экспертиза.

Как цитировать:

Таирова Р.Т., Бугаева Т.В., Полева Е.Н., Пацап О.И., Иванова Г.Е. Риск-ориентированный подход в рамках организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности при применении клинико-статистических групп по профилю «медицинская реабилитация» // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2023. Т. 5, № 3. С. 215–226. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568671>

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568671>

Risk-oriented approach of the organization of quality control and medical safety in the application of medical rehabilitation clinical and statistical groups

Raisa T. Tairova, Tatiana V. Bugaeva, Elena N. Poleva, Olga I. Patsap, Galina E. Ivanova

Federal center of brain research and neurotechnologies, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

In the last decade, the healthcare system has been undergoing reforms to ensure the effective use of budgetary resources given the steady increase in spending on the maintenance of medical institutions and implementation of state policy in healthcare. Improving the payment methods for medical care is one of the main tasks for the healthcare system.

Medical care payment in a clinical hospital is made using clinical and statistical groups. The work based on the Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of Federal Medical and Biological Agency of Russia of Russia with clinical and statistical groups within the framework of medical insurance has been implemented since January 2021.

In total, 2,973 medical records of inpatients treated under medical insurance were analyzed for 2021. Special attention is paid to the analysis of the use of clinical and statistical groups for the profile "Medical rehabilitation." The patterns that allowed increasing case efficiency have been identified. These measures helped optimize the expenses of the medical institution for the provision of medical care and preserve all opportunities for long-term growth and development.

Keywords: clinical and statistical groups; medical insurance; lexical control; expertise.

To cite this article:

Tairova RT, Bugaeva TV, Poleva EN, Patsap OI, Ivanova GE. Risk-oriented approach of the organization of quality control and medical safety in the application of medical rehabilitation clinical and statistical groups. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2023;5(3):215–226. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab568671>

Received: 20.07.2023

Accepted: 22.08.2023

Published: 29.09.2023

Список сокращений

КСГ — клинико-статистическая группа
ОМС — обязательное медицинское страхование
ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации

ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение является неотъемлемым элементом устойчивого развития экономики и социальной политики всех стран¹. По данным Всемирной организации здравоохранения, для эффективно функционирующей системы здравоохранения необходимы чёткий механизм финансирования, хорошо обученная и адекватно оплачиваемая рабочая сила, надёжные источники информации, являющиеся основой принятия решений и выстраивания политики, а также медицинские учреждения, оснащённые в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям, где могут применяться современные качественные лекарственные средства и внедряться инновационные технологии².

Эффективная система здравоохранения вносит значительный вклад в экономику страны, её развитие и индустриализацию. Здравоохранение традиционно считается важным фактором, определяющим общее физическое и психическое здоровье и благополучие людей во всём мире.

В последнее десятилетие система здравоохранения подвергается реформированию с целью обеспечения эффективного использования ограниченных бюджетных ресурсов в условиях неуклонного роста расходов на содержание медицинских учреждений и реализацию государственной политики в сфере здравоохранения [1]. К сожалению, отмечается недостаточная чувствительность системы управления здравоохранением на различных уровнях к изменяющимся рыночным условиям из-за заложенных в модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе дневной стационар), расчётов многочисленных параметров, поправочных коэффициентов и изменяющихся методик расчётов [2].

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МОДЕЛИ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Совершенствование способов оплаты медицинской помощи — одна из основных задач, стоящих перед

системой здравоохранения. В Российской Федерации с 2013 года оплата медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (ОМС) осуществляется на основе применения клинико-статистических групп (КСГ).

Решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации одобрены методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств ОМС, которые подготовлены в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2022 и плановый период 2023 и 2024 годов, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505³, а также требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утверждёнными приказом Минздрава России от 29 декабря 2020 года № 1397н⁴.

Специализированная медицинская помощь, за исключением высокотехнологичной, оказываемая в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара за счёт средств ОМС, практически во всех субъектах Российской Федерации оплачивается по установленной на федеральном уровне модели КСГ, которая ежегодно подвергается пересмотру и актуализации.

На протяжении последних лет модель с применением КСГ совершенствовалась и расширялась: так, например, в 2013 году была разработана модель с применением 187 КСГ, а в 2016 году уже было внедрено 308 КСГ в стационарных условиях и 118 КСГ, впервые выделенных для дневных стационаров [3]. В 2020 году с участием ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России (далее — ФГБУ ФЦМН ФМБА России) отделом эпилепсии и пароксизмальных заболеваний были разработаны КСГ по профилю «неврология» для нозологии «эпилепсия» по четырём уровням под руководством заведующего кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, д.м.н., профессора, академика РАН Е.И. Гусева и д.м.н., профессора С.Г. Бурда.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 N 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/403335795/>.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400064712/>.

¹ World Health Organization [интернет]. Health system governance. 2021. Режим доступа: https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1.

² Там же.

Неотъемлемой составляющей лечения неврологических пациентов, независимо от сроков заболевания, является комплексная индивидуальная персонифицированная медицинская реабилитация, основанная на сформулированном мультидисциплинарной реабилитационной командой реабилитационном диагнозе с обоснованием применения методов медицинской реабилитации⁵. Для врачей-клиницистов и мультидисциплинарной команды реабилитологов принципиально важным является использование универсальной системы оценки состояния здоровья по Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья, которая позволяет комплексно сформулировать реабилитационный диагноз, определить цель, задачи, программу реабилитации, а в дальнейшем оценить эффективность реабилитационных мероприятий в рамках любого источника финансирования — как ОМС, так и высокотехнологичной медицинской помощи в рамках федерального бюджета.

С 2018 года сотрудники НИЦ медицинской реабилитации ФГБУ ФЦМН ФМБА России принимают участие в формировании КСГ по медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функций центральной нервной системы, соматической патологией, включая реабилитацию после перенесённой коронавирусной инфекции.

В модели КСГ по профилю «медицинская реабилитация» в 2021–2022 годах произошли изменения в перечне оснований для отнесения случая лечения к прерванному и для оплаты случая по двум и более тарифам. В 2022 году внесены изменения в КСГ для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы в условиях круглосуточного стационара. Для КСГ st37.001, st37.002 и st37.003 коэффициент относительной затратноёмкости увеличен в сравнении с 2021 годом. Изменился коэффициент специфики оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в зависимости от значения коэффициента затратноёмкости. При проведении медицинской реабилитации значение коэффициента затратноёмкости равно 1 (в 2021 году — 0,8).

Таким образом, вместе с увеличенным в 2022 году средним нормативом финансовых затрат (с учётом приведения к базовой ставке) и коэффициентом дифференциации стоимость тарифа по сравнению с 2021 годом увеличена на 36,3% по st37.001, на 17,1% по st37.002 и на 13,2% по st37.003.

С 2022 года КСГ для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001, st37.002, st37.003) предусматривает возможность применения ботулинического токсина. Для кодирования применения ботулотоксина введены новые коды дополнительного классификационного критерия (rbb2–rbb5), отражающие применение

соответствующих лекарственных препаратов в сочетании с оценкой пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) от 2 до 5 баллов соответственно (например, rbb2 — 2 балла по ШРМ, назначение ботулинического токсина) [4]. При этом введение ботулинического токсина не является обязательным. Стоимость КСГ для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы при применении ботулинического токсина не увеличивается. При применении ботулинического токсина в неврологическом профиле стоимость КСГ (без применения коэффициента сложности лечения пациентов) в 2022 году составляла 47 811,56 руб. по st15.008 и 123 460,75 руб. по st15.009. Стоимость КСГ (без применения коэффициента сложности лечения пациентов) для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы в 2022 году, где могут применяться дополнительные классификационные критерии rbb3, rbb4, rbb5, составляет 63 945,48 руб. по st37.001, 119 364,89 руб. по st37.002 и 195 430,75 руб. по st37.003. В 2022 году оплачиваются случаи лечения по двум КСГ при проведении медицинской реабилитации пациентам после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение (без смены диагноза).

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций поражённого органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество⁶. В федеральных учреждениях, включая ФГБУ ФЦМН ФМБА России, осуществляется медицинская реабилитация при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и/или при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, состояние которых оценивается 3–6 баллов по ШРМ, с возможностью оказания её на всех трёх этапах медицинской реабилитации

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023). Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/a5ae8d85e8c73bf39949a4b6e9708369fd6c0671/.

с участием мультидисциплинарной реабилитационной команды в составе врача физической и реабилитационной медицины, врача-реаниматолога, врача-нейрохирурга, врача-терапевта, врача-невролога, врача-психиатра, инструктора-методиста лечебной физической культуры, медицинского психолога, логопеда, эрготерапевта и других привлекаемых по требованию специалистов.

Как мероприятия по диагностике, профилактике, так и медицинская реабилитация являются составными частями специализированной, в том числе высокотехнологичной и первичной медицинской помощи⁷. Принято разделять лечение и реабилитацию на основе их целевой направленности и решаемых задач. Вместе с тем вопрос организационного и смыслового отличия медицинской реабилитации от лечения волнуют как организаторов здравоохранения, так и всех медицинских работников, включая врачей-специалистов нашей страны [5]. Осуществляя лечение пациента, врач-специалист по профилю оказываемой медицинской помощи проводит диагностику, устранение или облегчение проявлений острого заболевания и/или состояния, обострения хронического процесса и классифицирует заболевание и/или состояние пациента на основании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10), в основу которой положены характеристики патологического процесса. Осуществляя медицинскую реабилитацию пациента, врач физической и реабилитационной медицины и специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды проводят диагностику всех нарушенных структур, функций, активности и участия пациента (не только связанных с нозологической формой заболевания и/или состояния) с учётом влияния на процесс восстановления факторов окружающей пациента среды, личностных факторов и классифицируют выявленные ограничения по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, в основу которой положены характеристики здоровья, а также в зависимости от выраженности ограничений жизнедеятельности по ШРМ [6]. Другими словами, решается два самостоятельных и очень важных для пациента и организации медицинской помощи блока задач.

Таким образом, при формировании способов оплаты медицинской помощи в целях адекватного возмещения затрат медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь необходимо учитывать динамически меняющиеся подходы к диагностике, лечению и медицинской реабилитации, которые всё больше и больше находят отражение в клинических рекомендациях, протоколах и стандартах [3].

⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023). Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/a5ae8d85e8c73bf39949a4b6e9708369fd6c0671/.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ НА ПРИМЕРЕ ФГБУ ФЦМН ФМБА РОССИИ

Анализ работы ФГБУ ФЦМН ФМБА России с КСГ в рамках ОМС проводился с января 2021 года. Для целей учёта использовались КСГ круглосуточного стационара по профилям «неврология», «нейрохирургия», «медицинская реабилитация», «кардиология», «терапия», «прочие». Всего за 2021 год проанализированы 2973 медицинские карты стационарного больного, пролеченных по ОМС, финансируемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования ОМС.

Использованы организационно-методические подходы к учёту, контролю и планированию объёмов по оказанию медицинской помощи в соответствии с мощностью и ресурсами ФГБУ ФЦМН ФМБА России по всем источникам финансирования, в том числе методы технического и медицинского контроля данных при заполнении направлений на госпитализацию и карт стационарного больного в медицинской информационной системе.

Технический контроль при переносе сведений из медицинской информационной системы в государственную информационную систему ОМС при формировании реестров для оформления счёта на оплату с целью выявления ошибочных данных включал следующую информацию о пациенте и его диагнозе, указанную в направлениях на госпитализацию, а также об оказанной услуге в статистических картах пациентов, выбывших из стационара: о применении КСГ в соответствии с профильной группой, корректном применении дополнительных кодов классификации, кода сложности лечения, номенклатуры, определяющих стоимость лечения.

Медицинский контроль осуществлялся врачом-методистом с целью приведения в соответствие данных в статистической карте выбывшего из стационара и в медицинских картах стационарного больного с целью обоснованности выбора КСГ по диагнозу, дополнительным кодам классификации, кодам сложности лечения, номенклатуре, определяющих стоимость лечения.

Медицинский контроль охватывал 100% медицинских карт стационарного больного.

В целях решения выявленных проблем, а также стандартизации длительности пребывания пациента по различным КСГ, анализа соответствия стандарту по обследованию и лечению пациента по КСГ в нашем центре было принято решение об инициации создания Рабочей группы с участием ведущих научных сотрудников в области медицинской реабилитации и неврологии, экономистов, сотрудников отдела учёта и организации медицинских услуг, заведующих коечными отделениями для разработки предложений по совершенствованию учёта оказываемых медицинских услуг и планирования объёмов.

Формирование корректного счёта

В результате проведённого первичного исследования медицинской документации сформулированы две задачи:

- 1) обеспечение правильного и своевременного оформления медицинской документации для корректного формирования счёта в государственную информационную систему ОМС;
- 2) корректное применение необходимых коэффициентов и правильная, своевременная маршрутизация пациентов на следующий этап медицинской реабилитации или смежный профиль.

В рамках формирования корректного счёта в государственную информационную систему ОМС выявлены основные замечания к оформлению медицинских карт стационарного больного, а именно невыполнение требований, указанных в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования⁸, что могло привести к рискам недофинансирования до 4,5% от суммы годового плана Федерального фонда ОМС. С мая по декабрь 2021 года в результате организации

⁸ Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 02.02.2022 N 11-7/И/2-1619, 00-10-26-2-06/750). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403402448/>.

технического и медицинского контроля достигнуто увеличение доходов медицинской организации на общую сумму 16 млн руб. (табл. 1).

Проверка корректности применения кода услуги в случае проведения операций, манипуляций, длительной искусственной вентиляции лёгких и других услуг, проводимых врачами, пожалуй, самая сложная, но в то же время продуктивная часть проводимого анализа. В этом случае очень важна совместная работа экономиста, заведующего отделением, врача, оказывающего медицинскую помощь, медицинского статистика и оператора. Экономисту необходимо донести до врача информацию о возможных кодировках, необходимо проанализировать каждую статистическую карту вышедшего пациента и сопоставить с историей болезни с целью контроля отражения проведённой операции в статистических картах пациентов, вышедших из стационара, на основании которой операторы заносят информацию в программу для формирования счетов на оплату. Операторам важно занести полученные данные без ошибок.

Наиболее частым замечанием при медицинской экспертизе карт стационарного больного явилось неверное использование коэффициента Р для случаев тяжёлой сопутствующей патологии, а именно:

- данный коэффициент не был указан у пациентов с сахарным диабетом, которым проводились коррекционные мероприятия уровня сахара в крови в рамках госпитализации;

Таблица 1. Сводные результаты медицинского и технического контроля

Table 1. Summary results of medical and technical control

Профиль отделения	Проверка медицинских карт на соответствие КСГ и коэффициента сложности лечения пациентов		Результаты контроля		Разность, млн. руб.
	Число предоставленных карт, <i>n</i>	Процент контроля	Число карт с замечаниями, <i>n</i>	Процент от общего количества предоставленных карт	
Медицинской реабилитации № 1	450	100	43	10	1,5
Медицинской реабилитации № 2	391	100	43	11	0,7
Медицинской реабилитации № 3	162	100	24	15	1,1
Неврологическое	917	100	30	3	2,3
Неврологическое	579	100	38	7	1,5
Кардиологическое	279	100	30	11	0,4
Нейрохирургическое	151	100	34	23	5,6
Реанимации и интенсивной терапии	44	100	7	16	3,2
Всего	2973	100	249	8,38	16,3

Примечание. КСГ — клинико-статистическая группа.

Note: КСГ — clinical and statistical group.

- коэффициент не указывался в случае заболеваний, перечисленных в списке орфанных заболеваний Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- указывался в случае сахарного диабета, но применялся неверный код МКБ-10;
- указывался в случае заболеваний, не входящих в перечень тяжёлой сопутствующей патологии в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования⁹. Ошибочно принимались за тяжёлую сопутствующую патологию случаи с осложнениями основных заболеваний (например, тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии, пневмония, геморрагическая трансформация инсульта), сопутствующая онкопатология.

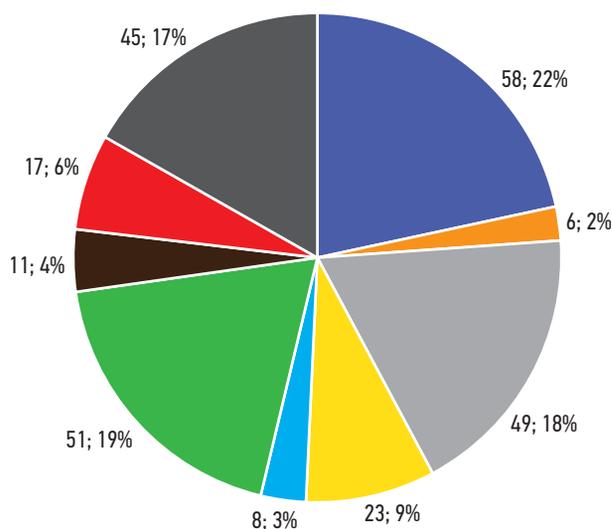
К прочим замечаниям относились несовпадения в счёте в государственную информационную систему ОМС и медицинскую информационную систему данных по кодам МКБ-10, дополнительным коэффициентам (номенклатуре и пр.), а также неправильное использование номенклатуры медицинских услуг, что приводило к автоматическому расчёту непрофильного КСГ: например, при отсутствии номенклатуры услуг по медицинской реабилитации у пациента выставлялся неврологический КСГ по коду МКБ-10 основного заболевания, стоимость которого зачастую в 3–4 раза ниже реабилитационного КСГ (рис. 1).

Исходя из приведённых данных следует отметить, что большую долю в увеличении стоимости случаев по профилю «медицинская реабилитация» составили случаи корректировки неиспользования коэффициента Р для пациентов с сахарным диабетом, а также некорректное использование баллов по шкале ШРМ: например, подача на оплату случая с указанием балла ШРМ, достигнутого в ходе реабилитации.

По результатам выявленных замечаний проведено обучение медицинского персонала правилам заполнения статистических карт пациентов, выбывших из стационара, и применения КСГ по профильной группе на рабочих местах, что привело к снижению суммы корректировки счёта, по результатам технического и медицинского контроля, на 33% (рис. 2).

В ходе работы над увеличением стоимости случая проводится ежемесячный анализ выполнения плановых объёмов по всем источникам финансирования совместно с заведующими отделениями, что позволяет корректно формировать график плановой госпитализации, увеличивать оборот койки и планировать потребность в расходных материалах и лекарственных средствах.

⁹ Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 02.02.2022 N 11-7/И/2-1619, 00-10-26-2-06/750). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403402448/>.



- Не указан сахарный диабет
- Неправильно закодирован сахарный диабет
- Неверно указана номенклатура (включая шкалу реабилитационной маршрутизации, название операции)
- Не указана номенклатура
- Неверно указана клинико-статистическая группа
- Неверно указано заболевание в группе тяжёлой сопутствующей патологии
- Неверно указан источник финансирования
- Несовпадение кода МКБ-10 в мегаклинике и в выписном эпикризе
- Не указано тяжёлое сопутствующее заболевание (за исключением сахарного диабета)

Рис. 1. Структура замечаний по оформлению медицинских карт стационарного больного в рамках клинико-статистических групп.

Fig. 1. Comments on the registration of inpatient medical records within the clinical and statistical groups.

Указанная схема взаимодействия позволила в 2021 году выполнить плановые объёмы по случаям госпитализаций на 102,5%.

Анализ средней стоимости оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» показал зависимость от тяжести состояния пациента, выраженности нарушения функционирования и ограничения жизнедеятельности, оценке по ШРМ 4–6 баллов (табл. 2).

Решения Рабочей группы ФГБУ ФЦМН ФМБА России по совершенствованию деятельности центра и качественному оказанию специализированной медицинской помощи

В целях своевременного и качественного оказания специализированной медицинской помощи пациентам, а также совершенствования работы ФГБУ ФЦМН ФМБА России был принят ряд управленческих решений.

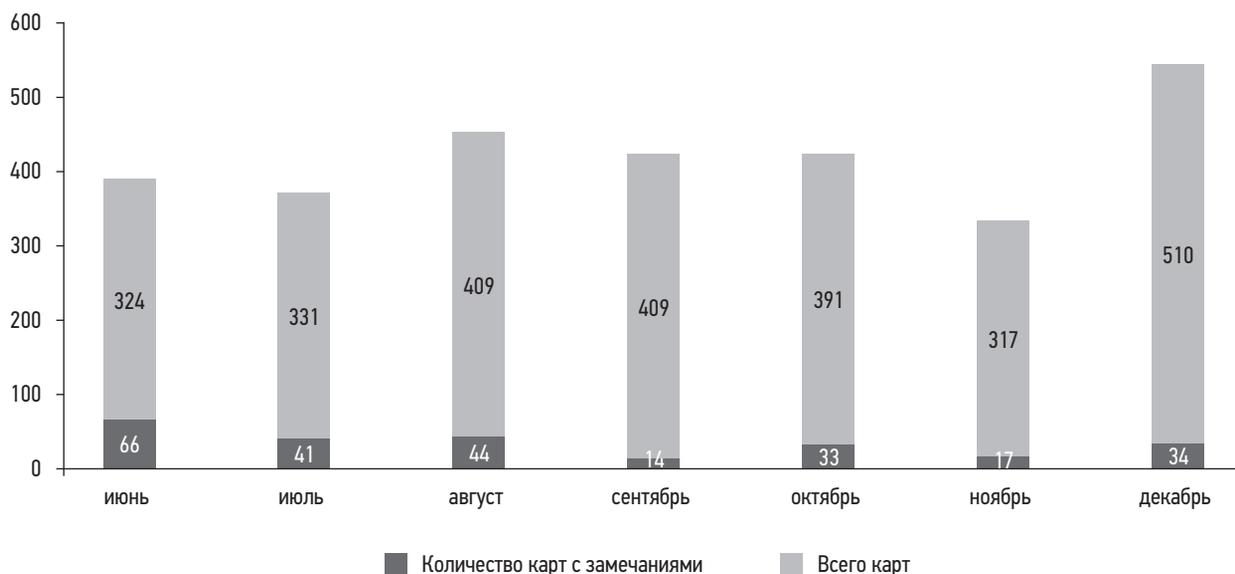


Рис. 2. Общая динамика количества карт стационарного больного с замечаниями за июнь–декабрь 2021 года.

Fig. 2. General dynamics of the number of inpatient patient cards with comments for June–December 2021.

Таблица 2. Анализ выполненных объёмов по коэффициенту относительной затратоёмкости

Table 2. Completed volumes according to the coefficient of relative cost intensity

Наименование профиля	Коэффициент затратоёмкости	Случаев в год	Выставлено счетов, млн руб.	Процентное распределение по коэффициенту затратоёмкости	
				Случаи, %	Финансы, %
	Итого	1230	110	100,0	100,0
Медицинская реабилитация	КЗ <2 (ШРМ 3 балла)	1040	67	84,6	60,7
	КЗ ≥2 (ШРМ 4–6 баллов)	190	43	15,4	39,3

Примечание. КЗ — коэффициент затратоёмкости; ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации.

Note: КЗ — the coefficient of cost intensity; ШРМ — the scale of rehabilitation routing.

Разработана и внедрена схема преемственности в оказании медицинской помощи между отделением реанимации и интенсивной терапии, неврологическими, нейрохирургическим и реабилитационными отделениями центра в соответствии с профилем пациента с сочетанной тяжёлой патологией с целью:

- снижения факторов, ограничивающих медицинскую реабилитацию, с учётом специфики центра по оказанию медицинской реабилитации пациентам после инсульта, с нарушением функции центральной нервной системы;
- корректировки, подбора терапии или эндоваскулярного лечения по вторичной профилактике инсульта;
- подбора лекарственных препаратов пациентам с эпилепсией, нейродегенеративными заболеваниями;

- своевременного направления на медицинскую реабилитацию пациентов, что позволяет предупредить декомпенсацию основного заболевания и увеличить эффективность мероприятий на этапе медицинской реабилитации (рис. 3).

Данный комплексный подход для пациента обеспечивает прежде всего безопасность и эффективность оказания медицинской помощи, своевременное дообследование и выявление противопоказаний к хирургическому лечению, противопоказаний и факторов риска медицинской реабилитации и т.д.

Задачей отдела госпитализации является предупреждение несвоевременной выписки из медицинской организации (код нарушения 3.5), после которой потребовалось бы повторное обоснованное обращение застрахованного



Рис. 3. Схема преемственности в оказании медицинской помощи пациентам с сопутствующей патологией по ОМС. ОМС — обязательное медицинское страхование; ЦНС — центральная нервная система.

Fig. 3. Succession scheme in the provision of medical care to patients with concomitant pathology according to medical insurance. OMC — compulsory medical insurance; ЦНС — central nervous system.

лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня окончания оказания медицинской помощи стационарно.

Более 36% поступающих в стационар пациентов по результатам проводимого ультразвукового исследования вен нижних конечностей имеют тромбозы, в 12% случаев — с признаками флотации. Контроль показателей госпитального комплекса, включающий ультразвуковое исследование вен нижних конечностей для пациентов, направляемых на медицинскую реабилитацию, позволяет исключить развитие венозного тромбоза у пациентов в процессе медицинской реабилитации.

Правильная и своевременная диагностика нивелирует риски развития осложнений в процессе реабилитации, а дальнейшая своевременная маршрутизация, контроль состояния пациента и времени проведения повторных курсов медицинской реабилитации позволяют обеспечить высокий процент оборота коечного фонда стационара.

Опыт организации работы ФГБУ ФЦМН ФМБА России демонстрирует возможность оказания полного цикла медицинской помощи коморбидным пациентам, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь и три этапа медицинской реабилитации. Тем не менее остаётся ряд проблем, одной из которых является система оплаты случая по КСГ, которая в 2021 году не предусматривала изменения стоимости при изменении длительности пребывания пациента, а также отсутствие возможности оплаты комплекса ранней медицинской реабилитации при оказании помощи по медицинской реабилитации в отделении реанимации

и интенсивной терапии и в специализированном профильном отделении, оказываемой в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года N 788н¹⁰, в случае госпитализации пациента по нейрохирургическому профилю.

НЕПРЕРЫВНАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ МОДЕЛИ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП

С учётом того, что медицинская реабилитация и неврологическая помощь пациентам с нарушением функции центральной нервной системы является плановой, при организации большого количества госпитализаций по КСГ с низкой стоимостью важно своевременно корректировать план госпитализаций с учётом равномерного распределения пациентов по ШРМ.

При анализе КСГ обычно выявляются дополнительные услуги, не выставленные к оплате: в этих случаях необходимо разобрать причины не поданных на оплату услуг и принять решения о возможности их устранения, просчитав упущенную выгоду медицинской организации. Перспективы внедрения автоматизированного лексического анализа в работу экспертной Рабочей группы внутри медицинского учреждения будут способствовать

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.

проверке всех медицинских карт стационарного больного, в том числе корректности заполнения статистических карт пациентов, выбывших из стационара, что в целом будет способствовать повышению качества ведения медицинской документации, корректному формированию счетов, повышению рентабельности коечных отделений [7].

Непрерывная модернизация модели КСГ на 2022 год в сравнении с 2021 годом, а именно возможность подачи на оплату случаев применения ботулинического токсина у пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, проходящих медицинскую реабилитацию, возможность оплаты случаев лечения по двум КСГ при проведении медицинской реабилитации пациентам, завершившим лечение в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение, привело к совершенствованию преемственности специализированной медицинской помощи. Важным направлением актуализации оплаты специализированной медицинской помощи по клинико-статистическим группам является пересчёт средней стоимости лечения с учётом изменяющихся цен на лекарственные препараты и расходные материалы. Основной перспективой совершенствования оплаты медицинской помощи по КСГ остаются реализация перехода к формированию тарифов с учётом клинических рекомендаций, а также повышение детализации расчётов и дифференциация тарифов, в том числе за счёт расширения перечня классификационных критериев формирования КСГ, актуализации перечня медицинских услуг, их трудоёмкости, длительности применения, критериев качества оказания медицинской помощи [4].

Применение индивидуальной персонифицированной оценки нарушений функций, структур, активности и участия в зависимости от факторов окружающей среды в соответствии с положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, в том числе различных шкал, тестов и опросников, включённых в КСГ, а также теста ШРМ, позволяет качественно реализовать реабилитационный цикл, а именно: сформировать индивидуальную программу медицинской реабилитации у конкретного пациента, спланировать объёмы обследования, грамотно сформулировать реабилитационный диагноз и прогноз, краткосрочную и долгосрочную цели реабилитации, определить перечень и последовательность используемых технологий,

исполнителей и локализацию используемых помещений и оборудования, определить критерии эффективности проведения лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий [8, 9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ основных ошибок при оформлении медицинской документации при работе с КСГ, сопоставление с кодировкой и дальнейшей оплатой оказанной медицинской помощи позволяет определить возможные точки роста и увеличения доходов медицинской организации. Внедрение данных организационно-административных мер по своевременной маршрутизации пациентов, заполнению коечного фонда позволят оптимизировать расходы медицинского учреждения на оказание медицинской помощи и сохранить все возможности для перспективного роста и развития.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования и подготовке публикации.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведённым исследованием и публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Р.Т. Таирова — концепция, дизайн исследования, редактирование; Т.В. Бугаева — дизайн исследования, редактирование; Е.Н. Полева, О.И. Пацап — сбор, обработка материала, написание рукописи; Г.Е. Иванова — редактирование, общая концепция. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. R.T. Tairova — concept, research design, editing; T.V. Bugaeva — research design, editing; E.N. Poleva, O.I. Patsap — collection and statistical analysis of data, manuscript writing; G.E. Ivanova — concept, editing. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кириленко В.В. Совершенствование механизма финансирования и оплаты медицинских услуг по клинико-статистическим группам // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4, № 5. С. 251.

2. Шестакова М.В., Зеленова О.В., Ярек-Мартынова И.Я., и др. Моделирование расходов на динамическое ведение пациентов с сахарным диабетом для оплаты в рамках клинико-статистиче-

ских групп // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2018. № 4. С. 56–62. doi: 10.31556/2219-0678.2018.34.4.056-062

3. Авксентьева М.В., Омеляновский В.В., Петровский А.В., и др. Новые подходы к формированию клинико-статистических групп, объединяющих случаи госпитализации для лекарственного лечения злокачественных новообразований // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2018. № 2. С. 8–22. doi: 10.31556/2219-0678.2018.32.2.008-022

4. Омеляновский В.В., Авксентьева М.В., Железнякова И.А., и др. Основные изменения в модели клинико-статистических групп в 2022 году // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2022. № 2. С. 9–21. doi: 10.17116/medtech2022440218

5. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е., Суханов В.Г. Проблемы реабилитации: социальные и медицинские аспекты // Социальная политика и социология. 2006. № 4. С. 54–61.

6. Кочубей А.В., Черняховский О.Б., Саламадина Г.Е., и др. Медицинская реабилитация через призму законода-

тельно утверждённых определений // Вестник восстановительной медицины. 2020. № 5. С. 19–25. doi: 10.38025/2078-1962-2020-99-5-19-25

7. Потеекаев Н.Н., Шкарин В.В., Кураков Д.А., и др. Научное обоснование методологических и методических подходов к документированию административных процессов и лексического анализа медицинской документации в лечебном учреждении // Клиническая дерматология и венерология. 2018. Т. 17, № 4. С. 7–12. doi: 10.17116/klinderma2018170417

8. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А., и др. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 3. С. 14–20.

9. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. Применение международной классификации функционирования в процессе медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 6. С. 2–77.

REFERENCES

1. Kirilenko VV. Improving the mechanism of financing and payment of medical services by clinical and statistical groups. *Medicine: theory and practice*. 2019;4(S):251. (In Russ).
2. Shestakova MV, Zelenova OV, Yarek-Martynova IYa, et al. Modelling of healthcare expenditures on management of patients with diabetes mellitus for reimbursement under diagnosis-related groups. *Medical technologies: Assessment and choice*. 2018;(4):56–62. (In Russ). doi: 10.31556/2219-0678.2018.34.4.056-062
3. Avxentyeva MV, Omelyanovskiy VV, Petrovskiy AV, et al. New approaches to the development of diagnostic related groups for cancer pharmacotherapy in Russian Federation. *Medical technologies: Assessment and choice*. 2018;(2):8–22. (In Russ). doi: 10.31556/2219-0678.2018.32.2.008-022
4. Omelyanovsky VV, Avksentieva MV, Zheleznyakova IA, et al. The main changes in the model of clinical and statistical groups in 2022. *Medical technologies: Assessment and choice*. 2022;(2):9–21. (In Russ). doi: 10.17116/medtech2022440218
5. Sigida EA, Lukyanova IE, Sukhanov VG. Problems of rehabilitation: Social and medical aspects. *Social Policy Sociology*. 2006;(4):54–61. (In Russ).
6. Kochubey AV, Chernyakhovsky OB, Salamadina GE, et al. Medical rehabilitation through the prism of legislatively approved definitions. *Bulletin Restorative Med*. 2020;(5):19–25. (In Russ). doi: 10.38025/2078-1962-2020-99-5-19-25
7. Potekaev NN, Shkarin VV, Kurakov DA, et al. Scientific substantiation of methodological and methodological approaches to documenting administrative processes and lexical analysis of medical documentation in a medical institution. *Clin Dermatol Venereol*. 2018;17(4):7–12. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma2018170417
8. Ivanova GE, Melnikova EV, Shamalov NA, et al. Using the ICF and rating scales in medical rehabilitation. *Bulletin Rehab Med*. 2018;(3):14–20 (In Russ).
9. Ivanova GE, Melnikova EV, Shmonin AA, et al. Application of the International Classification of Functioning in the Process of Medical Rehabilitation. *Bulletin Rehab Med*. 2018;(6):2–77. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* Пацап Ольга Игоревна;

адрес: Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10;
ORCID: 0000-0003-4620-3922;
eLibrary SPIN: 6460-1758;
e-mail: cleosnake@yandex.ru

Таирова Раиса Таировна, канд. мед. наук;

ORCID: 0000-0002-4174-7114;
eLibrary SPIN: 9568-1330;
e-mail: tairova-r@mail.ru

AUTHORS' INFO

* Olga I. Patsap;

address: 1/10 Ostrovityanova street, 117997 Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0003-4620-3922;
eLibrary SPIN: 6460-1758;
e-mail: cleosnake@yandex.ru

Raisa T. Tairova, MD, Cand. Sci. (Med.);

ORCID: 0000-0002-4174-7114;
eLibrary SPIN: 9568-1330;
e-mail: tairova-r@mail.ru

Бугаева Татьяна Владимировна;

ORCID: 0000-0002-4893-8482;

e-mail: bugaeva.t@inbox.ru

Полева Елена Николаевна;

ORCID: 0000-0001-9000-2170;

e-mail: poleva.e@fccps.ru

Иванова Галина Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор;

ORCID: 0000-0003-1496-8576;

eLibrary SPIN: 4049-4581;

e-mail: reabilivanova@mail.ru

Tatiana V. Bugaeva;

ORCID: 0000-0002-4893-8482;

e-mail: bugaeva.t@inbox.ru

Elena N. Poleva;

ORCID: 0000-0001-9000-2170;

e-mail: poleva.e@fccps.ru

Galina E. Ivanova, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;

ORCID: 0000-0003-1496-8576;

eLibrary SPIN: 4049-4581;

e-mail: reabilivanova@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author