

УДК 614.2 (085.7)

ВЛИЯНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ

Г.Т. Корабаева, А.К. Альмадиева, В.В. Койков, А.Б. Абдрахманов, Ю.С. Сидоркина

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье приведен анализ влияния человеческого фактора на использование медико-экономических тарифов. Некачественное заполнение стационарных карт (ф 066/у), вследствие недостаточного уровня навыков врачей в работе с АИС «Стационар», привело к значительным количественным и качественным дефектам объема выполнения МЭТ, что соответственно могло повлиять и на эффективность лечения.

Тұжырым

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАРИФТЕРДІ ҚОЛДАНУЫНДА АДАМ ФАКТОРЫНЫҢ ӘСЕРІ

Келесі мақалада медициналық-экономикалық тарифтерді қолдануында адам факторының әсерін талдау жүргізілген. "Стационар" ААЖ-ны дәрігерлер қажетті деңгейде меңгермегендіктен, статистикалық карталарды сапасыз толтыру салдарынан медициналық-экономикалық сыйымдылығының сапа-молшерік дефектілеріне әкелді. Бұл емдеу нәтижесіне де әсер етуі мүмкін.

Summary

THE INFLUENCE OF THE HUMAN FACTOR IN USE OF MEDICAL AND ECONOMICAL TARIF

Article describes an analysis of the influence of human factors in use of medical - economic tarif. Improper filling of stationary maps (p 066 / y) due to an insufficient level of skills of doctors in dealing with AIS "Statsionar" the hospital has resulted in significant quantitative and qualitative defects in the volume of the implementation of the MET, respectively, which could influence to effectiveness of treatment.

Актуальность. Как известно, в 2010 году прошел 1 этап внедрения, который включил в себя централизацию ГОБМП (стационарная и стационарозамещающая помощь). В результате внедрена совершенно новая модель финансирования, ориентированная на конечный результат и оплату за фактические расходы на оказание медицинской помощи [1].

Согласно приказу МЗ РК № 801 от 26 ноября 2009 г., *медико-экономический тариф (МЭТ)* – это интегральная стоимостная характеристика медико – экономических протоколов за один пролеченный случай.

Медико-экономические протоколы вошли в основу медико-экономических тарифов (МЭТов), которые состоят из двух основных частей: переменной и постоянной. Переменная (медицинская) часть протокола определяет необходимые для лечения основные и дополнительные диагностические исследования, медикаменты, операционные медикаменты, медикаменты для анестезии, дополнительные лечебные мероприятия, их необходимое количество, цену за единицу и общую стоимость. Постоянная (экономическая) часть приводит сводный расчет стоимости лечения одного случая, включающий зарплату медицинским работникам, социальные отчисления, питание для основной и дополнительной частей протокола [2-4].

Для анализа применения медико-экономических тарифов были использованы следующие составные части МЭТ: лабораторные, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты. Категория «медикаменты» в МЭТ включает основные и дополнительные медикаменты, медикаменты в отделении, операционные, для анестезии, а также включает расходные материалы и мягкий инвентарь (такие как шприцы, вата, устройства для внутривенных вливаний и др.)

Цель исследования: В 2010 году на базе РГП «Институт развития здравоохранения» в рамках научно-исследовательской программы «Разработка науч-

но-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций» был проведен анализ применения медико-экономических тарифов на примере Городской больницы №1 г. Астана.

При применении МЭТ в ГБ№1 были обнаружены значительные дефекты, выраженные несоответствием перечня предоставленных лечебно-диагностических мероприятий рекомендациям медико-экономических тарифов (МЭТов).

Материалы и методы исследования: Анализ дефектов применения МЭТ был проведен для 120 случаев по форме 066/у с диагнозами: «Острый аппендицит неуточненный» (30 форм), «Сальпингит и оофорит» (60 форм), «Нестабильная стенокардия» (30 форм) в хирургическом, гинекологическом и кардиологическом отделениях Городской больницы №1 г. Астана в 2010 году. Данные для анализа были взяты из экспертированной базы данных АИС - «Стационар» Комитета оплаты медицинских услуг. Каждая форма 066/у анализировалась на соответствие проведенного лечения и МЭТ 06-062б «Острый аппендицит. Аппендэктомия неосложненная, общий наркоз», МЭТ13-124а «Сальпингит и оофорит», МЭТ 05-053а «Нестабильная стенокардия». Для анализа были использованы основные составные части МЭТ - лабораторные исследования, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты.

Данные статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у) каждого пролеченного случая были внесены в таблицы, где рассчитано общее количество всех предоставленных исследований и медикаментов (как рекомендованных в МЭТ, так и не упоминаемых в МЭТ) для 120 пролеченных случаев.

Результаты и обсуждение: Подводя итоги результатов проведенного исследования можно вынести следующие выводы:

1. Медико-экономические тарифы направлены на достижение полноты объема оказания медицинской помощи населению в рамках ГОБМП в соответствии с протоколами диагностики и лечения для достижения конечного результата. Однако, исследования практических аспектов применения МЭТ в пилотной организации по профилям (хирургический, гинекологический, кардиологический) указывают на значительные отклонения от МЭТ (и лежащих в их основе протоколов диагностики и лечения) как по количественной характеристике, так и качественному составу оказанных медицинских услуг.

2. В результате анализа применения МЭТ нами были выявлены значительные отклонения по затратам. При лечении 30 случаев с диагнозом К 35.9 «Острый аппендицит неуточненный» в хирургическом отделении фактические затраты превысили рекомендованные МЭТ 06-0626 затраты более чем в два раза. Дефект объема выполнения МЭТ составил +108%. На лечение 60 случаев с диагнозом N 70.0 «Острый сальпингит и оофорит» в гинекологическом отделении фактические затраты превысили МЭТ 13-124а на +51%. Только при лечении 30 случаев с диагнозом I 20.0 «Нестабильная стенокардия» в кардиологическом отделении фактические затраты превысили МЭТ 05-053а лишь на 10%. Таким образом, фактические затраты на стационарное лечение двух из трех проанализированных диагнозов в пилотном стационаре значительно превышают допустимый коридор отклонения от МЭТ +/- 15%.

3. Количество предоставленных медицинских услуг, в том числе медикаментов, не соответствует рекомендациям МЭТ. Дефекты объема выполнения МЭТ по количеству предоставленных медикаментов составляют -91%, -55% и -89% в профильных отделениях. В большинстве случаев дефекты объема предоставления рекомендованных МЭТ обязательных лабораторных и инструментальных исследований составляет более -90% а во многих случаях -100%, то есть эти исследования не проводились вообще. Пациенты в значительной мере «недополучают» гарантированные им медицинские услуги. Дополнительные лечебные мероприятия, которые в МЭТ имеют вероятность 10% или 40% во всех случаях не проводились вообще. В тоже время, пациентам в стационаре было предоставлено большое количество непредусмотренных МЭТ исследований и медикаментов. Однако, во всех случаях дефекты объема выполнения МЭТ (если рассчитать их по количеству предоставленных и рекомендованных МЭТ услуг) не корректно отражают «недоработки» стационара и «недополучение» пациентами гарантированного объема бесплатных медицинских услуг. Во всех трех случаях в МЭТ среди медикаментов указаны мягкий инвентарь, расходные материалы или кислород в больших количествах, которые не указываются в анализируемой форме 066/y.

С другой стороны, такие значительные количественные и качественные отклонения от МЭТ указывают также на тот факт, что поставщики медицинских услуг на местах не имеют доступа к МЭТам. Чаще всего поставщики имеют доступ только к той части МЭТ, которая внесена в базу данных АИС-«Стационар». Это просто суммарная стоимость одного пролеченного случая, разбитая на зарплату, социалог, питание и медикаменты. Однако, ни медикаменты, ни необходи-

мые исследования в базе данных не указываются. А сами МЭТы с указанием необходимых для диагностики и лечения исследований и медикаментов не были распространены среди поставщиков услуг. Отсутствие прозрачности содержания МЭТ приводит к тому, что поставщики не знают какие именно диагностические и лечебные услуги гарантированы пациентам в каждом случае. Многие из обязательных диагностических и лечебных услуг или не проводилось или проводились в количестве, не соответствующим МЭТам данного диагноза; присутствуют значительное число случаев полипрагмазии, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Также следует учесть, что качество заполнения стат. карт оставляет желать лучшего. АИС «Стационар» является совершенной автоматизированной информационной системой, которая, как было указано выше, формирует и статистические данные. Имеет место множество ошибок при шифровке основного клинического диагноза по МКБ X, что приводит к неверному выбору МЭТа. При этом врачами не указываются сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания, что может привести к формированию ошибочных статистических данных по заболеваниям. Присутствует вероятность того, что данные в программу заносятся не самим врачом, а средним медицинским персоналом, которые не владеют соответствующей компетенцией, что также может исказить истинные результаты и показывать «виртуальную» неэффективность лечения [5].

Если поставщики медицинских услуг будут иметь доступ к МЭТам, «видеть» рекомендованные лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, дополнительные лечебные мероприятия и медикаменты для каждого диагноза, и будут профессионально работать с ними, дефекты объема выполнения МЭТ значительно сократятся, что повысит качество и доступность медицинской помощи населению.

Литература:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.
2. Виталюева М.А., Кузнецова С.П., Рутковская О.И. 2008. Расчет стоимости медико-экономического стандарта оказания медицинской помощи (опыт Санкт-Петербурга). Менеджер здравоохранения // С. 33- 38.
3. Обухова О.В., Базарова И.Н., Гавриленко О.Ю. 2008. Проблемы внедрения медико-экономических стандартов в учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь. Социальные аспекты здоровья населения.
4. Макарова Т.Н., Лебедева Н.Н. «Основные проблемы внедрения новых методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования». Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 1-2 ноября 1995, г. Ижевск, с. 69.
5. Крылдакова А.С. Пути и проблемы внедрения ЕНСЗ в Жамбылской области по итогам первого года работы // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2011. – №2. -с.30-31.