

БЕЗ ТРУДНОСТЕЙ ПЕРЕХОДА

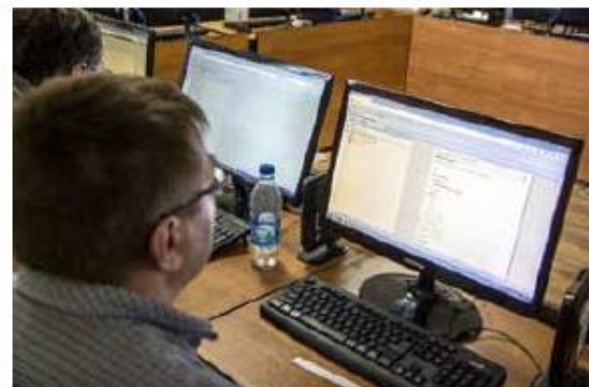
С 1 июля 2014 года в Пермском крае действует система оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ). Если раньше при расчёте стоимости лечения во главу угла ставилась длительность госпитализации, то сейчас – сложность оказываемой медицинской помощи. Однако никаких трудностей в связи с переходом на новую формулу расчёта стоимости лечения сотрудники медицинских организаций, ТФОМС и страховых компаний испытать не должны. Собрать дополнительные данные и учиться считать по-новому не придётся – механизм автоматического подсчёта страховых сумм за стационарную помощь на основе КСГ внедрён в региональную информационно-аналитическую медицинскую систему («ПроМед»).

Раньше сумма, которую получала медицинская организация за каждый случай лечения, зависела, в первую очередь, от количества койко-дней, проведённых пациентом в отделении. Количество койко-дней, в свою очередь, определялось медико-экономическими стандартами. Сейчас эта сумма зависит от того, к какой клинико-статистической группе относится случай лечения (всего выделено 202 КСГ), какой диагноз поставлен пациенту, насколько сложные и затратоёмкие услуги были ему оказаны, сколько дней человек пролежал в больнице, завершён ли случай лечения или пациента перевели в другое отделение. Помимо этих ключевых факторов, на окончательную сумму может влиять масса других параметров, например, пол и возраст пациента, вес (если речь идёт о новорожденном), наличие сопутствующих диагнозов и т.д.

Чтобы определить стоимость случая лечения, нужно умножить базовую ставку оплаты медицинской помощи в стационарных условиях (для Пермского края она установлена на уровне 19 500 рублей) на различные повышающие и понижающие коэффициенты. Каждый случай лечения может относиться к одной из нескольких десятков тысяч возможных комбинаций этих коэффициентов. Чтобы понять, какие именно коэффициенты применить в том или ином случае, и посчитать итоговую сумму за лечение пациентов вручную, потребовался бы огромный объём трудовых

и временных затрат. Но на практике сотрудников медицинских организаций, ТФОМС и страховых компаний сложности подсчёта не коснутся – этот процесс осуществляется в автоматическом режиме.

«Раньше врач вводил в «ПроМед» диагноз и, если пациенту была сделана операция, указывал наименование услуги. Система автоматически определяла соответствующие диагнозу медико-экономические стандарты. Сейчас врач по-прежнему вводит диагноз и наименование услуги, а система автоматически определяет, к какой КСГ относится случай лечения и какие коэффициенты нужно применить», – рассказывает специалист учебного центра компании «СВАН» Марк Федосеев. – «Изменилась только кодировка услуг: раньше вводились услуги из регионального справочника ТФОМС, сейчас – услуги из справочника ГОСТ-2011. Это связано с тем, что система оплаты на основе КСГ внедряется на федеральном уровне. В интерфейсе автоматизированного рабочего места врача в «ПроМед», по сути, всё осталось, как раньше. Добавилась только одна новая строчка под названием КСГ, которая заполняется автоматически. Законченные случаи лечения, как и раньше, автоматически попадают в реестр для ТФОМС. В итоге с точки зрения сбора и обработки информации для сотрудников медицинских организаций ничего не изменилось».





На анализ данных, которые учитываются в новой формуле, разработку алгоритма автоматического подсчёта стоимости лечения, внедрение этого алгоритма в РИАМС «ПроМед», тестирование и устранение ошибок ушло около трёх месяцев. «У нас в распоряжении был только файл с перечнем КСГ и поправочных коэффициентов и письмо ФОМСа, поясняющее принципы выбора КСГ», – рассказывает системный аналитик компании «СВАН» Леонид Русаков. – «Нужно было придумать, как хранить всю эту информацию, какие таблицы должны быть в базе данных, учесть все связи между КСГ, диагнозами, услугами, данными пациента и другими параметрами и, наконец, разработать алгоритм автоматического подсчёта стоимости лечения».

РИАМС «ПроМед» используется в нескольких регионах, и первой территорией, для которой был разработан этот алгоритм, стала Башкирия – там система оплаты по КСГ действует с февраля. «После Башкирии мы внедряли аналогичную систему подсчёта страховых сумм в Карелии и Астраханской области», – продолжает Леонид Русаков. – «Когда очередь дошла до Пермского края, нам оставалось только адаптировать уже опробованную на практике схему под некоторые региональные особенности. Во-первых, в разных регионах действуют разные принципы формирования реестров счетов. Во-вторых, ТФОМС Пермского края немного изменил федеральные КСГ, например, добавил дополнительные группы, ввёл коэффициент, учитывающий вес новорожденного, разделил случаи лечения детей в возрасте до и после 8 лет и т.д. На все эти доработки и внедрение ушло около трёх недель».

Первые реестры счетов, составленные с учётом нового механизма определения стоимости стационарного лечения, отправились в ТФОМС Пермского края в начале августа. По словам разработчиков, на скорость формирования реестров новый алгоритм подсчёта страховых сумм не повлияет – всё будет проходить в штатном режиме. ☐

Движение пациента: Добавление

Пациент: ТЕСТ АРТУР ИВАНОВИЧ Д/р: 13.08.1987 г.р.

1. Установка случая движения

Дата поступления: 19.08.2014 Время: 17:42 Сопровождается взрослым: 0. Нет

Дата выписки: Время:

Отделения: 1100. Отделение (хирургия)

Палата:

Вид оплаты: 1. ОМС

Вид тарифа:

Врач: ВАСИЛЕВСКАЯ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

Основной диагноз: S00.1 Ушиб века и окологлазничной области

Стадия/фаза:

Расшифровка:

МЭС:

Норматив:

Факт:

КСГ: 94. Болезни глаза

Коэффициент КСГ: 0.68