803 зловещих мертвеца приказа Минздрава 804н

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 21 ноября 2017, 10:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10931

Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих медицинскую деятельность, занятие для специалистов сферы здравоохранения полезное и, порой, увлекательное. Особенно, когда предметом рассмотрения оказываются свежие произведения нашего отраслевого ведомства.

Уважаемые коллеги! В этой работе мы разберём некоторые свойства одного из таких документов – приказа Минздрава России от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Документ зарегистрирован в Минюсте России 7 ноября 2017 года за № 48808 и вступает в силу с 1 января 2018 года. Скачать его можно здесь .

Казалось бы, чего там разбирать? Номенклатура есть номенклатура, кодированный справочник прикладного значения. Но задачи, для решения которых должен использоваться тот или иной справочник, предъявляют определённые требования к его содержанию. И вот тут часто возникает вопрос, отвечает ли оно этим требованиям? Для того, чтобы оценить соответствие новой Номенклатуры медицинских услуг (далее – Номенклатура) задачам, при решении которых она используется, необходимо сначала определить спектр этих задач и их характер. С них и начнём.

Ясно, что все задачи, связанные с использованием Номенклатуры, должны так или иначе относиться либо к регулированию сферы здравоохранения, либо к организации медицинской деятельности. Причём, в рассматриваемой теме вторые проистекают из практических эффектов, производимых первыми, т.е., вторичны. В первой группе можно очертить три взаимосвязанных и в значительной степени пересекающихся области, где Номенклатура нужна: управленческие, экономические и правовые задачи. Они настолько связаны между собою, что рассматривать их изолированно друг от друга затруднительно. Лучше выделить наиболее важные задачи, для решения которых наличие Номенклатуры необходимо, а их отнесение к той или иной области в целях настоящей работы принять не имеющим принципиального значения.

Первая задача, конкретно обозначенная в п. 4 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ-323), – разработка стандартов медицинской помощи. А те, в свою очередь, необходимы для организации медицинской помощи и обеспечения её качества (п. 1 ст. 37, ч. 4 ст. 10, ч. 2 п. 1 ст.79 ФЗ-323). Позволяет ли новая Номенклатура формировать стандарты медицинской помощи? Это, смотря какие. Здесь мы должны отметить некоторые существенные отличия новой Номенклатуры от её предшественников, часть из которых оказывает непосредственное влияние на возможность разработки стандартов медицинской помощи,

Phoca PDF

отвечающих потребностям здравоохранения в организации медицинской помощи и обеспечении её качества.

В «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении», утверждённой Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации 12 июля 2004 года (как и в аналогичном по структуре, но значительно расширенном по составу работ и услуг проекте Номенклатуры 2007 года, который так и не был принят), помимо общей части, содержались следующие разделы:

Раздел А – «Простые медицинские услуги».

Раздел В – «Сложные и комплексные медицинские услуги».

Раздел С – «Сложные и комплексные услуги. Состав».

Раздел D – «Манипуляции, исследования, процедуры и работы в здравоохранении».

Раздел F – «Услуги медицинского сервиса».

Приложение – Реестр работ и услуг с указанием условных единиц трудозатрат.

Из них в новой Номенклатуре, как и в утверждённой приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с учётом всех дополнений)и действующей до конца этого года, имеются только первых два раздела:

Раздел «А» – включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Содержит 9581 позиций.

Раздел «В» – включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Содержит 803 позиции.

То есть, новая Номенклатура, по сравнению с Номенклатурой 2004 года, не содержит составов сложных и комплексных медицинских услуг, сервисных услуг, иных услуг и работ, сопровождающих оказание медицинской помощи (которая всегда шире набора включаемых в неё медицинских услуг), условных единиц трудозатрат врача и медсестры (далее – УЕТ), а также услуг и работ в сфере здравоохранения, не

Phoca PDF

связанных с оказанием медицинской помощи конкретному пациенту, но необходимых в организации медицинской помощи и медицинской деятельности хозяйствующих субъектов.

Стандарты медицинской помощи 2004 – 2007 годов были целиком построены на простых медицинских услугах, несмотря на неплохо проработанный в Номенклатуре 2004 года раздел сложных и комплексных медицинских услуг (Раздел С), составы которых включали простые медицинские услуги, как обязательные, так и выполняющиеся по показаниям (определение которых относится к компетенции лечащего врача). Наблюдать сложнейшее нейрохирургическое вмешательство рядом с постановкой очистительной клизмы в стандартах медицинской помощи было забавно, но в этом был свой резон. Использование в стандартах медицинской помощи исключительно простых медицинских услуг позволяло без лишних раздумий (в т.ч. об избыточном объёме этих документов, что в масштабах страны безусловно связано с немалыми дополнительными расходами) устанавливать параметры частоты и кратности их применения. Звучали и другие нарекания к стандартам медицинской помощи того времени. Они утверждались приказами отраслевого министра, но не проходили регистрации в Минюсте России, и их правовой статус сомнителен. Немалая их часть, однако, действует до сих пор.

В стандартах медицинской помощи 2010 – 2012 годов сложные и комплексные медицинские услуги стали появляться, как и в разработанных в последующие годы. Но, вот беда: из Номенклатуры 2011 года исчезли их составы! Без них стандарты медицинской помощи местами стали напоминать рецепт изысканного пирога такого вида: «замес теста, подготовка начинки, выпекание». Ясно, что организовать медицинскую помощь правильно на основе таких стандартов медицинской помощи вряд ли возможно, как не получить по такому рецепту хорошего пирога. Ответы на вопросы о том, сколько в среднем времени нужно специалистам, принимающим участие в оказании медицинской помощи в случаях, предусмотренных «моделями пациента», и какое им требуется оборудование, получить теперь не представляется возможным.

Отсутствие составов сложных и комплексных медицинских услуг негативно влияет также на контроль исполнения потерявших часть своего фактического содержания стандартов медицинской помощи во всех формах – внутреннего, ведомственного, вневедомственного и государственного контроля. Его объективность в немалой степени утрачивается.

Ещё одна задача государственной важности, решение которой без Номенклатуры невозможно в принципе – формирование базовой и территориальных программ государственных гарантий (далее – ПГГ) оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ-326), и расчёт их

Phoca PDF

реальной стоимости. От её успешного решения зависят реализация конституционных прав граждан на медицинскую помощь (ч. 1 п. 3 и п. 7 ст. 80, п. 3 и ч. 1 ст. 4 ст. 81 ФЗ-323) и адекватное возмещение затрат медицинских организаций, участвующих в реализации ПГГ, на медицинскую помощь, оказываемую гражданам бесплатно в системе ОМС (ст. 30, п.п. 3, 4 ст. 35, п.п. 2, 8 ст. 36, ч. 11. п. 4 ст. 44 ФЗ-326). Последнее определяет их финансовую устойчивость и развитие, а для многих из них и выживание.

Реальная стоимость ПГГ, упрощённо, есть произведение потребности граждан (застрахованного по умолчанию населения) в медицинской помощи того или иного рода и фактических затрат на её оказание. И если о потребности населения в медицинской помощи можно судить (в определённых пределах, которые необходимо учитывать) на основе данных статистики, то расчёт стоимости затрат на оказание медицинской помощи представляет собой очевидные трудности. Слишком много переменных: частных (вид медицинской помощи, уровень и условия её оказания, характер заболевания и варианты клинического течения, особенности больного и т.д.), географических, демографических, социальных (включая социальные гарантии), и других, в т.ч. управленческих (например, применяемые руководителями различных уровней экономические методы управления).

Собственно, есть два принципиально различных способа расчёта затрат на оказание медицинской помощи: непосредственный расчёт фактических затрат и расчёт затрат для типовых моделей. Первый практически не используется по причине невероятной трудоёмкости тотального расчёта, а также ошибки накопления погрешности, величина которой зависит от сложности анализируемой системы и глубины вычислений (справедливости ради, необходимо отметить возможность триумфального возвращения этого метода с развитием информационных технологий). А второй возможен лишь при условии предварительного создания типовых моделей, в максимальной степени приближенных к реальности во всём её многообразии и, в то же время, универсальных, позволяющих производить расчёты для многих близких по своим свойствам ситуаций, не сильно отклоняясь от истины. И вот тут-то без Номенклатуры не обойтись никак, т.к. медицинские вмешательства (т.н. «медицинские услуги»), наряду с лекарственными препаратами, имплантируемыми медицинскими изделиями, диетическим питанием и компонентами крови составляют фактическое наполнение стандартов медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи – основа типовой модели расчёта затрат на оказание медицинской помощи, какую бы форму ни принимала сама модель.

Первый вариант типовой модели расчёта стоимости медицинской помощи был заложен в стандарты медицинской помощи 2004 – 2007 годов. И здесь мы должны вновь вернуться к вопросу об отличиях новой Номенклатуры от Номенклатуры 2004 года. Они существенные.

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 21 ноября 2017, 10:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10931

В содержании новой Номенклатуры, помимо исчезновения многих разделов, о которых мы говорили выше, произошли и другие изменения. Из общей части, по сравнению с Номенклатурой 2004 года, ещё в 2011 году выброшены, в новую редакцию не возвращены и в других отраслевых документах отсутствуют: методика расчёта затрат на медицинскую помощь и всё, что для этого необходимо: УЕТы врача и медсестры, методики расчёта затрат на простые медицинские услуги, на сложные и комплексные медицинские услуги и УЕТ, таблицы коэффициентов использования рабочего времени и маржинальности, значения поправочных коэффициентов в зависимости от сложности и условий выполнения услуг и многие другие важные вещи. Как это повлияло на возможность расчёта затрат на оказание медицинской помощи и ПГГ? Абсолютно и негативно. Без этих данных правильный расчёт невозможен. Поясним этот тезис.

Медицинские вмешательства выполняют люди – врачи и средние медицинские работники, получающие зарплату, «привязанную» к продолжительности рабочего времени. Отсюда, расчёт затрат на оказание медицинской помощи не может обойтись без детальной проработки вопросов использования рабочего времени врачей и средних медицинских работников, требующегося для полноценного оказания медицинской помощи, и его оплаты. Соответственно, модель расчётов должна содержать весь необходимый функционал, связывающий рабочее время специалистов и содержание медицинской помощи, а также методики, применяемые на каждом этапе расчётов.

В Номенклатуре 2004 года одна УЕТа – эквивалент 10 минут рабочего времени врача или медсестры, и для всех медицинских услуг их количество было хоть и криво, но указано. Среднее количество УЕТ врача и медсестры, необходимых для выполнения той или иной простой медицинской услуги, определяется путём хронометража. Сложные и комплексные услуги содержат в своих составах обязательные простые медицинские услуги и медицинские услуги, выполняемые по показаниям, и, поэтому, количество УЕТ сложных и комплексных медицинских услуг не равно сумме УЕТ входящих в их составы простых медицинских услуг – тут надо учитывать статистику на каком-то этапе. Учитывать её можно одним из двух способов:первый годится для стандартов медицинской помощи, целиком построенных на простых медицинских услугах, как в серии 2004-2007 годов, второй – для стандартов медицинской помощи, включающих сложные и комплексные медицинские услуги. В первом варианте статистика отражается в самих стандартах медицинской помощи в виде параметров частоты и кратности выполнения простых медицинских услуг, во втором она должна быть отражена в УЕТах самой Номенклатуры. Вариант, где стандарты медицинской помощи включают сложные и комплексные медицинские услуги, для которых в Номенклатуре нет не только УЕТ, но даже и составов, лишён и научной основы, и практического смысла. И именно такое сочетание наблюдается в настоящее время.

Phoca PDF

Кроме того, следует учитывать факторы, влияющие на количество времени врача и медсестры, необходимого для выполнения сложных и комплексных медицинских услуг и даже простых медицинских услуг, и, соответственно, УЕТ. Прежде всего, медицинские вмешательства выполняются в контексте оказания медицинской помощи, и этот контекст всегда шире набора выполненных при этом медицинских вмешательств. Поскольку выделить обозначенную разницу в процессе хронометража полностью невозможно, она попадает в сами УЕТы в виде некоторого запаса времени, а для определения времени, необходимого для выполнения собственно медицинского вмешательства, в Номенклатуру 2004 года были введены дифференцированные коэффициенты.

Далее, возникает ряд условий, при которых необходимое время изменяется – при выполнении простых медицинских услуг в составе сложных и комплексных, одновременное выполнение медицинских вмешательств, сложность самих медицинских вмешательств и т.д. В Номенклатуре 2004 года были предложены ряд поправочных коэффициентов для обеспечения корректных расчётов рабочего времени в УЕТах. И только после того, как будет полностью рассчитано и выражено в УЕТах рабочее время специалистов, необходимое им для выполнения простых, сложных и комплексных медицинских услуг, можно приступать к расчёту затрат на оказание медицинской помощи.

Далее, возможно ли рассчитать реальные затраты на оказание медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи, если бы новая Номенклатура была бы дополненной новыми медицинскими услугами Номенклатурой образца 2004, а не 2011 года? Это была бы невероятно трудная, но решаемая задача. Трудная потому, что медицинская помощь оказывается десятками тысяч медицинских организаций, сотнями тысяч подразделений и миллионами медицинских работников. И стоимость УЕТы врачей и средних медицинских работников в каждой медицинской организации и в каждом её подразделении будет разной, ведь в неё закладываются как прямые, так и накладные расходы медицинских организаций, и даже рентабельность (методики расчёта затрат были изложены в Номенклатуре 2004 года). По сути, трудоёмкость расчётов в такой модели приближалась бы к прямому расчёту затрат на медицинскую помощь. Куда более логична и работоспособна модель, предусматривающая использование медико-экономических стандартов, или МЭСов.

В наиболее совершенном варианте, МЭСы представляют собой профильные наборы стандартов медицинской помощи с рассчитанными в УЕТах «моделями пациента» в их совокупности для данного профиля. Рассчитанными полностью, включая коэффициенты частоты и доли простых медицинских услуг в составе сложных и комплексных и др. Всё, что нужно ещё для полноценного расчёта затрат на оказание медицинской помощи в этой модели, помимо полных «профильных» комплектов корректных стандартов медицинской помощи и не ущербной, а содержащей все разделы

Phoca PDF

Номенклатуры – определить цену УЕТы для различных типовых подразделений, что экономисты делают без особого труда, а также просчитать стоимость необходимого лекарственного обеспечения, имплантируемых устройств, компонентов крови и питания.

Ещё одна модель расчётов предусматривает использование более крупных структурных единиц в различных вариантах – клинико-статистических, клинико-затратных или клинико-профильных групп (далее – «КСГ»), за счёт чего заметно снижается «бремя расчётов». КСГ – это группировки МЭСов по их сходным признакам – прежде всего, профилю деятельности, стоимости, применяемым методам диагностики и лечения и используемым ресурсам. Ясно, что правильно сформировать КСГ без полного расчёта МЭСов и определённого опыта их использования, позволяющего уточнить те или иные методики и коэффициенты, а также их регулярного (допустим, раз в 5 лет) перерасчёта попросту невозможно.

Зарубежный опыт подтверждает эти соображения. Например, американская система DRG (Diagnostic Related Group, или «диагностически-связанные группы»). При применении этой системы цена услуги зависит не от количества койко-дней лечения и не от стоимости фактически израсходованных медикаментов и проведенных манипуляций, а от того, к какой диагностической группе относится пациент – с учетом его диагноза, возраста, сопутствующих заболеваний и ряда других критериев. Система DRG была разработана в Йельском университете (США) и впервые внедрена в 1983 году в рамках программы государственного медицинского страхования MEDICARE. Впоследствии она была изменена и усовершенствована. При её разработке были проанализированы более трёх миллионов историй болезни. Подобные системы оплаты введены в Германии и других странах (Австралия, Австрия, Великобритания, Германия, Голландия, Испания, Ирландия, Италия, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция, Эстония, Польша). Для расчёта КСГ на основе ретроспективного статистического метода требуется переработать колоссальный объём данных о случаях оказания медицинской помощи и произведённых при этом фактических затратах, на что требуется 5–10 лет масштабной аналитической работы, о проведении которой было бы известно.

Наш многолетний опыт разработчиков убедительно показывает: КСГ на основе МЭСов сформировать и рассчитать можно гораздо быстрее, и для этого не требуется значительных ресурсов. Задача решаема при соблюдении определённых условий, о главных из которых мы выше уже говорили. Конечно, без искренней заинтересованности системы здравоохранения в лице руководителей федерального уровня ничего не получится. И мы определённо можем заключить, что МЭСы на федеральном уровне никогда не были рассчитаны. Они не могли быть рассчитаны по изложенным выше причинам. И не совсем ясно, почему Минздрав со всей своей мощью, со всеми своими научно-исследовательскими институтами не может десятилетиями создать то, что оказалось под силу маленькой

Phoca PDF

команде, и, вместо того, чтобы просто сделать дело, только ещё больше запутывает и деформирует отраслевую нормативную правовую базу, создавая условия, при которых дело сделано быть уже не может.

Ту работу, которую проводит Минздрав совместно с ФФОМС и другими заинтересованными структурами в отношении КСГ, можно назвать увлекательными играми в коэффициенты, не имеющими под собой ни научной, ни фактической основы. Бонусом к игрушечным коэффициентам прилагается перекладывание ответственности на регионы. Соответственно, все прозвучавшие заявления о намерениях рассчитать реальные затраты на оказание медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи, о якобы рассчитанной стоимости стандартов медицинской помощи и о будто бы рассчитанной на этой основе стоимости ПГГ, судя по всему, являются попытками выдать желаемое за действительное, и, не исключено, преследуют целью ввести в заблуждение руководителей страны и её народ. Новая Номенклатура выдаёт эту ложь тем, что в принципе не позволяет решить заявленные задачи.

Может, новая Номенклатура способствует более эффективной защите прав граждан на охрану здоровья? Предположим. Но в чём это будет выражаться?

Выше мы уже рассмотрели вопросы, которые, очевидно, этому препятствуют глобально, в форме произвольных ПГГ, рассчитываемых не от реальной потребности граждан в охране здоровья, в соответствующей инфраструктуре здравоохранения и её надёжной и эффективной работе, а от того, сколько депутаты и чиновники выделили денег, сколько из них потеряли впустую вследствие несовершенства системы здравоохранения и сколько бизнеса загнали в тень. Многолетнее недофинансирование отрасли вкупе с нерациональным расходованием имеющихся ресурсов не может благоприятным образом сказываться на защите прав граждан на охрану здоровья.

А что же новая Номенклатура даёт гражданам в плане защиты их прав в частных взаимоотношениях с медицинскими организациями и медицинскими работниками? Без составов сложных и комплексных медицинских услуг – ничего. У врача есть знания, опыт, определённые правила, врачебная этика, (какая-никакая) мотивация и надёжные профессиональные источники информации, у больного – его страдание, а также предрассудки, мнения окружающих, недостоверные обывательские источники информации и озабоченность своими правами (зачастую большая, чем здоровьем). Конфликты на фоне непонимания неизбежны, и новая Номенклатура здесь никакой роли не играет, ибо ясности не вносит ни во что. Что есть она, что нет – без разницы.

Есть ещё одна, пока перспективная, область задач, для решения которых понадобится Номенклатура. А именно – формирование т.н. системы

Phoca PDF

«допусков» или «компетенций» взамен документа, подтверждающего право работы по специальности, или в виде уточняющих приложений к нему. Здесь УЕТы не нужны, но нужны составы сложных и комплексных медицинских услуг, которые могут «перекочевать» в профессиональные стандарты и преобразоваться в «навыки специалиста». Очевидно, проделав этот путь и пережив все преобразования, там они и останутся, подвергаясь периодически каким-то уточнениям. Обратный ход невозможен. В дальнейшем, если в Номенклатуре составы сложных и комплексных услуг, всё же, появятся, возникнет множество противоречий и, вместе с ними, потребность в переработке всех профессиональных стандартов.

Немало задач в сфере здравоохранения требуют для своего успешного решения использования современных информационных технологий. Информатизация давно уже из желательных опций превратилась в обязательное условие здравоохранения и медицинской деятельности. Причём, обязательность эта продиктована самой жизнью. Может, здесь новая Номенклатура развернётся в блеске своих достоинств?

Чёрный юмор. Кроме указанных выше свидетельств её неполноценности, следует отметить ещё один дефективный признак: путаницу с кодами! Всего пара примеров из множества, как мы выяснили, только приступив к сопоставлению документов в оболочке электронных таблиц с несложным автоматизированным анализом: в Номенклатуре 2011 года «Установка инсулиновой помпы» имеет код «А23.22.001», в новой – «А11.05.005»; в Номенклатуре 2011 года «Рефлексотерапия при заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки» имеет код «А21.01.010», в новой – «А21.01.011», при этом в новой Номенклатуре код «А21.01.010» имеет.. «Пирсинг»! Что это означает?

В очередной раз «поехали» все оцифрованные справочники, нарушена работа и разрушена преемственность информационных систем, не могут работать стандарты информационного обмена, и т.д., и т.п. Статистика рыдает горючими слезами на пару с разработчиками информационных систем, все врачи, сотрудники администраций и руководители медицинских организаций, чиновники региональных органов управления здравоохранением, федерального и регионального фондов медицинского страхования и все другие их пользователи проклинают авторов новой Номенклатуры.

Появление такой Номенклатуры влечёт за собой негативные последствия для здравоохранения, на устранение которых уйдёт в масштабах страны неимоверное количество времени и денег. О необходимости эффективного использования ресурсов здравоохранения говорится много, но редко конкретно. Новая Номенклатура являет собой предельно конкретный пример тотального принуждения к неэффективному расходованию средств. В этой части всё очень печально.

Phoca PDF

803 зловещих мертвеца приказа Минздрава 804н

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Вторник, 21 ноября 2017, 10:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 10931

Вот, какие задачи будет реализовать с новой Номенклатурой возможно и даже легко, так это прокорм органов и организаций, так или иначе связанных с потребительским контролем. Проверки на предмет соответствия прейскурантов на услуги медицинских организаций новой Номенклатуре стартуют сразу после окончания январских праздников Нового 2018 года. И проверяющих не смутят 803 бесплотных мертвеца сложных и комплексных медицинских услуг из организационно, юридически и экономически мёртвого документа, коль дают они предлог к питанию.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF