CMS регулирует не то — как исправить удаленный мониторинг пациентов, не потеряв качество ухода

Источник: MedCity News

Дата публикации: 2024-08-01

Оригинал: https://medcitynews.com/2026/11/cms-is-regulating-the-wrong-thing-heres-how-to-fix-remote-patient-monitoring-without-losing-the-care/

оплата медицинских услуг | политика здравоохранения | регулирование | телемедицина | удаленный мониторинг пациентов

Предлагаемое Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS) расписание гонораров для врачей на 2027 год вносит ряд изменений в правила Medicare, касающиеся удаленного физиологического мониторинга (RPM) и удаленного терапевтического мониторинга (RTM). Предложение требует проведения инициализирующего визита перед началом оказания услуг RPM или RTM, распространяет требование об установлении отношений с пациентом на услуги RTM и разрешает оплату услуг RPM и RTM только в том случае, если клинический персонал, оказывающий эти услуги, является прямым сотрудником практикующего врача или медицинской практики, подающей счет.

CMS заявляет, что эти изменения частично направлены на решение проблем целостности программы, выявленных Канцелярией инспектора Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS OIG), включая доказательства того, что некоторые получатели услуг Medicare, проходящие мониторинг RPM, не получали все необходимые компоненты услуги. Это проблема, которую стоит решить.

Однако предлагаемое CMS решение поднимает фундаментальный вопрос: почему Medicare должна определять, кто имеет право предоставлять услуги удаленного мониторинга, спрашивая, кто нанимает медсестру, а не того, кто несет ответственность за уход за пациентом?

Целью любого нового правила не должно быть сохранение каждой существующей бизнес-модели RPM, а сохранение высококачественной удаленной помощи при одновременном устранении практик, создающих проблемы надзора и целостности программы, которые пытается решить CMS.

CMS права в отношении проблемы: удаленный мониторинг требует подотчетности

В предлагаемом правиле CMS конкретно утверждается, что аутсорсинг может привести к фрагментации помощи, недостаточному участию и надзору со стороны практикующего врача, подающего счет, или к оказанию услуг, которые не удовлетворяют всем требованиям RPM или RTM. CMS также реагирует на задокументированные проблемы в существующей системе. Отчет HHS OIG показал, что 43% застрахованных по программе Medicare пациентов, получавших услуги RPM в 2022 году, не получали все три требуемых компонента услуги.

Ответом на эти проблемы должна быть более строгая подотчетность за оказываемую помощь, а не обязательно запрет на организационную структуру, используемую для ее оказания. Статус сотрудника по форме W-2 сам по себе не устанавливает, осуществляет ли врач надлежащий надзор за уходом, просматриваются ли оповещения, вовлекаются ли пациенты или услуга клинически интегрирована в уход за пациентом.

Напротив, контрактная клиническая команда может быть обязана соблюдать определенные стандарты надзора, документации, эскалации, коммуникации и результатов лечения пациентов. Следовательно, регуляторным вопросом должен быть следующий: кто несет ответственность за уход и может ли эта ответственность быть продемонстрирована?

Для материнского здоровья ценность RPM заключается в том, что происходит между визитами

Широкие и масштабные изменения политики имеют последствия как в восходящем, так и в нисходящем направлениях. Хотя CMS в первую очередь рассматривает более широкую категорию возмещения расходов и удаленного мониторинга пациентов, существует меньший сегмент, где

услуги удаленного мониторинга пациентов абсолютно важны: материнское здоровье. Беременность и послеродовой период иллюстрируют, почему это различие имеет значение. Клиническое состояние пациента может измениться между запланированными приемами. Удаленный мониторинг может дать медицинской команде возможность отслеживать эти изменения без необходимости посещения пациентом больницы или кабинета врача каждый раз.

Для беременной или послеродовой пациентки, управляющей артериальным давлением или другим заболеванием, ценность RPM заключается не в самом устройстве или личности человека, просматривающего данные. Она заключается в клинической связи, создаваемой между запланированными визитами. Эта связь может быть особенно важной для пациентов, чьи социальные детерминанты здоровья — барьеры в транспорте, проживание в сообществах с меньшим количеством акушеров-гинекологов, меньшее количество возможностей для очного ухода — работают против них. Мы знаем, что «пустыни материнской помощи» продолжают существовать и расширяться по всей стране, а удаленная асинхронная помощь является жизненно важным методом, с помощью которого уход может стать более доступным и, одновременно, более справедливым.

Следовательно, политическим вопросом должно быть то, обеспечивает ли программа мониторинга значимый клинический надзор и измеримые преимущества между визитами. Если программа удаленного мониторинга клинически интегрирована, надлежащим образом контролируется, документирована и демонстрируемо помогает пациентам, почему ее право на участие в программе Medicare должно зависеть от того, работает ли медсестра в больнице или у квалифицированного клинического партнера?

Требование о трудоустройстве может непреднамеренно устранить уход в условиях уже существующего дефицита кадров

Если CMS утвердит требование о прямом трудоустройстве в предложенном виде, практики, которые в настоящее время полагаются на контрактный клинический персонал, должны будут перевести эту работу на внутренние ресурсы или прекратить выставление счетов Medicare за нее.

Для крупных систем здравоохранения с значительными клиническими кадрами этот переход может быть возможен. Для небольших практик, поставщиков услуг в сельской местности и акушерских практик, которые уже работают в условиях ограниченного кадрового потенциала, это может быть невозможно. Сам удаленный мониторинг предназначен для расширения

клинического охвата практики. Требование к каждой практике создавать собственную рабочую силу для мониторинга может затруднить достижение этого охвата.

Последствия могут быть особенно значительными для популяций, связанных с материнством, которые уже сталкиваются с барьерами в доступе к помощи. Непреднамеренным последствием не обязательно является то, что пациенты получают услуги RPM более низкого качества. В некоторых случаях они могут вообще не получать услуги RPM.

CMS может достичь той же цели, регулируя подотчетность, а не статус трудоустройства

CMS не нужно выбирать между целостностью программы и доступом к удаленной помощи. Она может установить рамки, которые решают проблемы, выявленные OIG, позволяя поставщикам услуг использовать квалифицированных клинических партнеров.

Потенциальные меры предосторожности могут включать:

- Четко определенную клиническую сущность или практикующего врача, ответственного за мониторинг и ведение пациента.
- Явные требования к практике, подающей счет, сохранять клиническую подотчетность за пациентом.
- Документированные протоколы просмотра показаний, реагирования на оповещения и эскалации клинически значимых находок.
- Проверяемые записи, показывающие, кто просматривал данные пациента, когда это было сделано и какие действия были предприняты.
- Минимальные стандарты вовлечения пациентов и передачи данных.
- Четкое документирование отношений между практикой, подающей счет, и любым контрактным партнером по клиническому мониторингу.
- Меры принуждения, включая взыскание средств Medicare, если поставщики услуг или поставщики не соответствуют этим требованиям.

Требование об инициализирующем визите, предложенное CMS, также может выполнять важную функцию подотчетности, устанавливая клинические отношения и документируя целесообразность использования RPM или RTM

для пациента. Эти меры напрямую нацелены на поведение, которое беспокоит CMS, вместо использования статуса трудоустройства в качестве показателя качества. Цель должна заключаться в том, чтобы затруднить предоставление плохих услуг удаленного мониторинга, а не затруднить предоставление услуг удаленного мониторинга в целом.

Более широкий урок: политика в области здравоохранения должна регулировать результаты и подотчетность

Удаленный мониторинг в конечном итоге является средством расширения клинических отношений за пределы традиционного визита в офис. Система здравоохранения должна заботиться о том, чтобы пациент был надлежащим образом отобран для мониторинга, чтобы данные достигали квалифицированного клинического специалиста, чтобы этот специалист реагировал при необходимости и чтобы команда по уходу за пациентом была интегрирована в этот процесс. Это измеримые вопросы.

То, работает ли медсестра напрямую в больнице, врачебной практике или внешней клинической организации, является организационным вопросом, а не показателем качества ухода. Более эффективная политика должна обязывать поставщика услуг и его партнеров демонстрировать эффективность ухода, сохраняя при этом гибкость в том, как этот уход обеспечивается персоналом и оказывается.

CMS несет законную ответственность за защиту Medicare от расточительства, мошенничества, злоупотреблений и плохо интегрированной помощи. Решение этих проблем путем ограничения услуг RPM и RTM только для практик, которые могут нанимать собственный клинический персонал для мониторинга, может иметь последствия для тех самых пациентов, для которых предназначена удаленная помощь. В частности, для материнского здоровья важным вопросом является не то, состоит ли медсестра по мониторингу в штате больницы. Важным вопросом является то, имеет ли беременная или послеродовая пациентка квалифицированную клиническую команду, которая отслеживает значимые изменения в ее состоянии между визитами.

CMS должна усилить правила, которые делают поставщиков услуг и их партнеров подотчетными за этот уход. Цель должна быть простой: регулировать качество и подотчетность удаленного мониторинга, а не корпоративную структуру, через которую он оказывается.

Биография автора:
Аниш Себастьян — генеральный директор и соучредитель Babyscripts, компании в области технологий материнского здоровья, которую он основал в 2014 году. Он руководил ростом компании в системах здравоохранения, страховых медицинских планах и акушерских практиках, уделяя особое внимание расширению доступа к уходу за матерью с использованием технологий. Себастьян является признанным экспертом в области инноваций в материнском здоровье, удаленного мониторинга пациентов, возмещения расходов, основанного на ценности ухода, и операционных изменений, необходимых по мере того, как уход за беременными выходит за рамки традиционных моделей, основанных на визитах в офис.

Фото: gustavofrazao, Getty Images

Перевод выполнен: 02.11.2026 | ai4med.ru
Машинный перевод. Рекомендуем сверять с оригиналом при клиническом использовании.